



**Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тошкент тиббиёт академияси
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

**«ФАРМАКОЛОГИЯ ВА ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ ДОЛЗАРБ
МУАММОЛАРИ»**

Республика илмий-амалий анжумани материаллари

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОЛОГИИ И
ФАРМАКОТЕРАПИИ»**

The materials of the Republican scientific –practical conference
**«АКТУАЛ PROBLEMS OF PHARMACOLOGY AND
PHARMACOTHERAPY»**

Урганч. 2021 йил 17 ноябрь

Тахририят хайъати:

Шадманов А.К. т.ф.д., профессор. Тошкент тиббиёт академияси ректори (бош мухаррир).
Рузибаев Р.Ю. т.ф.д. ТТА Урганч филиали директори (бош мухаррир ўринбосари)
Абдуллаев Р.Б. т.ф.д., профессор. Илмий ишлар ва инновациялар бўйича директор ўринбосари
Юлдашев Б.С. т.ф.н., доцент. Ўқув ишлари бўйича директор ўринбосари
Батиров Д.Ю. т.ф.н., доцент. Халқаро ҳамкорлик бўйича директор ўринбосари
Машарипов О.О. т.ф.н., доцент. Даволаш факультети декани
Сапаева Ш.А. т.ф.н., доцент. Педиатрия факультети декани
Сатликов Р.К. т.ф.н., Тиббий профилактика, соғлиқни сақлашни бошқариш ва хорижий талабалар декани
Жуманиязов Қ.Й. т.ф.н., доцент. УАШ малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш курси декани
Авезов М.И. PhD. Қўшма дастур факультети декани
Мадримова А.Ғ. PhD. Стоматология факультети декани
Исмоилов С.Р. т.ф.д., доцент. ТТА Урганч филиали Клиникаси бош врач
Ходжиева Н.М. фан, инновациялар ва илмий педагогик кадрларни тайёрлаш бўлими бошлиғи
Омонова Г.С. т.ф.н., Фармакология ва клиник фармакология кафедраси мудири.
Каримова Д.Ш. Фармакология ва клиник фармакология кафедраси катта ўқитувчиси.
Каландарова У.А. PhD Физиология ва патологик физиология кафедраси катта ўқитувчиси
Ходжаниязов А.А. Патоморфология кафедраси ассистенти

**ТТА Урганч филиали Кенгашининг
2021 йил 30 октябрдаги мажлисида
кўриб чиқилган ва чоп этишга
тавсия қилинган (баённома №4)**

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртларида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.



***ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ
ИЛМИЙ ИШЛАР ВА ИННОВАЦИЯЛАР БЎЙИЧА ДИРЕКТОР
ЎРИНБОСАРИ, ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ
КАФЕДРАСИ ПРОФЕССОРИ, ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ,
АБДУЛЛАЕВ РАВШАНБЕК БАБАЖОНОВИЧНИ
“ 60 ” ЁШИ БИЛАН ҚУТЛОВ***

Р.Б.Абдуллаев тиббиёт фанлари доктори, профессор. Жами 300 дан ортиқ илмий-услубий ишлар муаллифи, шу жумладан 12 та монография, 1 та ўқув қўлланма, 25 та ўқув-услубий қўлланма, 3 та ССВнинг ахборот хати, 6 та рационализаторлик таклиф, 80 дан ортиқ журналлардаги мақолалар, 100 дан зиёд тезислар муаллифи. Унинг томонидан қилинган илмий ишлар натижаларининг 30 тадан ортиғи ўқув жараёнига ва даволаш амалиётига киритилган. Унинг илмий ишлари Москва, Самара, Тернополь, Санкт-Петербург, Копенгаген, Нью-Йорк, Вена, Уфа, Рига, Варшава, Бостон, Жалал-Абад, Анталия каби шаҳарларда ҳам чоп қилинган.

Абдуллаев Р.Б. 1961-йилда Хоразм вилояти Ҳазорасп туманида туғилган, миллати ўзбек. Ҳазорасп туманидаги 1-сон ўрта мактабни «олтин медаль» билан битказиб, 1978 йилда Самарқанд Давлат медицина институтининг даволаш факультетига ўқишга кирган ва 1984 йилда муваффақиятли тугатган.

Ўз мутахассислиги бўйича иш фаолиятини 1984 йилда врач-интерна, 1985 йилдан Ҳазорасп марказий касалхонасида врач-терапевт ва эндоскопист бўлиб бошлаган. 1989 йилдан 1991 йилгача СамДавМИда «ички касалликлар» ихтисослиги бўйича клиник ординатурада ўқиган. 1991 йилдан 1993 йилгача СамДавМИда ички касалликлар кафедрасида ассистент лавозимида ишлаган. Р.Б.Абдуллаев 1993 йил август ойидан 1-Тошкент Давлат тиббиёт институти Урганч филиали ички касалликлар пропедевтикаси

кафедрасида ассистент, 1994 йилдан факультет терапияси кафедрасида доцент лавозимларида ишлаган. 1995 йилдан 2011 йилгача даволаш факультети декани лавозимида ишлаган. Р.Б.Абдуллаевнинг факультет декани сифатида ишни яхши йўлга қўйганлиги боис даволаш факультети талабалари орасидан Президент стипендияси, Ибн-Сино номли Давлат стипендияси совриндорлари етишиб чиққан. Клиник фанлар бўйича OSCE усулини такомиллаштириш ва татбиқ қилишда филиал миқёсида етакчи ташкилотчи ҳисобланади. 2011 йилдан 2012 йилгача ТТА Урганч филиали тиббиёт коллежлари ва академик лицейлар билан ишлаш бўйича директор ўринбосари лавозимида ишлаган.

1993 йилда «Зарarli оdatлар таъсирида хроник гастрит билан касалланган беморларда касалликнинг клиник-морфологик хусусиятлари» мавзусида ички касалликлар ихтисослиги бўйича фан номзодлигига ва 2002 йилда «Жанубий Орол бўйи минтақасида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг тарқалганлиги, клиник кечиш хусусиятлари ва даволашга янгича ёндошиш» мавзусида ички касалликлар ихтисослиги бўйича фан докторлигига диссертацияларини ҳимоя қилган. Р.Б.Абдуллаевга ЎзР Олий Аттестация Комиссияси томонидан 1995 йилда доцент, 2008 йилда профессор илмий унвонлари берилган.

2008 йилда Олий ва ўрта махсус таълим Вазирлигининг мувофиқлаштирувчи кенгаши томонидан олий ўқув юртлири талабалари учун “Пархез овқатланиш асослари” мавзусидаги ўқув қўлланма Р.Б.Абдуллаев муаллифлигида тасдиқланган (ОЎМТВнинг 51-сон буйруғи) ва chop қилинган.

2012 йилдан 2015 йилгача Урганч тиббиёт коллежи директори лавозимида ишлаган даврида тиббиёт коллежи ўқувчиларнинг давомати ва ўзлаштиришларини янада яхшилашда, коллеж ходимлари орасида психологик муҳитини яхшилашда, меъерий ҳужжатларни талаб даражасида юргизилишида, амалиёт базалари билан ҳамкорлик ишларини талаб даражасида йўлга қуйишда, вояга етмаган ўқувчилар орасида жиноятчиликнинг ва эрта турмуш қуришнинг олдини олишда Р.Б.Абдуллаевнинг ҳиссаси жуда салмоқли бўлган.

Ўқув жараёнига доимий равишда янги илғор педагогик ва ахборот технологияларни киритишда, кафедрада ўқитиладиган фанлар бўйича ишчи дастур тайёрлашда бевосита иштирок этиб келади. Талабаларга ички касалликлар фанидан юқори илмий-назарий, услубий тарзда ўзбек ва рус тилларида маърузалар ўқиб, амалий машғулотларни олиб боради. Ўз машғулотларида фаннинг назарий асосларини ҳозирги замон илмий ютуқлари билан боғлаб ҳар томонлама ёритишга интилади.

Малакали мутахассис сифатида Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази шифокорларига катта амалий ёрдам бермоқда. Р.Б.Абдуллаев ташаббускор, янгилликка интилувчан, ўзига ва ўзгаларга нисбатан ниҳоятда талабчан, қаттиққўл, айна пайтда хушмуомала раҳбар сифатида жамоа орасида обрў қозонган.

Р.Б.Абдуллаев “Илм сарчашмалари”, “Хоразм Маъмун Академияси Ахборотномаси”, “Гепато-гастроэнтерологик тадқиқотлар журнали” илмий-тиббий-педагогик журналларда таҳририят кенгаши аъзоси сифатида ҳам фаолият олиб бормоқда.

2010 йил 14 ноябр тиббиёт ходимлари байрами куни муносабати билан аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш ишида ўзини кўрсатганлиги, етарлича иш тажрибасига ва касб малакасига эга бўлган, ўз фаолиятида юқори натижаларга эришганлиги учун профессор Р.Б.Абдуллаев “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш аълочиси”

деган юксак унвонга сазовор бўлди. 2011 йил 25 мартда Ўзбекистон маданияти ва санъати форуми жамғармаси ўқув жараёнида педагогик технологияларни такомиллаштириш ва жорий этиш бўйича лойиҳаларни тайёрлаган энг яхши профессор-ўқитувчилар танловида ғолиб бўлгани учун “Педагогик грантлар дастури 2010” совриндори Дипломи билан тақдирланди. Филиал Илмий Кенгаши аъзоси. Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигининг “Хавф гуруҳига кирувчи аҳоли орасида сурункали буйрак касаллигини эрта аниқлаш учун дастур” бўйича муаллифлик ҳуқуқига эга.

Р.Б.Абдуллаев Халқ депутатлари Урганч шаҳар депутати (2020-2024). 2019 йил 8-декабр- Ўзбекистон Республикаси Конституцияси байрами муносабати билан “Йилнинг энг яхши шифокори-2019” кўрик танловининг Республика босқичида “Йилнинг энг яхши профессори” номинациясида ғолибликни қўлга киритган. Самарқанд давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/30.12.2019.Tib.102.01 рақамли илмий даражалар берувчи илмий кенгаш аъзоси, ҳамда ТТА Урганч филиали ҳузуридаги PhD.04/30.09.2020.Tib.102.01 рақамли 14.00.05- ички касалликлар ихтисослиги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини берувчи илмий кенгаш раиси ўринбосари ва илмий семинар раиси. ЎзР Инновацион ривожланиш вазирлигининг “Тиббиёт фанлари” бўйича илмий техник кенгаши аъзоси.

Р.Б.Абдуллаев мутахассислик ва ташкилотчилик қобилиятини эгаллаш йўлида врач-интерна (1984-1985 йй), туман шифохонаси врачлари (1985-1989йй), клиник ординатор (1989-1991 йй), кафедра ассистенти (1991-1993 йй), фан номзоди (1993йй), декан муовини (1994-1995 йй), кафедра доценти (1995 йй), фан доктори (2002 йй), профессор (2008 йй), даволаш факультет декани (1995-2011 йй), ОЎЮда директор ўринбосари (2011-2012йй), тиббиёт коллежи директори (2012-2015 йй), кафедра мудири (1995-2017йй), илмий ишлар бўйича директор ўринбосари (2017-2018 йй), педиатрия факультети декани (2018-2019) ва 2019 йил 18-февралдан ҳозиргача илмий ишлар ва инновациялар бўйича директор ўринбосари каби давонларни босиб келган.

Шахсий сифатларига қараганда талабчан, тўғрисиқ ва қатъиятли. Ўз фикрини очиқ айтишга ўрганган, лаганбардорлик ва тубанликни ёмон кўради. Жамоада ҳурмат эътиборга сазовор ходим сифатида танилган профессор Р.Б.Абдуллаев ҳар қандай ташкилотчилик ишларини юқори даражада бажара олади.

Р.Б.Абдуллаев нафақат илмий педагогик, даволаш ва ташкилотчилик соҳасида балки оилавий ахлоқий жиҳатдан ҳам намунали инсон, тотув оиланинг бошлиғи. Оилали, 3 нафар фарзанднинг ва 8 неваранинг сеvimли отаси.

Ҳурматли Равшанбек Бабажонович!

Сизни таваллуд айёмингиз билан чин қалбдан муборакбод этамиз.

Сизга узоқ-умр, илмий, амалий ва шахсий ҳаётингизда улкан муваффақиятлар тилаймиз. Кучингизга куч, ёшингизга ёш қўшилиб, ички касалликлар соҳасида олиб бораётган ибратли ишларингизни яна узоқ йиллар давом эттиришингизни ва илмингиз маърифат чироғини ҳеч қачон ўчмаслигини тилаб қоламиз.

Анжуман ташкилий қўмитаси

І-БЎЛИМ: ФАРМАКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

УДК 616.3+616-089+617.5

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА: КОРРЕКЦИЯ НА ФОНЕ ДЕЙСТВИЕ БЕНЗКЕТАЗОНА

Аллаберганов М.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Экспериментальная язва была вызвана в желудке белых крыс по методике К.А. Мешерской, изучали гистоморфологию. При применении бензкетазона, была несколько изменена, чем в контрольной группе крыс, и заживление ран было значительно ускорено. Влияние бензкетазона на ускорение такого заживления ран можно объяснить его антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Препарат бензкетазон приводит к быстрому прекращению деструктивно-некротических и воспалительных процессов при экспериментальных язвах желудка, ускорению репаративной регенерации клеточных элементов в слизистой оболочке.

HISTOMORPHOLOGICAL CHANGES OF THE STOMACH: CORRECTION IN THE BACKGROUND BY THE ACTION OF BENZKETAZONE

An experimental wound was caused in the stomach of white rats according to the method of K.A. Mesherskoy. The histomorphology of ulcer in rats using benzketasone was slightly less altered than in the control group of rats, and wound healing was significantly accelerated. The effect of benzethasone on the acceleration of such wound healing can be explained by its antioxidant and anti-inflammatory properties. The drug benzketazone leads to the rapid cessation of destructive necrotic and inflammatory processes in experimental gastric ulcers, accelerating the reparative regeneration of cellular elements in the mucous membrane.

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний среди населения трудоспособного возраста в разных частях мира. Из-за сложного заживления ран заболевание носит хронический характер и склонно к обострению [1].

В прикладной медицине сегодня при лечении язвенной болезни широко используются ингибиторы протонной помпы, антациды, цитопротекторы, а также средства, применяемые для эрадикации НР [4,6].

В связи с этим обратили наше внимание на препарат бензкетазон, синтезированный в нашей республике и одобренный для применения в практике Фармакологическим комитетом Республики Узбекистан [2].

В наших предыдущих исследованиях мы изучали профилактическое и терапевтическое воздействие бензкетазона на экспериментальные язвы желудка и макроскопическую патоморфологию ран, получили положительные результаты и опубликовывали часть информации в научных журналах [3]. В этом исследовании мы стремились изучить влияние бензкетазона на гистоморфологию раны при экспериментально индуцированных язвах желудка.

Материалы и методы. Для экспериментов были взяты белые крысы разных пород весом 170–200 г. Экспериментальная рана была вызвана в желудке крыс по методике К.А. Мешерской (А.А. Акимов, Н.В. Лазарёв, 1968.). На этот метод можно положиться в отношении его надежности и долговременных деструктивных изменений в ране, а также правильной оценки влияния препарата на регенерацию слизистой оболочки желудка [5]. Крыс с язвенной болезнью желудка разделили на 2 группы: бензкетазон вводили перорально металлическим зондом в количестве 75 мг / кг в желудок крыс первой группы и в желудок крыс второй группы тем же способом.

Результаты и их обсуждения. Крыс анестезировали обезглавливанием в 3, 7 и 10 дни, а затем исследовали патоморфологию слизистой оболочки желудка. В желудках крыс,

которым вводили бензкетазон, было обнаружено заживление небольшого пятна, линейных кровоизлияний на 3-й день, а язва желудка полностью зажила на 7-й день. Многочисленные повреждения, достигающие глубоких мышечных слоев, были обнаружены в желудках крыс в контрольной группе на 3-й день, частота травм снизилась на 7-й день, а отдельные точечные поражения были обнаружены на 10-й день в желудке. Микроскопическое исследование желудка крыс показало дистиркуляторно-деструктивно-некротические изменения в слизистой оболочке желудка крыс в течение 3 дней, кровоизлияния, шелушение слизистой оболочки. Фибриноидный некроз и межклеточный периваскулярный отек развиваются в соединительной ткани, покрытой воспалительно-некротическим детритом и кровянистой массой, доходя до подкожного слоя раневого основания, а в некоторых случаях и до мышечного слоя. Было обнаружено, что ворсинки были удлинены и расширены из-за эпителиальной опухоли, окружающей раневой дефект. На 7-е сутки наблюдения в слизистой оболочке желудка было выявлено несколько раневых дефектов размером 0,5–1 см. Дно раны углублено, конической формы, ведет к мышечному слою, окружность раны утолщается и поднимается над слизистой оболочкой. Микроскопическое исследование показало, что дно раны было покрыто воспалительно-некротическим детритом, периметр которого был удлинён из-за гиперплазии эпителия слизистой оболочки, окружающей деформированные ворсинки. На 10-й день наблюдения рана была красноватой. Рана округлой формы, дно чистое и гладкое, область раны твердая и утолщенная. При микроскопическом исследовании ложе раны состояло из тонкого слоя фибриноидного некроза и воспаленной клетки гистцитов соединительной ткани и волокнистого структурного инфильтрата. Мышечный слой, с другой стороны, толстый и деформированный из-за воспалительного инфильтрата, склероза межклеточной би-соединительной ткани. Очаговая гиперплазия аденоматозных желез наблюдалась в воспаленной грануляционной ткани, увеличенных ворсинках за счет опухоли палипозы вокруг раны, окружающей эпителиальной гиперхромии, гиперплазии, покрывающей определенную часть раневой трубки в состоянии регенерации.

В желудках крыс, получавших бензкетазон, на 3-й день исследования воспалительный некротический детрит и фибриноидный некроз у основания раны были значительно снижены, это было воспаление пролиферативной грануляции, содержащее лимфогистоцитарные клетки и не сформированный фиброзный структурный инфильтрат. Мышечный слой состоит из лимфогистоцитарного инфильтрата, редких мышечных волокон, направленных в сторону сосудов и интерстиция. Наблюдалась регенерация слизистого эпителия, окружающего рану. На 7-й день наблюдения были выявлены изолированные поражения, расположенные в небольших отделах пилорического отдела в некоторых областях желудка, большинство из которых были близки к завершению. Дно раны было гладким, чистым, наблюдалась гипертрофия слизистой оболочки вокруг раны. При микроскопическом исследовании дно раны состоит из клеток гистцитов и волокнистой ткани, образованной волокнистой структурой. Воспаленный инфильтрат наблюдался только вокруг сосуда. Процесс эпителизации на краю раны наблюдался в виде окружающей эпителиальной гиперплазии и образования новых ворсин. Наблюдалась гиперплазия эпителиальных полипозных опухолей, окружающих рану, с образованием аденоматозных желез. На 10-й день наблюдения отдельные мелкие поверхностные раневые дефекты слизистой оболочки желудка появляются в виде эрозии и кровоизлияний. Под микроскопом раневая трубка полностью эпителизирована, но появляется в закрытом состоянии из-за неполных ворсин. Это плотная волокнистая ткань, поверхность которой покрыта гиперплазией и гиперхроматизированным эпителием, в некоторых областях имеются короткие опухоли ворсинки. Значительный рост ворсинок наблюдался благодаря регенерации окружающего и железистого эпителия вокруг раны.

Можно увидеть, что гистоморфология поражений у крыс под действием бензкетазона, была несколько изменена, чем в контрольной группе крыс, и заживление ран

было значительно ускорено. Влияние бензкетозона на ускорение такого заживления ран можно объяснить его антиоксидантными и противовоспалительными свойствами.

Вывод. Препарат бензкетозон приводит ускорению репаративной регенерации клеточных элементов в слизистой оболочке.

Литература.

1. Абдуллаев Р.Б. Проблемы экологии и общественного здоровья Хорезмской области / Р.Б. Абдуллаев, М.С. Рузметова, М.Ю. Аллаберганов, А.Б. Якубова // «Журнал теоретической и клинической медицины» - 2004. - № 2. - С. 30-33.

2. Азизов У.М. Некоторые особенности производных фенолглиоксиловой кислоты / У.М. Азизов, Р.К. Якубов, А.С. Комарин // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2013. - № 2.-С. 8-10.

3. Максумов Ш.М. Изучение профилактического и терапевтического действия бензкетозона при экспериментальной язве желудка / Ш.М. Махсумов, М.Ю. Аллаберганов, Т.Б. Мустанов // Фармацевтический вестник Узбекистана. - 2016. - № 2. - С. 53-55.

4. Якубов А.В. Эффективность бензкетозона при травматическом стоматите / А.В. Якубов, Л.Ж. Исамухамедова, Ш.А. Саидова // Патология (Узб.). -2015. -№ 3. – С 3-9.

5. Яковенко А.В. Актуальные проблемы гастроэнтерологии в нашей стране / А.В. Яковенко, П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Экспериментальная и клиническая гастро-энтерология. - 2006. -№2. –С. 1-4.

6. Хамраев А.А. Влияние противоязвенной терапии на некоторые показатели защитных механизмов слизистой гастродуоденальной зоны у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. / А.А. Хамраев // Докл. АН Узб. – 2016. – №5. –С. 94-96

УДК 616.3+616-089+617.5

ГЛИКОМУКОПРОТЕИНЫ: ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРАСТВОРИМОГО ГЕЛЯ ЖЕЛУДКА

Аллаберганов М.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

На белых крысах было изучено влияние бензкетозона на содержание НГП. Бензкетозон оказывал заметное протективное действие на наблюдаемые нарушения в содержании нерастворимых гликопротеинов в ткани слизистой оболочки желудка.

Ключевые слова: нерастворимые гликопротеины слизистой желудка, сиаловая кислота, фукоза, гексоза, общий белок, бензкетозон, стимуляция желудочной секреции.

GLYCOMUCOPROTEINS: CHANGES IN INDICATORS OF INSOLVED GEL

Summary: The effect of benzketozone on the content of NGP was studied in white rats. Benzketozone had a noticeable protective effect on the observed disturbances in the content of insoluble glycoproteins in the tissue of the gastric mucosa.

Key words: insoluble glycoproteins of the gastric mucosa, sialic acid, fucose, hexose, total protein, benzketozone, stimulation of gastric secretion.

Введение

Местной защиты гастродуоденальной зоны одним из главных компонентов является нерастворимый слизистый гель [9]. Этот компонент представлен, в основном гликомукопротеинами, находящимися над эпителиальным слоем, образующим своеобразную защитную пленку, которая предохраняет эпителий слизистой желудка от агрессивного воздействия кислой среды желудка [10, 12].

Различные патогенетические факторы язвенной болезни обусловило в свое время появление большого числа различных лекарственных препаратов. Однако эффективность многих из них не была подтверждена клинической практикой [9]. Вместо препаратов с широким спектром фармакологического действия на различные органы и системы организма появились лекарственные средства, избирательно влияющие на определенные звенья процесса секреции соляной кислоты. [4].

Значительный интерес представляет новое соединение – тиосемикарбазон фенолглиоксиловой кислоты, бензкетозон синтезированный в Химико-фармацевтическом научно-исследовательском институте РУз. В ходе клинических исследований выявлено, 1

% мазь бензкетозона увеличила защитную функцию слизистой полости рта и оказывала выраженный регенераторный эффект при травматическом стоматите [1], а также, что 0,5% глазная мазь бензкетозона у больных конъюнктивитом и блефаритом оказывала положительное влияние на воспалительные и регенераторные процессы [2].

Методы исследования. Проводились опыты на белых крысах смешанной популяции, исходной массой тела 160-230 г. Экспериментальную язву вызывали по методу иммобилизационного стресса. Изучаемые препараты применяли в течение пяти суток после образования язв желудка. Бензкетозон применялся в дозе 75 мг/кг. В качестве эталонных препаратов были взяты глицирам (препятствует повреждающему воздействию внешних факторов на слизистую желудочно-кишечного тракта) в дозе 75 мг/кг и омепразол (ингибирует секрецию соляной кислоты и оказывает противоязвенное действие) в дозе 30 мг/кг [8]. С целью стимуляции желудочной секреции подкожно вводили 0,025% раствор пентогастрина из расчета 200 мкг/кг. Состояния слизистого барьера желудка изучали путем определения содержания нерастворимых гликопротеинов до и после стимуляции желудочной секреции.

Извлекали желудок, очищали, промывали холодным физиологическим раствором, удаляли преджелудок, взвешивали. Далее, выскабливали слизистый слой, взвешивали. Слизистый гель суспензировали в дистиллированной воде в фарфоровой ступке из расчета 30 мг/мл [11]. Содержание сиаловых кислот в суспензии определяли по методу Л.И.Линевика [6]. Для определения фукозы в суспензии воспользовались методом, предложенным П.Д.Рабиновичем и соавт. [7]. Содержание, общего белка – определяли по методу О.Н.Lowry и соавт. [13]. гексоз по методу, указанному А.Готшалком [3]

Результаты и их обсуждения. У животных под влиянием эмоционального стресса состав нерастворимых гликопротеинов слизистой оболочки желудка нарушается за счет углеводных компонентов. При этом определяется снижение содержания сиаловых кислот, фукозы и гексозы почти в 2 раза по сравнению с интактной группой, а содержание общего белка не отличалось от нормы.

Сиаловая кислота обеспечивает устойчивость защитного барьера слизистой оболочки, а фукоза и гексоза – ее вязкость [5]. Поэтому, полученные данные свидетельствуют о понижении вязкости и упругости слизистой оболочки желудка. На фоне экспериментальной язвы было изучено влияния глицирама, омепразола и бензкетозона на фракции нерастворимых гликопротеинов в ткани слизистой оболочке желудка. При этом выявлено повышение содержания сиаловых кислот до стимуляции- на 17%, после стимуляции – на 15%, содержание фукозы соответственно на 27 и 23%, а содержание гексозы осталось в пределах нормы. Под влиянием омепразола в изученных показателях нерастворимых гликопротеинов не наблюдалось статистически значимых изменений. Бензкетозон оказывал стимулирующее влияние на все показатели нерастворимого слизистого геля желудка и вызывал заметные повышения в содержании гликозамигликанов: содержание сиаловых кислот до и после стимуляции повышалось по сравнению с контролем соответственно на 48% и 42%, фукозы- на 36% и 27%, гексозы- на 18% и 9%. А в содержании общего белка не отмечались заметные сдвиги по сравнению с контролем.

Таким образом, в основе корригирующего действия глицирама, омепразола и бензкетозона лежит их способность стимулировать синтез углеводных компонентов нерастворимого слизистого геля желудка, что положительно сказывается на обеспечении защитно-барьерной функции слизистой желудка. Среди изучаемых препаратов данный эффект сравнительно был выражен препарата бензкетазон.

Выводы:

1. По «гастропротективному» эффекту в условиях экспериментальной стрессовой язвы бензкетозон превосходит глицирам и омепрозол.

2. В условиях экспериментальной стрессовой язвы происходят заметные нарушения в защитно-барьерной функции слизистой оболочки желудка за счет уменьшения содержания углеводных компонентов нерастворимых гликопротеинов.

Литература.

1. Азизов У.М., Якубов Р.К., Комарин А.С. и др., Инфекция, иммунитет и фармакология, № 2, 8-10 (2013).
2. Бахритдинова Ф.А., Азизов У.М., Джамалова Ш.А., Абдурахманова У.М. Научно-практическая конференция офтальмологов Узбекистана, Ташкент (2015), 29.
3. Готтшалк А. Гликопротеины. - М., (1969) 228-331.
4. Григорьев П.Я., Клиническая медицина, № 10, 7-10 (1999).
5. Каримов Х.Я., Усманов И.М., Рахимов К.Р., Медицинский журнал Узбекистана, № 3, 85-87 (2000).
6. Линевик Л.И., Успехи биологической химии. - М., Т.4, (1962).
7. Рабинович П.Д., Милюшкин П.В. Терапевтический архив, № 11, 103-105 (1979).
8. Спасов А.А., Ковалев Г.В., Бакумов П.А. и др., Фармакология и токсикология, 53 (4), 30-33 (1990).
9. Якубов А.В., Исамухамедова Л.Ж., Саидова Ш.А. и др., Патология (Узб.), № 3, 3-9 (2015).
10. Яковенко А.В., Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. и др., Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, №2, 1-4 (2006).
11. Bell A.E., Sellers L.A., Allen A., Cunliffe W.J., Gastroenterol., 88 (1), 269-280 (1995).
12. Prichard P., Walt R., Chapman R. A practical guide to gastrointestinal and liver therapy. London, Philadelphia, Toronto, Sydney; WB Saunders company limited, (1998).
13. Lowry O.H., Rozebrough N.J., Farr A.L., Randall R.J., J.Biol.Chem., 193 (1), 265-275 (1951).
14. Балтина Л.А., Давыдова В.А., Толстикова Т.Г. Тризамещенные соли глицирризиновой кислоты, обладающие противовоспалительной и противоязвенной активностью // Хим.-фарм.журн. - 1991. - № 3. - С. 45 - 48.
15. Хамраев А.А. Влияние противоязвенной терапии на некоторые показатели защитных механизмов слизистой гастродуоденальной зоны у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Докл. АН Узб. - 2016. - № 5. - С. 94 - 96.
16. Циммерман Я.С. Актуальные проблем гастроэнтерологии в нашей стране // Клин.мед. - 2003. - № 4. - С. 4 - 11.

УДК 615.03:616.36-002(075)

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ АЙРИМ ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ

Бекчанова Ю.Ҳ., Исмоилов С.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кейинги йилларда умуман олганда тиббиётда, ва хусусан, клиник фарма-кологияда, “дори воситаларини рационал қўллаш” тушунчаси кенг қўлланил-моқда ва у ўз ичига дорининг учта ўзаро яқин жиҳатларини: клиник самара-дорлигини, хавфсизлигини ва иқтисодий мақсадга мувофиқлигини қамраб олади.

Чекланган бюджет шароитида дори-дармонлар билан таъминлашни оптималлаштириш зарурати, турли клиник-фармакологик ва фармакоэко-номик хусусиятларга эга бўлган дори-дармонларнинг кенг қамровли танлови, шунингдек, шифокорлар ва беморлар дунёқарашидаги сезиларли фарқларнинг мавжудлиги фармакоэпидемиологик ва фармакоэкономик таҳлиллар ўтказиш-ни талаб этади.

Материал ва тадқиқот усуллари. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз мазкур ишда фармакоэко-номик таҳлил сифатида АВС/VEN таҳлил усулини қўлладик. Мисол тариқасида, 2013 йил давомида Хоразм вилояти “Дори-дармон” ҲЖ томонидан вилоятдаги барча давлат бюджетидан таъминланадиган даволаш-профилактика муассасалари учун давлат бюджети маблағлари ҳисобига харид қилиб олинган дори препаратларининг айрим хусусиятлари АВС таҳлили кўрсатилган.

Натижалар ва таҳлили. 2013 йил давомида Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан вилоятдаги барча давлат бюджетидан таъминланадиган даволаш-профилактика муассасалари учун давлат бюджети маблағлари ҳисобига жами 3 363 158 522,73 (уч миллиард уч юз олтмиш уч миллион бир юз эллик саккиз минг беш юз йигирма икки сўм 73 тийин) сўмлик 118 номдаги турли-туман дори-дармонлар харид қилинган. Шулардан А гу-руҳга мансуб дори-дармонлар 16 номдаги 2 668 593 723,88 (икки миллиард ол-ти юз олтмиш саккиз миллион беш юз тўқсон уч минг етти юз йигирма уч сўм 88 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 79,0 фоизини ташкил этади. В гуруҳ-га мансуб дори-дармонлар 30 номдаги 502 717 865,37 (беш юз икки миллион етти юз ўн етти минг саккиз юз олтмиш беш сўм 37 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 15,0 фоизини ташкил этади. С гуруҳга мансуб дори-дармонлар 72 номдаги 191 846 933,48 (бир юз тўқсон бир миллион саккиз юз қирқ олти минг тўққиз юз ўттиз уч сўм 48 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 6,0 фоизини ташкил этади.

Мазкур дори воситаларини биз ўрганаётган ЖСК ларига нисбатан VEN таҳлил ўтказилди. Таҳлил натижалари куйидагича бўлди: V категория, яъни ҳаёт учун ўта муҳим дорилар 118 номдаги дори воси-таларидан 14 номдагиси бўлиб, 12 фоизни ва уларга сарфланган маблағ жами харажатнинг 6 фоизини, яъни 200 820 406,49 (икки юз миллион саккиз юз йи-гирма минг тўрт юз олти) сўм 49 тийинни ташкил этди. E категория, яъни за-рур бўлган дорилар 55 номда бўлиб, 46,5 фоизни ва уларга сарфланган маблағ жами харажатнинг 53 фоизини, яъни 1 788 844 145,32 (бир миллиард етти юз саксон саккиз миллион саккиз юз қирқ тўрт минг бир юз қирқ беш) сўм 32 тийинни ташкил этди. N категория, яъни аҳамиятга эга бўлмаган дорилар 49 номда бўлиб, 41,5 фоизни ва уларга сарфланган маблағ жами харажатнинг 41 фоизини, яъни 1 373 493 970,92 (бир миллиард уч юз етмиш уч миллион тўрт юз тўқсон уч минг тўққиз юз етмиш) сўм 92 тийинни ташкил этди.

Шунингдек, Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан 2013 йил да-вомида давлат бюджети маблағлари ҳисобига харид қилиб олинган дори пре-паратларининг ABC/VEN таҳлили (3.3.3-жадвал) биргаликда ўтказилди. Бунда ABC гуруҳларига кирувчи ҳар бир дори воситасининг VEN категориялари бў-йича қандай жойлашганлиги ва уларнинг ўзаро бир-бирларига мослиги таҳлил қилинди. Мазкур таҳлил натижаларининг кўрсатишича, А гуруҳига киритил-ган дори воситаларининг бор-йўғи 2 фоизигина V категорияга, 57 фоизи E ка-тегорияга ҳамда 41 фоизи N категорияга мансуб экан. В гуруҳига киритилган дориларнинг 23 фоизи V категорияга, 38 фоизи E категорияга ҳамда 39 фоизи N категорияга, С гуруҳига киритилган дориларнинг эса 12 фоизи V категория-га, 40 фоизи E категорияга ҳамда 48 фоизи N категорияга мансуб экан.

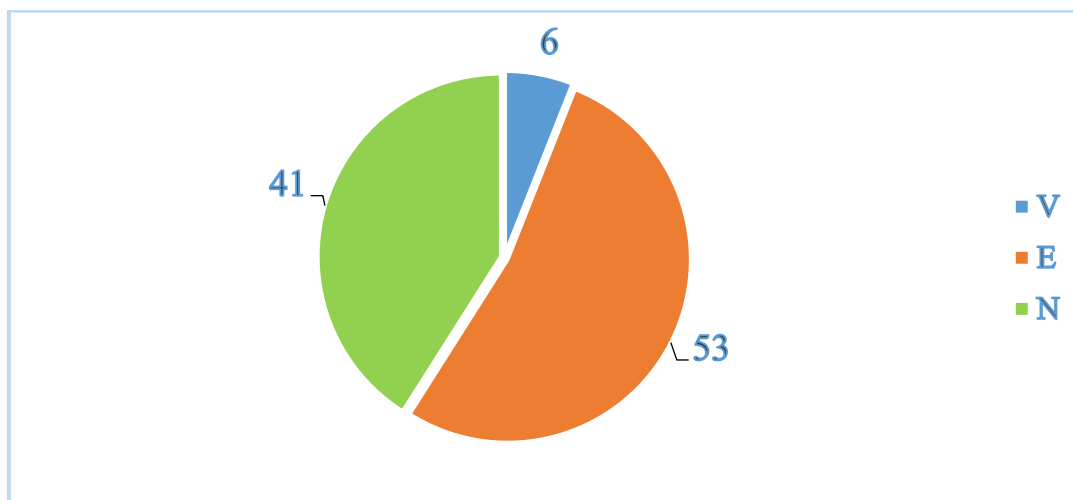
Қайд этилган фикр-мулоҳазалардан 2013 йил давомида Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан вилоятдаги барча давлат бюджетидан таъмин-ланадиган ДПМ учун давлат бюджети маблағлари ҳисобига харид қилинган 118 номдаги дори воситаларининг 12 фоизи, ёки 14 номдагиси V категорияга мансуб бўлиб, улар учун сарфланган маблағ жами харажатнинг бор-йўғи 6 фоизини ташкил этганлиги ва вилоятдаги барча ДПМ да стационар шароитда даволанадиган ЖСК билан ҳасталанган беморларни даволашга сарф қилини-ши мумкин эканлиги аниқланди. 118 номдаги дори воситаларининг қолган 104 номдаги 88 фоизи, ёки улар учун жами сарфланган маблағнинг 94 фоизига харид қилинганлари эса вилоятдаги қолган барча ДПМ да стационар шароитда даволанадиган турли-туман бошқа касалликларда қўлланилиши мумкин экан-лигининг яна бир бора исботланиши деб ҳисоблаш мумкин.

1-жадвал. Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан 2013 йил давомида давлат бюджети маблағлари ҳисобига харид қилиб олинган дори препаратларининг ABC/VEN таҳлили

Гуруҳлар	Ҳар бир категориядаги дори воситаларининг улуши (фоизларда)			Жами
	V	E	N	
A	2	57	41	100
B	23	38	39	100
C	12	40	48	100

Шу билан бирга, биз тадқиқотлар олиб бораётган Урганч шаҳридаги ай-рим касалхоналар ҳамда Хива ва Хонқа туманлари тиббиёт бирлашмаларида ЖЦ касаллиги билан 2013 йил давомида стационар шароитда ётиб даволанган беморларда қўлланилган дори препаратларининг ҳам ABC/VEN таҳлилини ўр-ганиш асосида уларнинг қанчаси Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томони-дан давлат бюджети маблағлари, қанчаси эса беморларнинг ўз шахсий маблағ-лари ҳисобига сотиб олинганлигини ҳам ўргандик.

Олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидагилар маълум бўлди. 2013 йил давомида Урганч шаҳридаги биз томонимиздан тадқиқотлар олиб борила-ётган ДПМ да ЖЦ билан даволанган беморлар ўрганиш учун ажратиб олин-мади. Фақат Хива ТТБ дан 9 нафар ҳамда Хонқа ТТБ дан 7 нафар ЖЦ ташҳиси билан стационар даволанган беморларнинг маълумотлари ўрганиш учун ажра-тиб олинди. Тадқиқотлар давомида дастлаб Хива ТТБ да, кейин эса Хонқа ТТБ да ЖЦ билан стационар даволанган беморларга ўтказилган фармакотерапия-нинг ABC/VEN таҳлилари юқоридаги сингари тўлақонли амалга оширилди.



1-расм. Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан давлат бюджети маблағлари ҳисобига 2013 йил давомида харид қилиб олинган дори препаратларининг ЖСК ларига нисбатан ўтказилган VEN таҳлил натижалари, жами сарфланган маблағга нисбатан фоизларда

Хулосалар:

1. 2013 йил давомида Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан ви-лоятдаги барча давлат бюджетидан таъминладиган даволаш-профилактика муассасалари учун давлат бюджети маблағлари ҳисобига харид қилиб олинган 118 номдаги дори воситаларининг ABC/VEN таҳлилида харид қилинган препаратларнинг 12 фоизи ёки 14 номдагиси V категорияга мансуб бўлиб, улар учун сарфланган маблағ жами харажатнинг бор-йўғи 6 фоизини ташкил этди ва вилоятдаги барча ДПМ да стационар шароитда даволанадиган ЖСК билан ҳасталанган беморларни даволашга сарф қилиниши мумкин экан. Қолган 104 номдаги дориларнинг 88 фоизи ёки улар учун жами сарфланган маблағнинг 94 фоизига харид қилинганлари эса вилоятдаги қолган барча ДПМ да стационар шароитда даволанадиган турли-туман бошқа касалликларда қўлланилиши мумкин экан.

2. Виоятнинг айрим шифохоналарида ЖЦ билан стационар даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапиянинг ABC/VEN таҳлилида харид қилинган препаратларнинг 25 фоизи ёки 11 номдагиси V категорияга мансуб бўлиб, жами харажатнинг 59 фоизини, ишлатилган жами дори восита-ларининг 41 фоизи ёки 18 номдагиси E категорияга мансуб бўлиб, улар учун сарфланган маблағ жами харажатнинг 33 фоизини, ишлатилган жами дори воситаларининг 34 фоизи ёки 15 номдагиси N категорияга мансуб бўлиб, улар учун сарфланган маблағ жами харажатнинг 8 фоизини ташкил этганлиги ви-лоят бўйича стационар шароитда даволанадиган ЖЦ билан ҳасталанган бемор-ларни даволаш ишларининг олиб борилиши яхши йўлга қўйилганлигининг яна бир қарра исботидир.

3. ЖЦ ни даволашда гепатопротекторларни танлаш ва самарадорлигини баҳолашни таҳлил қилиш турли мутахассисликдаги шифокорлар томонидан уларни қўллашда ягона ёндашувлар ва фармакоэкономик асо-сларнинг йўқлигини кўрсатди.

Адабиётлар

1. Илченко Л.Ю. Лекарственная болезнь печени. // Медицинский совет. 2013. С. 32-38.

2. Патогенетический подход к выбору гепатопротекторов в терапии лекарственно-индуцированных поражений печени / Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В., Иванов А.Н., Ковтун А.В. // “Лечебное дело”. 2017. №2. С. 34-40.

3. Фармакоэпидемиология гепатопротекторов, использованных для лечения больных в стационарах города Ургенча Хорезмской области / Исмоилов С.Р., Бекчанова Ю.Х., Рузмаматов Ш.С., Рузмаматов Б.С. // Вісник проблем біології і медицини, випуск 1 (106), 2014, С.111-115.

4. Яковенко Э.П. Возможности современной фармакотерапии. Токсические поражения печени с внутрипеченочным холестазом. Тактика лечения. // Медицинский совет. 2016. С. 32-38.

5. ANRS HCEP 23 Fibrostar Group. Comparison of nine blood tests and transient elastography for liver fibrosis in chronic hepatitis C: the ANRS HCEP-23 study. / Zarski J.P., Sturm N., Guechot J. et al. // J Hepatology 2012; 56(1): 55-62, <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2011.05.024>.

6. Case-control study of hepatitis B and hepatitis C in older adults: do healthcare exposures contribute to burden of new infections? / Perz J.F., Grytdal S., Beck S. et al. // Hepatology 2013; 57(3): 917-924, <https://doi.org/10.1002/hep.25688>.

7. Profibrogenic chemokines and viral evolution predict rapid progression of hepatitis C to cirrhosis. / Farci P., Wollenberg K., Diaz G. et al. // Proc Natl Acad Sci USA 2012; 109(36): 14562-14567, <https://doi.org/10.1073/pnas.1210592109>.

УДК:615.214:615.9:636.028

О НЕКОТОРЫХ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ ПРОИЗВОДНЫХ САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Шукурлаев Қ.Ш., Бекова Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. Ушбу мақолада салицилат кислотаси унумларининг яллиғланишга қарши оғриқ қолдирувчи, ҳароратни пасайтирувчи фаоллиги ва уларнинг ножўя таъсирлари ёритилган.

Аннотация. В данной статье освещены противовоспалительная, анальгезирующая, жаропонижающая активность и побочные действия производных салициловой кислоты.

Annotation. This article highlights the anti-inflammatory, analgesic, antipyretic activity and side effects of salicylic acid derivatives.

Калит сўзлар: яллиғланиш, яллиғланишга қарши таъсирлар, оғриқ, иситма, салицилат кислота унумлари.

Ключевые слова: воспаление, противовоспалительное действие, боль, лихорадка, производные салициловой кислоты.

Key words: inflammation, anti-inflammatory effect, pain, fever, salicylic acid derivatives.

Известно, по своей этиологии и патогенезу воспалительные заболевания многообразны, что требует подбора и применения противовоспалительных препаратов с учетом этиопатогенеза заболевания и индивидуального состояния больного.

В последние годы отмечается значительный рост частоты желудочно-кишечных кровотечений, обусловленный все более широким применением НПВП.

В связи с этим поиск высокоэффективных и безопасных НПВП является актуальной проблемой современной фармакологии [1].

В настоящее время НПВП занимают третье место (вслед за антибиотиками и сердечно-сосудистыми препаратами) в индустриально развитых странах [2, 3, 4].

По избирательности в отношении ингибирования различных изоформ ЦОГ (Циклооксигеназы) НПВП делят на следующие группы:

Селективные ингибиторы ЦОГ-1.

Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Селективные ингибиторы ЦОГ-2.

Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2 [5].

К селективным ингибиторам ЦОГ-1 (циклооксигеназы-1) относятся малые дозы ацетилсалициловой кислоты. Производные салициловой кислоты с 1876 г. вошли в клиническую практику и повсеместно применяются до настоящего времени.

Главными представителями производных салициловой кислоты являются кислота ацетилсалициловая и натрия салицилат. Следует отметить, что у этих препаратов более выражено жаропонижающее действие, чем их болеутоляющее и противовоспалительное свойства. Так, собственно антифлогистический эффект ацетилсалициловой кислоты проявляется в более высоких дозах (суточная доза около 4 г), чем те (0,5 г), которые при однократном применении вызывают выраженное болеутоляющее и жаропонижающее свойства.

Противовоспалительные свойства салицилатов осуществляются их воздействием на разные стороны воспаления. Они обладают способностью ингибировать синтез простагландинов (ПГ), в том числе серии E₂. Препараты уменьшают повышенную проницаемость капилляров, снижают энергетическую обеспеченность воспаленной ткани за счёт торможения выработки АТФ, необходимой для поддержания воспалительной реакции.

В то же время протривовоспалительное действие их не зависит от коры надпочечников.

Имеются также сведения, согласно которым салицилаты подавляют и пролиферативные процессы в очаге воспаления.

Жаропонижающее свойство ацетилсалициловой кислоты неспецифично, и обусловлено ее влиянием на центры терморегуляции, подавлением пирогенного действия ПГЕ₂ расширением периферических сосудов.

Анальгетический эффект салицилатов обусловлен как их влиянием на болевые центры, так и угнетением чувствительных рецепторов и торможением образования веществ, индицирующих рецепторы болевых ощущений при воздействии на свободные нервные окончания и на таламические центры болевой чувствительности.

Основной мишенью действия производных салициловой кислоты является циклооксигеназа, тромбоксан и простаглицинсинтетаза тромбоцитов и сосудистой стенки, Аспирин подавляет активность не только циклооксигеназы тромбоцитов, чем обусловлен её антиагрегационный эффект, но и сосудов, что приводит к снижению синтеза простаглицина. Это отрицательное свойство ацетилсалициловой кислоты исчезает при применении меньших доз препарата.

Важно подчеркнуть, что кислота ацетилсалициловая (аспирин), в малых дозах вызывает выраженное уменьшение агрегации тромбоцитов, которое происходит за счёт подавления синтеза тромбоксана А₂ в тромбоцитах.

В более высоких дозах она может ингибировать синтез протромбина. В результате этого наблюдается понижение свёртываемости крови. Эти свойства ацетилсалициловой кислоты широко используются в настоящее время для профилактики и лечения многих заболеваний и патологических процессов, сопровождающихся повышением агрегации тромбоцитов и свёртываемости крови.

Ацетилсалициловая кислота обладает некоторым иммунодепрессивным свойством. Это, по-видимому, происходит за счёт связывания препаратом SH-групп белков иммунокомпетентных клеток.

Из особенностей фармакологических свойств препарата следует отметить гипогликемизирующий эффект, повышение выведения мочевой кислоты с мочой (12) и снижение повышенного внутриглазного давления.

При использовании салицилатов довольно часто наблюдаются побочные явления и осложнения, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта: отрыжка, изжога, тошнота, рвота, ощущение тяжести или боли в эпигастральной области, диареи. По некоторым данным, при сравнении с другими нестероидными противовоспалительными средствами они дают наибольшее число патологических изменений в желудочно-кишечном тракте. Особенно грозным осложнением при длительном применении ацетилсалициловой кислоты является образование эрозий и язв желудка и сильные кровотечения.

При применении ацетилсалициловой кислоты у больных возможны аллергические реакции в виде кожной сыпи, отека Квинке, бронхоспазма, нарушение функции почек, печени, реологических свойств и свёртывания крови, тромбоцитопения. “Аспириновая астма” является одним из наиболее опасных осложнений.

В литературе имеются данные о дистрофогенном влиянии больших доз салицилатов на миокард, что в конечном итоге может привести к развитию сердечной недостаточности.

В экспериментах на животных установлено тератогенное и эмбрио-токсическое действие производных салициловой кислоты.

В литературе описан симптомокомплекс поражения почек в случаях сочетанного применения фенаcetина с аспирином и кофеином. Это так называемая анальгетическая нефропатия, характерными признаками которой являются полиурия при сниженном удельном весе мочи, скорости клубочковой фильтрации и небольшой протеинурии. Характерны частое присоединение вторичной инфекции, почечные колики, гематурия, пиурия, возможно развитие вторичной подагры из-за задержки мочевой кислоты в условиях уменьшенной гломерулярной фильтрации.

Побочные явления при применении натрия салицилата более выражены, чем у ацетилсалициловой кислоты, и проявляются в виде шума и ушах, ослаблении слуха, проливного пота, ангионевротических отёков, аллергических реакций, изжоги, тошноты. На свёртываемость крови натрия салицилат оказывает меньше влияния, чем ацетилсалициловая кислота.

В последнее время специалистами этой области получены и внедрены в практику более совершенные препараты ацетилсалициловой кислоты. Они в меньшей степени обладают раздражающим действием на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

К таким препаратам, в частности, относятся анбол (благодаря добавке буферной субстанции), ацетисал (за счёт наличия оболочки, растворяющейся в щелочной среде полости двенадцатиперстной кишки), анопирин (в его состав входят кальция карбонат и глицин), аспирин-кардио (содержит пониженное количество действующего вещества), аспирин-упса («шипучие» таблетки, быстро растворяющиеся перед употреблением).

Определенное значение имеют доза НПВП и продолжительность лечения. При увеличении дозы возрастает риск развития НПВП-гастропатии. Однако повышенная частота желудочно-кишечных кровотечений сохраняется даже при применении малых доз аспирина (7 – 5150 мг/сут) с целью профилактики тромбообразования у больных ишемической болезнью сердца.

Ацетилсалициловая кислота (аспирин) способна оказывать гепатотоксическое действие. Его механизмы остаются недостаточно изученными, однако, полагают что они могут быть связаны с реакциями гиперчувствительности, возникновением метаболических расстройств, а также нарушением синтеза АТФ в митохондриях гепатоцитов.

Помимо непосредственного гепатотоксического эффекта существует и еще один важный фактор, делающий назначение аспирина больным с заболеваниями печени крайне нежелательным. Применение указанных препаратов у таких больных значительно повышает риск возникновения желудочно-кишечных кровотечений, учитывая исходное наличие у них гастропатии снижение выработки факторов свертывания крови.

Одновременный прием алкоголя потенцирует отрицательное действие НПВП на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, что проявляется нарастанием микроциркуляторных расстройств, нарушением слизиобразования, ингибированием синтеза простагландинных расстройств, нарушением слизиобразования, ингибированием синтеза простагландинов в слизистой оболочке желудка, обеспечивающих ее цитопротективные свойства, удлинением времени кровотечения, и повышает риск развития желудочно-кишечных кровотечений (в 2,4-2,7 раз).

Таким образом, производные салициловой кислоты обладают противовоспалительным, анальгетическим и жаропонижающим свойствами, однако антифлогистические действия салицилатов менее выражены. Следует отметить, что при длительном применении производных салициловой кислоты (аспирина) часто наблюдаются поражения желудочно-кишечного тракта, аспириновая астма и др. Кроме того, их применение у больных с заболеваниями печени, а также людей, злоупотребляющих алкоголем, нежелательно из-за высокого риска желудочно-кишечных кровотечений.

Литература

1. Шукурлаев Қ.Ш., Бекчанов Б.Г. Изучение антиэкссудативной и антипролиферативной активности нового кремнийсодержащего производного пиразола парахлорбензойной кислоты. "Илм сарчашмалари". 2017, №3, с.19-21.
2. Николаев А.Н. Нестероидные противовоспалительные препараты: эффективность и безопасность. Русс. мед. журн., 2001, 9, №15, с. 664-666.
3. Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России. М., АстраФармСервис, 2005, 1705 с.
4. Зиганшина Л.Е., Титаренко А.Ф., Валеева И.Х. и др. Типы биохимического реагирования здоровых добровольцев на острую фармакологическую пробу с индометацином. Эксп. и клин. фармакол., 2003, №5, с. 30 – 34.
5. Насонов Е.Л., Цветкова Е.С., Тов Н.Л., Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2, новые перспективы лечения заболеваний человека. Тер. арх. 1998. №5. с. 8-14.

СТЕВИОЗИДНИ БИР МАРОТАБА ВА ДАВОМЛИ ЮБОРИЛГАНДА “ОЧИҚ МАЙДОН” УСУЛИДА ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТ-ҚИДИРУВ ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Абдиназаров И.Т., Ҳамроев Т.Т., Саноев З.И., Садиков А.З.

ЎзР ФА академик С.Ю.Юнусов номидаги Ўсимлик моддалари кимёси институти

Стевиозид ҳозирги кунда республикамизда ва қатор хорижий давлатларда кондитер маҳсулотлари, турли хил ичимликлар ва шарбатлар, парҳез учун тайёрланадиган нон ва нон маҳсулотлари учун ширинлаштирувчи таъм берувчи восита сифатида ишлатиладиган Стевия ўсимлигидан олинадиган гликозид. Бу модда таркибида калорияга эга бўлмаган углеводларни ўз ичига олади. Шу муносабат билан, Ўсимлик моддалари кимёси институти олимлари томонидан ажратиб олиниши ва фармакологияси бўйича илмий изланишлар олиб борилмоқда.

Тадқиқотнинг усуллари ва объектлари: Тажрибалар тана вазни 18-23 г бўлган оқ зотсиз сичқонларда ўтказилади. Стевиозиднинг ўткир заҳарлилиги ҳамда оғиз орқали бир маротаба ва давомли юбориб “очиқ майдон” усулида ўрганилди.

Олинган натижалар: Тажриба натижаларига кўра стевиозиднинг ўткир заҳарлилиги 1000 мг/кг дан бошлаб 20000 мг/кг дозагача оғиз орқали бир маротаба юбориб 14 кун давомида кузатилганда тери ранги, нафас олиш, юрак уриши ва умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатмади. Ўртача ўлим дозаси 20000 мг/кг дан юқорилиги аниқланди. Шунингдек 50; 100 ва 200 мг/кг дозаларда бир маротаба юборилганда ҳаракат фаоллигини назорат гуруҳига нисбатан тегшлича 33,1; 33,3 ва 61,9 % га, қидирув фаоллигини эса 47,6; 71,4 ва 76,1 % га оширган. Юқоридаги дозалар 14 кун давомида юборилганда эса стевиозид 50 мг/кг дозада ҳаракат фаоллигини 10,9% оширган ва қидрув фаоллигини 5% га камайтрган; 100 мг/кг дозада ҳаракат фаоллигини 54,5% га ва қидрув фаоллигини 16,04% га оширган; 200 мг/кг дозада ҳаракат фаоллигини 94,5% ва қидрув фаоллигини 25,9% оширган.

Хулоса. Олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра, стевиозид ўрганилган дозаларда бир маротаба ва давомли юборилганда тажриба ҳайвонлари хулқ-атвор ва когнитив функцияларига ижобий таъсир кўрсатганлигини кўриш мумкин. Шундай қилиб, бу модда кам захарли моддалар синфига кирганлиги учун озик овқат саноатида хафвсиз ширинлаштирувчи сифатида фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИТАМИННО-МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО УСИЛЕНИЯ ТЕРАВИТ В КОРРЕКЦИИ НУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Атабаева Г.С., Назаров К.Д.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. В детском возрасте часто выявляется феномен дефицита различных микронутриентов-витаминов, микроэлементов, обусловленный акселеративными процессами, биогеохимическими особенностями условий проживания. Наличие таких нутриентных дефицитов диктует необходимость патогенетической коррекции их у детей, что возможно путем обогащения диет данными микронутриентами, путем фортификации распространенных продуктов питания микронутриентами, дефицит которых обусловлен особенностями природной среды, например, иода или железа, либо путем медикаментозной коррекции.

Цель исследования - изучить эффективность применения препарата Теравит, представляющий собой препарат витаминно-микроэлементного усиления, содержащий в своем составе полный комплекс витаминов и минералов в коррекции нутриентной недостаточности у детей пубертатного возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 детей обоего пола пубертатного возраста, у которых при биохимическом обследовании выявлялось снижение содержания железа и меди в сыворотке крови ниже нижней границы нормативного референтного интервала, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста. Содержание железа и меди в сыворотке крови анализировали с использованием коммерческих наборов Био-Ла-Тест «Железо», «Медь» (Чехия).

Результаты и обсуждение. Для коррекции недостаточности микроэлементов у обследованных детей использовали мультиэлементный препарат Теравит, содержащий в своем составе 12 витаминов и 12 эссенциальных микроэлементов. Препарат использовали в течение 14 дней в дозе 1 таблетка в сутки во время еды. При исходном уровне исследованных микроэлементов у обследованных детей - железа в среднем 7.36 ± 0.41 мкмоль/л, меди 5.11 ± 0.30 мкмоль/л за 14 дней применения данного препарата уровень железа в сыворотке крови у обследованных детей возрос в среднем до 14.0 ± 0.32 мкмоль/л, уровень меди в сыворотке крови возрос в среднем до 11.9 ± 0.29 мкмоль/л. Следовательно, использование указанного мультиэлементного препарата обеспечивает увеличение за время лечения уровня железа в 1.9 раза, увеличение меди в сыворотке крови за время лечения в 2.3 раза, а в целом коррекцию изученных микроэлементов у обследованных детей до физиологической нормы.

Выводы. В коррекции нутриентной недостаточности, обусловленной дефицитом эссенциальных микроэлементов-железа, меди, целесообразно применение комплексных мультиэлементных препаратов, например, Теравит, обеспечивающих высокую биосвоемость указанных микроэлементов в силу синергического характера взаимодействия этих микроэлементов.

ИСТОЧНИКИ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Все лекарственные вещества по своей природе делятся на неорганические и органические. Как те, так и другие могут быть получены из природных источников и искусственно, то есть синтетически. Сырьём для получения неорганических препаратов служат главным образом различные горные породы, руды, газы, вода озёр, морей и т.д. Некоторые неорганические лекарственные препараты получают из отходов других производств.

Сырьевая база нашей страны полностью удовлетворяет потребности химико-фармацевтической промышленности, которая работает исключительно на отечественном сырье.

Основным источником получения органических препаратов является нефть, природный газ, каменный уголь, дерево.

При соответствующей обработке нефти из неё получают вещества, применяемые в медицине, например вазелин, вазелиновое масло, парафин, ароматические углеводороды и их производные и др.

При сухой перегонке каменного угля одной из фракций является каменноугольный дёготь, который служит источником для получения главным образом различных фенолов и их производных. Из фенола, который уже сам является лекарственным веществом антисептического действия получают бензол, толуол, нафталин, являющиеся исходными продуктами для синтеза многих лекарственных веществ.

Из подсмольной воды, которая получается при сухой перегонке дерева, получают древесный спирт, уксусную кислоту и др.

Ценным природным источником лекарственного сырья являются горючие сланцы, богатые серой. Продукты сухой перегонки сланцев служат источником получения ихтиола, а также многих лекарственных веществ, производных гетероциклического ряда.

Весьма ценным источником получения многих лекарственных веществ является сырьё растительного и животного происхождения.

Сырьё животного происхождения – это органы здоровых животных (ткани, железы). Например, тиреоидин получают из щитовидной железы, адреналин из мозгового слоя надпочечников, кортизон – из коркового слоя надпочечников и т.д.

Многочисленные и разнообразные виды растительного сырья служат богатейшим источником для получения многих важнейших лекарственных веществ, алкалоидов, гликозидов, витаминов.

Из растительного сырья получают также эфирные масла, смолы, млечные соки, жирные масла. Частично эти продукты уже сами по себе применяются как фармацевтические препараты, например эфирные масла. Другие – после соответствующей обработки дают разнообразные вещества лечебного действия.

Современный арсенал лекарственных средств все более пополняется новой группой лекарственных веществ с сильным биологическим действием – антибиотиками, источником получения которых являются главным образом микроорганизмы.

ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИВОКОСТИ ВЫСОКОЙ

Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Интенсивное исследование природных соединений, разработка методов выделения и установления их химического строения обусловлены ростом потребности в новых лекарственных препаратах для широкого практического применения. Одним из важных классов вторичных метаболитов растений являются дитерпеновые алкалоиды, которые

обладают высокой и разнообразной биологической активностью. Растения рода *Delphinium* L. являются богатым источником дитерпеновых алкалоидов, в частности, алкалоид метилликаконитин обладает курареподобными свойствами и используется в официальной медицине. Установлено, что метилликаконитин и его структурные аналоги могут служить реагентами для тестирования никотинацетилхолиновых рецепторов нервной системы млекопитающих и насекомых. Данный факт открывает возможности поиска на этой основе высокоактивных инсектицидов.

Учитывая изложенное выше, нами проведено химическое исследование надземной и подземной частей живокости высокой (*Delphinium elatum* L.), собранной в фазу бутонизации в горах Аксоран Актогайского района Карагандинской области. Надземную массу растения исчерпывающе экстрагировали хлороформом, в результате получена сумма экстрактивных веществ в виде темно-зеленой смолы с приятным запахом (3,15 % от массы воздушно-сухого сырья). При хроматографировании данной суммы веществ на колонке с окисью алюминия (II ст. активности по Брокману) нами выделено шесть индивидуальных соединений. После подсушивания на поверхности агара формировали лунки размером 6,0 мм, в которые вносили растворы исследуемых образцов, бензилпенициллиновую соль, в контроле использовали 96 %-ный этиловый спирт в эквивалентных количествах. Посевы инкубировали при 37 °С, учет растущих культур проводили через 24 часа. Антибактериальная активность образцов оценивалась по диаметру зон задержки роста тест-штаммов. Статистическую обработку проводили методами параметрической статистики с вычислением средней арифметической и стандартной ошибки.

Согласно полученным данным установлено, что сумма алкалоидов живокости высокой обладает выраженной антибактериальной активностью.

ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахранова С.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проблема невынашивания беременности (НБ) имеет большое медицинское и социальное значение в первую очередь в связи с тем, что неблагоприятный исход беременности вызывает сильнейшую психоэмоциональную травму родителей. Согласно принятому определению, привычное НБ – это наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности.

Классификация НБ по срокам, в течение которых происходит прерывание беременности, различается по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и принятому в России. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении угрожающего прерывания беременности и привычной ее потери, частота самопроизвольных выкидышей остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в I триместре 50%. В свою очередь, по мере увеличения числа спонтанных выкидышей резко возрастает риск прерывания будущей беременности. Установлено, что риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13–17% (соответствуя частоте спорадического выкидыша в популяции), тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38%, а вероятность 3-го самопроизвольного выкидыша достигает 40–45%. Учитывая это, большинство специалистов, занимающихся проблемой НБ, в настоящее время считают, что при 2 последовательных выкидышах необходимо отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности. Отсутствие снижения частоты данной патологии указывает на трудности, возникающие при ведении пациенток такой категории. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиопатогенеза заболевания, а с другой – несовершенством применяемых диагностических методики отсутствием

адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности. Причины НБ многочисленны и разнообразны. Среди них выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические и тромбофилические факторы. При исключении всех перечисленных причин генез привычного выкидыша считают неясным (идиопатические). Около 15% женщин с привычным НБ имели нарушения анатомического строения матки как основную причину. Их можно разделить на 3 категории: нарушение нормального процесса слияния зачатков матки (аномалии Мюллера протока); нарушения размеров или кровоснабжения матки за счет миомы, полипов эндометрия или синехий (синдром Ашермана); нарушение функции шейки матки.

СЕЛЕКТИВ НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ВОСИТАЛАРНИНГ ХАВСИЗЛИГИ ВА САМАРАДОРЛИГИ

Ахмедова Н.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тиббиётда энг кўп ишлатиладиган препаратлар ностероид яллиғ-ланишга қарши воситалар (НСЯҚВ) ҳисобланади. Яллиғланиш касалликлари билан бир қаторда улар ўткир ва сурункали оғриқлар билан ажралиб турадиган турли патологик жараёнларда, шунингдек операциядан олдин ва кейинги анальгезиянинг таркибий қисми ҳисобланади.

НСЯҚВларни бутун дунё бўйлаб қўллаш кўлами жуда катта: ҳар куни 30 миллиондан ортиқ одам томонидан ишлатилиши қайд қилинган. Кучли "симптоматик" воситалар бўлиб, кўпгина касалликларнинг патогенетик механизмларига таъсир қилмайди. Шунинг учун сўнгги йилларда асосий эътибор янада самарали ва хавфсизроқ НСЯҚВларни яратишга қаратилган.

Замонавий тушунчаларга кўра, НСЯҚВларнинг ижобий терапевтик таъсири уларнинг ЦОГ-2 ни ингибирлаш қобиляти билан боғлиқ, энг кўп учрайдиган ноъжўя таъсири (ошқозон-ичак тракти, буйрақлар, тромбоцитлар агрегациясининг бузилиши ва бошқалар) ЦОГ-1 фаолиятини блоклаши билан боғлиқлиги аниқланган. Шу билан бирга, бугунги кунда ЦОГ изоформаларини "ёмон" ва "яхши" га ажратиш схемаси умуман тўғри эмаслиги ҳам исботланган. ЦОГ-2 организмдаги кўплаб нормал физиологик жараёнларда ҳам иштирок этиши маълум бўлди. Ҳозирги вақтда мавжуд НСЯҚВлар икки турдаги ЦОГ учун ҳар хил тропизмга эга. Биринчи авлод дорилар-бу ЦОГ-1 ва ЦОГ-2 ни (селектив бўлмаган ЦОГ ингибиторлари) блокировка қила оладиган НСЯҚВлар. ЦОГ-1 га кучли ингибирлаш таъсири туфайли улар бир қанча ноъжўя таъсирларни кўрсатади. Улар орасида энг кўп учрайдигани гастроэнтерологик ноъжўя таъсирлар бўлиб, улар носелектив НСЯҚВ қабул қилган беморларнинг 34-46 фоизида ривожланади, 15 фоизида бу дорилар ошқозон яраси, қон кетиш ва пенетрация каби ўта оғир, ҳаёт учун хавфли асоратларга олиб келади. НСЯҚВ терапиясининг бу таъсирларини камайтириш учун ЦОГ-2га селектив таъсир кўрсатадиган воситалар синтез қилинган. Клиник тадқиқотлар маълумотлари ЦОГ-2 селектив ингибиторларининг ошқозон-ичак трактига ноъжўя таъсири камлиги ҳақидаги тахминни тасдиқлади: бу дориларни қўллаш гастропатия келиб чиқишини сезиларли даражада камайтирди, гарчи бу уларнинг ривожланиш хавфини тўлиқ бартараф этмаса ҳам.

Ҳозирги вақтда ЦОГ-2 селектив ингибиторлари уч гуруҳ дорилар билан ифодаланади:

- сулфонанилидларнинг ҳосилалари - нимесулид;
- коксиблар вакиллари - селекоксиб, валдекоксиб;
- оксикамларнинг ҳосилалари - мелоксикам.

Бу дорилар яллиғланишга қарши фаоллиги носелектив НСЯҚВлардан устун эмас, лекин улар ошқозон-ичак касалликлари бўлган беморларда фойдаланиш хавфсизлигини таъминлайди.

ЦОГ-2 селектив ингибиторларининг яна бир муҳим афзаллиги, антитромбоцитар самара йўқлигидадир (тромбоцитлар таркибида фақат ЦОГ-1 борлиги билан изоҳланади). Бу геморрагик диатез, антикоагулянтларни бир вақтда юбориш, нейраксиал анестезия ва катта қон йўқотиш хавфи бўлган беморларда ЦОГ-2ингибиторларининг қўлланилишига

асос бўлади. Селектив НСЯҚВлар юрак-қон томир тизимига ножўя таъсир кўрсатади, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, инсульт ва бошқалар хавфини оширади. Бу асоратлар селектив ЦОГ-ингибиторларида носелектив НСЯҚВларга хос антиагрегант таъсирининг йўқлигига асосланади. ЦОГ-2 ингибиторларида тромбознинг олдини оловчи простациклин синтезини селектив сусайтириш мавжуд. Бу простаноиднинг химоя таъсирининг пасайишига олиб келади ва бошқа простаноид - тромбоксаннинг прокоагулянт таъсирини тўлиқ амалга оширишга имкон беради, бу эса "хавф гуруҳи" даги беморларда тромбоз хавфини оширади. Носелектив НСЯҚВларни қўллаш аксинча, гемостаз мувозанатини сақлашга ёрдам беради. ЦОГ-1 ва ЦОГ-2ни бошқаришда иштирок этадиган простаноидлар сув-электролитлар мувозанатини сақлаш ва қон босимини тартибга солишда ҳам иштирок этади. ЦОГ-2ни танлаб блоклаш натижасида юзага келадиган буйраклардаги мувозанатнинг бузилиши, организмда сув ва тузни ушланиб қолишига, гипертония ва юрак етишмовчилиги хавфининг ошишига олиб келиши мумкин. Ўз навбатида, дориларнинг буйракларга салбий таъсири коронар ва цереброваскуляр асоратлар сабаби ҳисобланади.

Синган суяк регенерациясида ЦОГ-2 изоферменти муҳим рол ўйнайди. Селектив НСЯҚВлар целекоксиб ва рофекоксиб суяклар регенерациясини носелектив НСЯҚВларга қараганда анча сезиларли сусайтиради. Баъзи НСЯҚВлар артроз билан оғриган беморларга салбий таъсир кўрсатади, бу яллиғланишга қарши цитокинлар синтезини кўзгатади ёки хондроцитлар томонидан протеогликан синтезини сусайтиради. Мелоксикам, бошқа НСЯҚВлардан фарқли ўлароқ, яллиғланишга қарши цитокин интерлейкин (ИЛ) -1 синтезини кучайтирмайди ва протеогликан ҳосил бўлишига тўсқинлик қилмайди. Шундай қилиб, мелоксикамни "хондронейтрал" дори деб ҳисоблаш мумкин. Бу хусусият остеоартритли беморларда фойдаланиш истиқболлари нуқтаи назаридан унчалик катта аҳамиятга эга бўлмаслиги мумкин. Нимесулидни қўллашда гепатоцитлар шикастланиши учун хавф омиллари мавжудлигини (анамнезида гепатотоксик реакциялар, гепатобилиар тизимнинг сурункали ва ўткир касалликлари, бошқа гепатотоксик дориларни бир вақтда қўллаш) ҳисобга олиш керак.

Умуман олганда, селектив ЦОГ-2 ингибиторларини тавсия қилиш "мақсадли" беморлар орасида "фойда - хавф" баланси шубҳасиз ижобий бўлиб қолмоқда. Бу уларни таянч-ҳаракат тизимининг яллиғланиш ва дегенератив касалликлари, оғриқ билан кечадиган бошқа ҳолатларнинг фармакотерапияси учун зарур дорилар гуруҳига айлантиради.

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ВЕКТОРКАРДИОГРАФИИ

Белая И.Е., Коломиец В.И.

*Государственное учреждение Луганской народной республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

Классический метод электрокардиографии (ЭКГ) не всегда раскрывает сущность патофизиологических процессов в миокарде, что позволяет диагностировать инфаркт миокарда (ИМ) лишь в 48-51% случаев. Применение метода векторкардиографического (ВКГ) исследования, но уже с использованием последних достижений в области информационных технологий, позволяет получать более полную информацию об электрической активности сердца.

Цель исследования – построить четырехпольную таблицу для вычисления соотношений между результатами ВКГ-теста и стандартом диагностики (ЭКГ) у больных с острым периодом ИМ.

Материал и методы. Для оценки достоверности примененного в работе диагностического теста (ВКГ) у 396 больных с признаками острого периода ИМ и у 36 больных без признаков ИМ использовали наиболее точный (референтный) диагностический метод – ЭКГ.

Результаты. По результатам ЭКГ-исследования, всего обследовано 396 больных с ИМ (395 больных с ИМ и 1 больной с инфарктоподобной ЭКГ) и 36 больных без признаков ИМ (34 практически здоровых лиц и лиц без признаков перенесенного ИМ и 2 пациента с ПБЛНПГ). Больные с признаками ИМ на ЭКГ и (-) результатом на ВКГ являются ложно (-). Больные без признаков ИМ на ЭКГ и (+) результатом на ВКГ являются ложно (+). При этом векторкардиографически доказано, что у больного с инфарктоподобной ЭКГ при метаболической кардиомиопатии нет ИМ (ложно (-) результат), а у больных с ПБЛНПГ есть признаки ИМ (ложно (+) результат) (таблица).

Результат нового диагностического теста – ВКГ	Результаты «золотого стандарта» – ЭКГ	
	положительный – больные с признаками ИМ	отрицательный – больные без признаков ИМ
положительный	395 больных истинно (+) – a	2 больных с ПБЛНПГ ложно (+) – b
отрицательный	1 больной с инфарктоподобной ЭКГ ложно (-) – c	34 практически здоровых лиц и лиц без признаков перенесенного ИМ истинно (-) – d

Соотношение правильно диагностированных пациентов с помощью ВКГ-исследования позволяет определять его чувствительность и специфичность. Так, чувствительность ВКГ, определяемая отношением $a/(a+c) = 395/(395+1)$, составила 99,7 %. Т.е. с вероятностью 99,7 % ВКГ покажет положительный результат у больных с ИМ. Специфичность ВКГ, вычисляемая отношением $d/(d+b) = 30/(30+2)$, составила 93,8 %. Т.е. с вероятностью 93,8 % ВКГ даст отрицательный результат у больного, не имеющего ИМ.

Выводы. Установлено, что чувствительность ВКГ-метода составила 99,7 %, т.е. в данном проценте случаев при наличии ИМ с помощью ВКГ диагностировано данное заболевание. С вероятностью 93,8 % у больного, не имеющего ИМ, ВКГ исключает эту патологию, что соответствует специфичности ВКГ-диагностики.

ВЛИЯНИЕ ЦИННАРИЗИНА НА ЭКССУДАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ

Бекова Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В системе здравоохранения заболеваний, в патогенезе которых центральное роль принадлежит воспалению является одной из глобальных медицинских и социальных проблем. Несмотря на большое количество лекарственных средств имеющих стероидную и нестероидную структуру, лечение воспалительного процесса, остается недостаточно решенной, поскольку наличие ряда, порою, жизненно опасных осложнений ограничивают их применения.

Цель исследование – изучение влияния циннаризина на течение процесса экссудации у белых крыс.

Материалы и методы. В экспериментах использовали препараты: Диклофенак в таблетках (ОАО «Синтез», Россия), циннаризин в таблетках (ООО «Опытный завод ГНЦЛС, Украина»). Исследования выполнены на половозрелых крысах-самцах стадного разведения с исходной массой 145-165 г.

Были составлены 4 группы животных по 6 особей в каждой. Антиэкссудативное действие препаратов изучали на модели острого воспалительного отека лапы крысы, индуцированного введением под плантарный апоневроз правой задней конечности животного 0,1 мл 6% раствора декстрана. Противовоспалительный эффект препаратов

выявляли по разнице величины воспалительного отека у подопытных и контрольных животных. Предварительно за 1 час до инъекции флогогенного агента вводили циннаризин в дозах 25 и 50 мг/кг соответственно. Диклофенак – натрия вводили перорально в дозе 10 мг/кг. Контрольная – четвертая группа крыс получала эквивалентное количество воды. Измерение объема правой задней лапы животных проводили с помощью плетизмометра до и через 1, 2, 3 и 4 часа после введения флогогена.

Полученные результаты исследований обработаны методом вариационной статистики с использованием стандартного пакета программ StatPlus 2009.

Результаты и их обсуждение. Как показали, результаты проведенных экспериментальных исследований у животных привентивно получавших циннаризин степень процесса экссудации отчетливо уменьшалась. Так, если после субплантарного введения декстрана у крыс объем лапок возрастала на 180,3, 175,7, 159,1 и 143,9% соответственно через 1, 2, 3 и 4 часа от начала эксперимента, то у животных получавших диклофенак натрия она составляла 114,5, 98,4, 82,2 и 69,4% соответственно. Видно, что классический представитель нестероидных противовоспалительных средств – диклофенак натрия статистически значимо подавлял экссудативную фазу воспаления индуцированного декстраном. Эти данные находятся в соответствии с результатами многих исследователей. Практически идентичные результаты нами получены у крыс которым предварительно был введен циннаризин. Под влиянием последнего в дозе 25 мг/кг объем лапки по сравнению с исходным увеличивалась через 1 час на 126,4%, через 2 часа – 112,5%, через 3 часа – на 97,2% и через 4 часа – на 87,5%. Двукратное увеличение дозы препарата приводило к нарастанию эффекта: объем лапок возрастала на 110,3, 102,9, 91,2 и 77,9 в указанных сроках наблюдения. При этом значения противовоспалительной активности составляла 37,0 – 44,0% соответственно через 1 – 4 часа наблюдения. Противовоспалительная активность диклофенак натрия было равно на 40,3-44,9%.

Следовательно, циннаризин у экспериментальных животных оказывает антифлогогенный эффект проявляющихся в снижении процесса экссудации на воздействие декстрана.

Полученные результаты позволяют рекомендовать пересмотр структуры фармакотерапии у больных применяемых циннаризин на фоне сопутствующих заболеваний, в патогенезе которых отводится важное место воспалительному процессу.

Выводы 1. На модели асептического артрита индуцированного декстраном циннаризин проявляет отчетливое антиэкссудативное действие.

2. По своей антиэкссудативной активности циннаризин не уступает классическому нестероидному противовоспалительному средству – диклофенаку натрия.

3. Для циннаризина характерно повышение антиэкссудативной активности по мере увеличения его дозы.

4. В целях повышения эффективности фармакотерапии заболеваний с использованием циннаризина необходимо учитывать его противовоспалительную активность.

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ НА ОСНОВЕ ЛИСТЬЕВ ЛИЛИИ БЕЛОЙ, ОБЛАДАЮЩЕЙ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕЙ, ПРОТИВООЖГОВОЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Вдовенко-Мартынова, Н.Н., Блинова, Т.И., Кобыльченко Н.В.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

Цель данной работы – изучение возможности получения фитопрепарата из листьев лилии белой, обладающего ранозаживляющей, противовоспалительной и противожоговой активностью.

Материал и методы. Исследуемое сырьё - свежие листья прикорневой розетки лилии белой *Lilium candidum* (L.) семейства *Liliaceae*, заготовленные в фазу осеннего отрастания. Фармакогностические методы анализа, позволяющие установить показатели подлинности сырья, содержание преобладающих групп биологически активных веществ (БАВ), определить нормы качества сырья. Диагностические внешние и микроскопические признаки сырья устанавливали в соответствии с требованиями ГФХIV издания, руководствуясь ОФС.1.5.3.0003.15. В части фитохимического анализа определяли присутствие основных групп биологически активных соединений качественными реакциями, хроматографическими методами анализа, УФ-спектрофотометрией. Аминокислотный состав изучали, применяя аминокислотный анализатор (AminoAcidAnalyzer AAA-400, Чехия). Разработана технология получения сока из листьев *Lilium candidum* (L.) включающая стадии: измельчение исходного сырья (получение мезги), прессование, очистка, консервирование.

Результаты. Установлены показатели подлинности сырья: макроскопическим методом анализа определены внешние признаки, микроскопическим – диагностические признаки, позволяющие его идентифицировать. Определено содержание БАВ: свободных органических кислот $14,6 \pm 0,08\%$, аскорбиновой кислоты $0,38 \pm 0,01\%$; флавоноидов $0,14 \pm 0,005\%$; дубильных веществ $7,14 \pm 0,04\%$, стероидных сапонинов $2,34 \pm 0,008\%$; полисахаридов $1,49 \pm 0,0081\%$; каротиноидов $0,0075 \pm 0,0001\%$; хлорофилла $0,19 \pm 0,007\%$. Идентифицировали с помощью метода ВЭЖХ соединения фенольного характера: кислоты – хлорогеновая, галловая, цикориевая, феруловая, эпигаллокатехингаллат. С использованием аминокислотного анализатора (AAA400) определяли аминокислотный состав. Установлено присутствие шестнадцати аминокислот, из которых валин, изолейцин, лейцин, лизин, метионин, треонин, фенилаланин являются незаменимыми. Их содержание в анализируемых образцах сырья достигало $36,9\%$ от суммы всех аминокислот с преобладанием лейцина ($10,32\%$). С целью стандартизации сырья установлены технологические показатели лилии белой листьев свежих и на основании полученных результатов разработана технология и стандартизация получения сока – *Lilii candidi folia*, так как в данной лекарственной форме наиболее полно сохраняется комплекс биологически активных соединений, характерный для данного лекарственного растительного сырья. В разработанном фитопрепарате установлено содержание преобладающих БАВ: свободных органических кислот и аскорбиновой кислоты, полисахаридов, флавоноидов, каротиноидов, стероидных сапонинов, дубильных веществ. Стандартизацию рекомендовано проводить по содержанию стероидных сапонинов, содержание которых нормируется – не менее 3% .

Выводы: Проведено фармакогностическое исследование свежих листьев прикорневой розетки *Lilium candidum* (L.) фазы осеннего отрастания, установлены показатели подлинности, содержание основных групп БАВ данного лекарственного сырья, определены товароведческие и технологические показатели листьев. Разработана технология сока и его стандартизация. Полученный фитопрепарат - сок лилии белой - в дальнейшем

предполагается использовать при разработке удобных в применении лекарственных форм с противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

ИЗУЧЕНИЕ АНКСИОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ЧЕТЫРЕ ПЛАСТИНЫ» НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИРОДНОГО КОМПЛЕКСА СОЕДИНЕНИЙ АК-17

Герашенко А.Д., Шабанова Н.Б.

Пятигорский медико-фармацевтический институт-филиал ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет

Цель. Оценить анксиолитическую активность мышей в тесте «Четыре пластины» на фоне применения природного комплекса соединений АК-17.

Материалы и методы. Изучение анксиолитической активности осуществлялось в тесте «Четырех пластин». Исследование было выполнено на мышах-самцах массой 20-25 гр. Первая группа - негативный контроль (НК) (n=10), получала 0,9% раствор хлористого натрия, вторая группа (n=10), вторая группа - получала комплексное соединение АТАСЛ+катехин гидрат в дозировке 100 мг/кг+100 мг/кг, третья группа получала Фенотропил, в дозе 200 мг/кг. Данные вещества вводили интрагастрально в эквивалентном объеме за 60 минут до эксперимента. Результаты обрабатывали методом вариационной статистики. Межгрупповые различия анализировались параметрическими или непараметрическими методами, в зависимости от типа распределения. В качестве параметрического критерия использован критерий Стьюдента. В качестве непараметрического критерия - U-критерий Манна-Уитни. Достоверными считали различия между сравниваемыми величинами при $p \leq 0,05$. Для статистической обработки результатов использовали пакет программ «Stat Plus 2010».

Результаты. На фоне применения комплексного природного соединения АК-17 было отмечено снижение тревожности грызунов, что нашло свое отражение в достоверном увеличении количества перемещений по секторам в 3,1 раза ($p < 0,05$) в сравнении с группой, которая не получала фармакологическую поддержку (группа НК).

Необходимо также отметить, что у группы, получавшей препарат сравнения Фенотропил в дозе 200 мг/кг, наблюдалась также высокая двигательная активность, при этом, увеличение количества пересечений в четырех пластинах было выше в 5,9 раз ($p < 0,05$) относительно группы НК.

При сравнении групп, получавшая исследуемое соединение под шифром АК-17 с группой мышей, которая получала референтный препарат, статистически значимых отличий установлено не было.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что комплексное природное соединение АК-17 способно обладать анксиолитической активностью, и эффект от применения был сопоставим с эффектом от применения препарата сравнения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Джуманиязова З.Ф., Рахимова Г.П.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы и основным фактором риска развития осложнений, что несет огромный ущерб здоровью населения. В настоящее время к основной группе препаратов, использующихся при купировании гипертонических кризов, относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Эналаприл угнетает образование ангиотензина-2 и устраняет вазоконстрикторное действие, постепенно снижая

артериальное давление без увеличения частоты сердечных сокращений, сердечного выброса, уменьшает общее периферическое сосудистое сопротивление и преднагрузку.

Цель исследования: изучение применения эналаприла и β -адреноблокаторы в купировании гипертонических кризов.

Материал и методы: Всего было обследовано 12 больных, из которых в основную группу вошли 6 пациентов, в контрольной и 6 в возрасте от 50 до 65 лет (средний возраст 57,5 года). Эналаприл – ингибитор АПФ, в дозе 10 мг, терапевтический эффект развивался через 15 минут, максимальное действие 30 мин. Применение комбинации бета-блокаторов снижает систолическое и диастолическое артериальное давление (АД) позволяет эффективно использовать эти препараты при лечении гипертонического криза. Механизм гипотензивного действия β – адреноблокаторов связан со снижением сердечного выброса в результате уменьшения частоты и силы сокращений сердца, угнетением секреции ренина в юкстагломерулярном аппарате почек и в связи с этим эффективное снижение активности ренин- ангиотензин-альдостероновой системы, снижением центральной вазомоторной активности. После применения препаратов измеряли артериальное давление, частоту сокращений сердца и сделали электрокардиографию.

Результаты: Терапевтический эффект развивался через 15 минут, значительное снижение артериального давления произошло через полчаса от начала терапии. Следует отметить, во всех случаях снижение артериального давления пациента не превышало 20 %. Развитие клинических симптомов согласуется с динамикой изменений артериального давления. У большинства пациентов исчезли такие симптомы, как головная боль, головокружение, тошнота, а у остальных снизилась их интенсивность.

Заключение: Таким образом, использование комбинации препаратов в купировании гипертонического криза, помогает снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

«ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВАРИАТИВНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ»

Искандарова Н.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящее время современная медицина развивается быстрыми темпами, в связи с чем научный мир исследует все новые и новые направления в медицине. Это обусловлено тем, что «медицинский термин», являясь носителем специальной медицинской информации, необходимой для оптимизации познавательной деятельности медиков, инструментов познания в сфере медицины, обозначает явления.

Термин, являясь элементом системы языка профессиональной коммуникации [Головин, Кобрин 1987; Массалина, Новодранова 2009; Суперанская и др. 2007], вступает в системные отношения с другими понятиями данной науки; место, занимаемое термином в терминосистеме, и определяет содержание самого термина [Табанакова, Ковязина 2007]. Источником как общезыковой, так и терминологической вариативности является асимметрия языкового знака, представляющая собой отсутствие абсолютного соответствия (идентичности) между означающим и означаемым. Значение и знак находятся во взаимосвязи, образуют пару, при этом они асимметричны, пребывают в состоянии неустойчивого равновесия [Карцевский 1965]. Когнитивно-дискурсивный подход в терминоведении позволяет привлечь к лингвистическому материалу широкий экстралингвистический контекст, при этом рассматриваются условия возникновения вариативности в соотнесении со специфическими характеристиками, свойственными конкретной деятельности (определённому дискурсу). Вариативность термина выступает одним из ведущих понятий, поскольку термин понимается как развивающееся, динамическое явление языка, которое «способно отразить существующие структуры знания, организующие всю систему сведений, репрезентирующих конкретную сферу

деятельности человека» [Манерко 2009, с. 68]. Одной из основополагающих категорий современной лингвистической науки является концепт, понимаемый как совокупность знаний о предмете или явлении объективной действительности [Кубрякова 1996; Алексеева, Мишланова 2002]. Концепт охватывает языковое преломление всех видов знания о стоящем за ним явлении, включая эмпирическое знание, все, что составляет объем и содержание языкового знания. Е.С. Кубрякова определяет концепт как единицу, которая включает «содержание полученных знаний, опыта, результатов всей деятельности человека и результаты познания им окружающего мира». Дискурс фармацевта представлен экспертным знанием, связанным с процессом разработки, производства, продажи и продвижения лекарственных средств (научная, производственная, коммерческая, рекламная деятельность). Дискурс врача представлен экспертным знанием о применении лекарственного средства для улучшения здоровья, связан с консультированием пациента по применению лекарственных препаратов. Врач выступает посредником в коммуникации между фармацевтом и пациентом. Дискурс пациента представлен наивным знанием в фармацевтической области и связан с процессом потребления лекарственных препаратов. Особенности фармацевтического дискурса как смешанной коммуникации опосредованы языком, в частности, в таком специализированном фармацевтическом документе, как инструкция по применению лекарственных препаратов.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШДА ИШЛАТИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИК АСОСЛАРИ

Исмоилов С.Р., Ахмедова Н.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги: Маълумки, пиелонефрит касаллиги уронеф-рологик амалиётда кенг тарқалган ва кўп учрайдиган инфекцион ҳасталиклар қаторига киради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ВОЗ) маълумот-лариға кўра, ҳозирги кунда пиелонефрит учраш частотаси бўйича ўткир респиратор касалликлардан кейин иккинчи ўринни эгаллаган ва буйрак касалликлари орасида асосий ўринда туради, оғир асорат ҳисобланган буйрак етишмовчилиғига олиб келувчи асосий омил бўлиб хизмат қилади.

Айрим муаллифлар томонидан ўтказилган изланишлар давомида кўрсаткичларни таққослаш шуни кўрсатадики, бирламчи ногиронликка олиб келувчи урологик касалликлар асосий гуруҳида пиелонефрит хавфи ўсмадан кейин иккинчи ўринда (21,4-23%) туради [В.Е.Твердый, С.А.Осколков, В.А.Жмуров, 2012].

Мақсади ва вазифалари: Сурункали пиелонефрит билан стационар ва поликлиникаларда даволанган беморларда қўлланилган воситаларнинг фармакоэпидемиологиясини беморларнинг касаллик тарихларини ретро-спектив ўрганиш орқали ҳамда қўлланилган препаратларнинг фармакоэкономикасини мутасадди ташкилотлардан ва стационар ҳамда поликлиникалардан олинган тегишли маълумотлар асосида таҳлил этиш ва тегишли хулосалар чиқариш.

Материал ва услублар: Ушбу касаллик билан даволанган беморлар-нинг касаллик тарихларидан анкета усулида зарур бўлган маълумотлар ретроспектив тарзда ўрганилади: уларнинг турлари бўйича қайси жинсдаги ва ёшдаги аҳоли кўпроқ касалланганлиги, унда қайси воситалар кўпроқ ишлатилганлиги, қўлланилган препаратларнинг самарадорлиги, хавфсизлиги бўйича олиб бориш лозим бўлган чора-тадбирларга қандай ўзгартиришлар киритиш лозимлиги, қайси номдаги дори препаратлари республикамизда ишлаб чиқарилиши ва қайсилари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги талабномасига биноан хориж мамлакатларидан валюта ҳисобига харид қилиниши ўрганилади. Уларни Стъудент усуллари бўйича статистик жиҳатдан ҳисоблаб чиқилади ва олинган маълумотлар таҳлил қилиниб, тегишли хулосалар чиқарилади.

Илмий ишнинг янгилigi: Экологик жихатдан ноқулай бўлган Оролбўйи худудларида сурункали пиелонефритда қўлланилган воситалар фармакоэпидемиологиясининг регионал ўзига хослиги тиббиёт бирлашма-ларида даволанган беморларнинг касаллик тарихларини ретроспектив ўрга-ниш орқали, фармакоэкономикасининг регионал ўзига хослигини эса мутасадди ташкилотлардан ва стационар ҳамда поликлиникалардан олинган тегишли маълумотлар биринчи марта тўлақонли таҳлил этилади ва тегишли хулосалар чиқарилади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМИНОЛАТЕРАЛЬНОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р. Рузматов П. Ю., Рузметов Б. А., Бабажанов К.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Нами изучены результаты хирургического лечения 592 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) выявлена у 464, а язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) у 126 больных.

Резекция желудка с прямым гастродуоденоанастомозом (ГДА) выполнена у 62 больных. Бильрот I с терминолатеральным поперечным гастродуоденоанастомозом (ТЛГДА) – у 402, Бильрот II в различных модификациях – у 48, ваготомия – у 80: СПВ с пилоропластикой по Жабулею – у 36, селективная проксимальная – у 18, селективная – у 12, СПВ с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу - у 12, стволовая ваготомия – у 2 больных.

Из 62 больных перенесших резекции желудка по Бильрот I с прямым ГДА послеоперационные осложнения развились у 4 (несостоятельность ГДА -2, кровотечение из швов по малой кривизне – 2).

После резекции по способу Бильрот I с ТЛГДА в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 6 больных: анастомозит -3, кровотечение из линии швов малой кривизны – 2, нагноение раны-1. Причиной анастомозита у 2 явилась погрешности во время операции. Повторно оперированы 3 больных.

В группе больных с резекцией желудка по способу Бильрот II осложнения возникли у 7 (несостоятельность культи- 4, панкреонекроз- 1, кровотечение -1, пневмония-1), 2 из них умерли. Причиной смерти 1 больного был прогрессирующий перитонит на почве несостоятельности культи, у другого панкреонекроз. Повторно оперированы 4 больных, с благоприятным исходом.

Из 80 перенесших различного рода ваготомии в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 38 больных: анастомозит-у 8, атония культи желудка- у 24, диарея- у 6. Повторные операции выполнены у 6 больных. Летальных исходов не было.

При изучении отдалённых результатов 362 больных через 1-3 года после резекции желудка по Бильрот I с прямым ГДА явления анастомозита наблюдались у 5, демпинг синдрома легкой степени- у 3. После наложенного ТЛГДА больные себя чувствовали хорошо, у 2 наблюдались явления анастомозита. После резекции желудка по способу Бильрот II явления демпинг синдрома легкой и средней степени тяжести наблюдались у 9 больных, тяжелой степени- у 2.

Сопоставляя наши данные, при обследовании 66 больных после различных типов ваготомии установлено, что из 80 больных 36 отмечали тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, непереносимость сладкой и молочной пищи, изжогу, временами рвоту. Демпинг синдром тяжелой степени наблюдали у 2 больных после стволовой ваготомии.

Таким образом, резекция желудка по способу Бильрот I с идеальным и терминолатеральным ГДА является физиологическим что, возможно у преобладающего большинства больных (462) и имеет несомненное преимущество перед способом Бильрот

II, а также разного рода ваготомии. В тех случаях, когда наложение прямого ГДА невозможно, тогда методом выбора желудочнокишечного соустья является ТЛГДА.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Машарипова И.Ю.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность Резус-фактор — это специфический белок, который располагается на поверхности эритроцитов. Если белок на ваших клетках есть, то у вас положительный резус-фактор. Если белок на ваших клетках отсутствует, то у вас отрицательный резус-фактор. Резус- фактор наследуется генетически, таким образом, изменить собственный резус-фактор невозможно, у двух резус-положительных родителей может быть резус-отрицательный ребенок.

Цель исследования- Изучить и назначить лечения у беременных с резус отрицательными факторами.

Задачи исследования: Выявить лабораторные данные у беременных с резус отрицательными факторами и вовремя назначить лечения.

Целью исследования явилось изучение основных лабораторных и клинических проявлений у беременных с резус отрицательными факторами.

Материалы и методы: Наблюдали 38 беременных с отрицательной резус- фактором в возрасте от 19 до 30 лет.с методом ПЦР и Амниоцентез .Все беременные сдали кровь на ПЦР , а только 6 из них рекомендована амниоцентез .

В результате исследования.:У 12 беременных это было 1-беременность, Обследование проводились, когда беременная с 2 беременностью впервые обратилась в женскую консультацию и ее поставили на учет.

Амниоцентез – это диагностическая процедура, при которой иглу через брюшную стенку матери вводят в полость плодного пузыря, туда, где околоплодные воды, амниоцентез позволяет оценить функцию всех основных органов и состояние обмена веществ плода. Так, билирубин повышается уже при легких формах гемолитической болезни плода, остальные параметры изменяются при более тяжелых формах данной болезни.

Вывод: У 8 % беременных повышение билирубина у плода. А всем беременным рекомендована инъекция иммуноглобулина Если титр составляет до 1:4, повторный анализ крови на антитела следует провести на 28-й неделе беременности, или раньше при обнаружении отклонений в развитии плода. В некоторых лечебных учреждениях за уровнем антител следят каждые 6-8 недель. Если в 28 недель беременности титр 1:4 и меньше, необходимо ввести первую дозу антирезус-антител (вакцины). Эта вакцина безопасна для беременных женщин. Если титр до 20 недель больше 1:4, то проводится дополнительное определение титра антирезусных антител один раз в 1-2 недели, или чаще, в зависимости от динамики его роста и состояния плода.И у всех беременных ненаблюдалось побочные явления и осложнения .

ВЛИЯНИЕ N-БИС (N-БРОМБЕНЗОИЛ) –N'- ЦИСТИНИЛ – ТИОМОЧЕВИНЫ НА ЭКССУДАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ

Ражабова Ж.И.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Поиск и изучение высокоэффективных и малотоксичных противовоспалительных препаратов имеет важное практическое значение.

Цель работы. Изучение влияния N-бис (n-бромбензоил)- N'- цистинил

тиомочевины на экссудативную фазу воспаления.

Методы исследования. Это соединение синтезировано на кафедре медицинской и биологической химии ТМА.

Исследования проводили на белых крысах обоего пола массой 140-160 г и белых мышках массой 18-23 г.

В качестве эталона для сравнения результатов исследования были использованы известные противовоспалительные средства бутадион в дозе 100 мг/кг, индометацин (10 мг/кг). По результатам наших предварительных исследований, эти препараты в указанных дозах проявляют наиболее выраженную противовоспалительную активность.

Все использованные вещества вводили животным перорально с помощью металлического зонда в виде суспензии на 3% крахмальном клейстере.

Противовоспалительное действие препаратов изучали на моделях артритов, вызванных формалином (2%), гистамином (0,1%) и серотонином (0,2%). Растворы этих агентов вводили в количестве 0,1 и 0,2 мл в тыльную поверхность апоневроза голеностопного сустава крыс. Противовоспалительную активность препаратов определяли по разности объема лапок онкометрически до начала опытов и в момент максимального развития отека, в зависимости от характера флогогенного агента. Препараты вводили за 72, 48, 24 и 2 часа до введения раздражающих веществ. Для выяснения некоторых сторон механизма противовоспалительного действия препаратов в специальных сериях эксперимента изучали их влияние на воспаление у адреналэктомированных крыс. Препараты вводили перорально крысам за 1 час до начала эксперимента.

Острую токсичность и резорбтивное действие препаратов изучали на белых мышках. Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета программного обеспечения Biostat 2009.

Результаты исследования показали, что N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина в определенных дозах (25, 50 и 100 мг/кг) отчетливо подавляет развитие отека лапок, вызванного формалином.

Следует отметить, что N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина имеет весьма низкую токсичность. Так, при даче внутрь в дозе 2000 мг/кг она не вызывает гибели животных. Поэтому она имеет значительную широту противовоспалительного действия и в этом отношении существенно превосходит эталонный препарат бутадион.

При углубленном исследовании противовоспалительных свойств N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевины было установлено, что в дозах 25, 50 и 100 мг/кг он сильно подавляет интенсивность артритов, вызванных формалином, гистамином и серотонином. В этих случаях его противовоспалительный эффект колебался в пределах от 25 до 60%. В аналогичных условиях противовоспалительная активность бутадиона колебался от 24 до 30% и индометацина от 35 до 40%. По этому показателю N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина превосходит не только бутадион, но и индометацин.

При изучении возможного механизма противовоспалительного действия N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевины было установлено, что в основе его формирования лежат, по крайней мере несколько факторов. Так, препарат выражено подавляет воспалительный отек лапок крыс, обусловленный «медиаторами воспаления» - гистамином и серотонином. В то же время в противовоспалительном действии препарата существенную роль играет кора надпочечников. В этом отношении N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина отличается от бутадиона.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет заключить, что новое производное тиокарбамата N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина является малотоксичным и высокоактивным противовоспалительным препаратом, обладающим большой широтой терапевтического действия. В качестве потенциального противовоспалительного препарата N-бис (n-бромбензоил) - N'-цистинилтиомочевина представляет определенный практический интерес.

Выводы

1. N-бис (п-бромбензоил) - N'- цистинилтиомочевина по способности подавлять артриты, вызванные различными: раздражающими агентами (формалином, гистамином и серотонином) превосходит бутадион.

2. Механизм противовоспалительного действия N-бис (п-бромбензоил) - N'- цистинилтиомочевины обусловлен его влиянием на кору надпочечников и антагонизмом к медиаторам воспаления.

3. N-бис (п-бромбензоил) - N'- цистинилтиомочевина имеет весьма низкую токсичность и большую широту противовоспалительного действия. По этому показателю он имеет значительное преимущество перед бутадионом.

СТЕВИОЗИДНИ БИР МАРОТАБА ЮБОРИЛГАНДА ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТЛАНИШ АКТИВЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Раҳимбоев С.Д., Рашидов С.З., Саноев З.И., Садиқов А.З.

ЎзР ФА академик С.Ю.Юнусов номидаги Ўсимлик моддалари кимёси институти

Соғлом турмуш тарзининг асосий мезонлари жисмоний фаоллик ва тўғри овқатланишдир. Овқат рационали инсон саломатлигига ижобий таъсир кўрсатиши учун кундалик истеъмолдан фойдали қийматга эга бўлмаган таркиба тозаланган шакар сакловчи барча озиқ-овқатларни чиқариб ташлаш зарур. Бунинг ўрнига кучли ширин таъм ва минимал калорияга эга табиий ширинлаштиргич қўшилган маҳсулотлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Шу мақсадда Ўсимлик моддалари кимёси институти олимлари томонидан стевиозид моддаси ажратиб олиниб қатор фармакологик тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Тадқиқотнинг усуллари ва объектлари: Тажрибалар тана вазни 20-25 г бўлган оқ зотсиз сичқонларда ўтказилади. Стевиозид 50; 100 ва 200 мг/кг дозаларда бир маротаба юбориб ҳаракатланиш фаоллигига ва 7 мг/кг фенамин орқали юзага келган гиперреактивликка таъсири ўрганилди.

Олинган натижалар: Ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра, Стевиозид 50; 100 ва 200 мг/кг дозаларда назорат гуруҳига нисбатан ҳаракат фаоллигини тегишлича 1,55; 1,68 ва 2,27 га оширди. Шунингдек юқоридаги дозаларда фенамин таъсирида юзага келган гиперреактивлик назорат гуруҳига нисбатан 4 соат давомида сақланиб қолди.

Хулоса. Ўрганилган модда стевиозид текширилган барча дозаларда тажриба ҳайвонларининг ҳаракат фаоллигига ижобий таъсир кўрсатди. Фенамин таъсирида юзага келган гиперреактивликни дастлабки 2 соат давомида максимал даражада кучайтириб, ушбу таъсир 4 соатгача сақланиб қолди. Шундай қилиб, бу модда углеводли калорияга эа эмаслиги ва ҳаракат фаоллигига ижобий таъсир қилгани учун энергетик таъмли ичимликларга қўшилаётган восита сифатида фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИОКТАЦИДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Сапаева З. А.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: Настоящего исследования является изучение сравнительном аспекте эффективность препарата Тиоктацид у больных сахарным диабетом 2-типа с диабетической нефропатии

Материалы и методы: В исследовании были включены 60 больных с клинически установленным диагнозом «Хроническая болезнь почек» с нефропатией диабетической этиологии находившиеся на стационарном лечении, в период с января по апреля 2021 года

в течении 10 дней и последующим амбулаторным наблюдением в течении 20 дней. Для оценки эффективности проводимой антиоксидантной терапии использовались такие показатели, как динамика субъективных и объективных симптомов болезни, а также динамика лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, Нечипоренко, мочевины, креатинин, калий, общий белок, СКФ, ПТИ, фибриноген, Ультразвуковое исследование почек). Комплексное лечение включало: в ходе исследования больные получали сходные дозы Тиоктацид вводят внутривенно, медленно путем инфузий по 1 ампуле (600 мг восстановленного тиоктацида) + Хлорид Натрия 0.9 % - 200.0 1 раза в сутки течение 10 дней. Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования все больные до лечения имели клинико-лабораторные признаки нефропатии умеренной и высокой степени активности. При поступлении были следующие показатели: СОЭ $20,1 \pm 1,8$ мм/ч, мочевины $15,6 \pm 2,4$ ммоль/л, креатинин $190 \pm 11,8$ ммоль/л, протеинурия $1,72 \pm 0,42$ г/л, СКФ $63 \pm 3,8$ мл/мин. После лечения у больных наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: СОЭ понизилась до $16,5 \pm 3,7$ мм/ч ($p < 0,05$); протеинурия умеренно уменьшилась до $0,99 \pm 0,6$ г/л ($p < 0,05$); показатель мочевины снизилась до $12,7 \pm 0,32$ ммоль/л ($p < 0,01$); креатинина до $168 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,001$), СКФ уменьшилась недостоверно.

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. Препарат Тиоктацид хорошо переносится больными диабетической нефропатии.
2. Антиоксидант Тиоктацид при месячном курсе лечения привел к достоверному снижению уровня мочевины и креатинина, тем самым устраняя проявления эндотоксемии у больных с диабетической нефропатии.

ПЕРСониФИЦИРОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Сорокина Ю.А., Мосина А.А., Ловцова Л.В.

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель исследования. Провести фармакогенетическое тестирование по eNOS3 C786T (rs 2070744)) и определение инсулинорезистентности с целью персонифицирования применения метформина у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2 типа).

Материалы и методы. Наблюдение за динамикой эффективности фармакотерапии в прогрессе заболевания в зависимости от генотипа пациента при поступлении в порядке плановой госпитализации (200 пациентов) с длительностью диагностированного сахарного диабета 2 типа от 5 до 15 лет после подписания информированного согласия. Гликированный гемоглобин (HbA1c) определяли на жидкостном хроматографе Bio-Rad со стандартными наборами (Франция). Уровень С-пептида оценивали с помощью диагностических иммуноферментных тест-систем «Mercodia C-peptide ELISA specific». ОНП гена eNOS3 C786T (rs 2070744)) определяли методом ПЦР в реальном времени при использовании наборов (ООО НПФ «Литех», Россия). Использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10.1. Характер распределения отличался от нормального. Применялись непарметрические методы анализа. Различия между независимыми группами - U критерий Манна-Уитни и ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Различия между зависимыми группами - критерий Вилкоксона парных сравнений. Статистическая значимость при $p < 0,05$. Расчет показателей Гомеостатической Модели 2 (НОМА2) проводился при помощи специализированного приложения (ver 2.2.3, The Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism). Использован метаболический индекс (МИ) для оценки глукосо-липидности.

Результаты. При средней длительности СД 2 типа 10 лет у изученной группы пациентов целевой показатель 7,5%. При этом среди пациентов с СС 80% достигли и удерживают уровень HbA1c даже ниже целевого при применении метформина в дозе 1700

мг в сутки. Ни один из представителей гаплотипов изученного полиморфного гена (ТС и ТТ) не достиг целевых значений и разница составляет более 1,5% , что требует значительной интенсификации, в том числе инсулинотерапии. При наличии любого из трёх гаплотипов у пациентов за 10 лет течения заболевания повысилась инсулинорезистентность (ИР), по сравнению с нормой, в 2 и более раза, при этом минимальные изменения – при наличии гаплотипа СС, максимальные при наличии ТТ.

У пациентов с гаплотипом СС отмечались по сравнению с другими гаплотипами: максимальная функция бета клетки, при этом минимальный МИ. Применение метформина при наличии данного гаплотипа у пациента обеспечивает бета – протективное действие и лучший метаболический контроль у больных сахарным диабетом 2 типа. У пациентов с СС гаплотипом несмотря на высокие показатели функционирования бета-клеток, индекс периферической ИР (НОМА2-IR) и чувствительности сравним с другими представителями. Это может свидетельствовать о том, что несмотря на достаточную компенсацию углеводного обмена, истощение бета-клеток медленно, но прогрессирует. При наличии ТТ гаплотипа у пациентов отмечен максимальный МИ.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости персонализированного подхода при назначении сахароснижающей терапии при помощи фармакогенетического тестирования с целью снижения прогрессирования инсулинорезистентности.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕЗСОЗИФЕНА У КРЫС ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Собиров Э.Ж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

К сожалению, список НПВС используемый в педиатрической практике весьма ограничен и включает лекарственные средства, применяющиеся много лет и достаточно скомпрометировавшие себя из-за высокой частоты неблагоприятных побочных реакций (развитие гастропатии, синдром Рейе)[5]. В связи с этим разработка и создание новых менее токсичных и более эффективных антифлоггенных препаратов представляет важный интерес. Исследованиями последних лет было показано, что лекарственные растения являются жизненно важным источником потенциально полезных новых лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний, в патогенезе которых воспаление занимает одно из центральных мест.

У крыс одномесячного возраста исследована антиэкссудативное и антипролиферативное активность Мезсозифена сравнительно с Ибупрофеном. Установлено, что Мезсозифен представляющий собой смесь экстрактов лекарственных растений, проявляет отчётливое антиэкссудативное и антипролиферативное действие у животных препубертатного возраста. По своей противовоспалительной активности Мезсозифен приблизительно в 2,5 раза более эффективен, чем Ибупрофен. Считают, что Мезсозифен может быть рекомендован в качестве противовоспалительного средства в препубертатном периоде.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗОЛВАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С., Сулейманов Ф.С.

Бухарский государственный медицинский институт

В последние годы проблема хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) приобретает все большую медицинскую и социальную значимость, ухудшает качество жизни и приводит к увеличению инвалидизации людей.

Цель: оценка клинической эффективности и переносимости препарата лазолван в комплексной терапии ХОБЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 31 больной, из них 18 мужчин и 13 женщин с диагнозом ХОБЛ II-III степени в возрасте 43-69 лет. Всех больных беспокоили кашель, выделения слизисто-гноной мокроты и одышка. У всех больных выслушивалось сухие хрипы в легких. При осмотре у больных выявлен диффузный цианоз, при исследовании крови у них выявлен компенсаторный эритроцитоз от 6,2 до 6,8 млн. и лейкоцитоз от 9,4 до 10,1 тыс. в 1 куб. мм крови. Все больные подразделены на две группы в зависимости от метода терапии. В I группу вошли 16-ть больных, из них 10-ть из них - с бронхитическим и 6-ть - с эмфизематозным типом. Во II группу включены 15-ть больных, 9-ть - с бронхитическим и 6-ть - с эмфизематозным типом. У больных I группы в базисную терапию включили препарат лазолван, а в II группе назначали только базисную терапию. Лазолван назначали по 1 ст. ложке 3 раза в день независимо от приема пищи, в течение 10 дней.

Результаты и обсуждение. У 15-ти больных I группы на 5-6-е сутки лечения значительно уменьшились приступы кашля и облегчилось отхождение мокроты. У больных данной группы с эмфизематозным типом в те же сроки наблюдали уменьшение кашля и улучшение отхождения мокроты, однако одышка по-прежнему сохранялась. Кроме этого, у данных больных снизился цианоз.

Во II группу больных при применении у них только базисной терапии наблюдали снижение интенсивности кашля и улучшение отхождения мокроты на 8-9-ые сутки наблюдения. Базисная терапия не приводила к снижению степени одышки, но произошло некоторое уменьшение цианоза. Следовательно, наряду с выявленными сдвигами у больных обеих, у больных I группы на 5-6-е сутки лечения лазолван оказывал муколитический эффект, при этом уменьшились интенсивность кашля и улучшилась аускультативная симптоматика (уменьшение хрипов в легких).

До лечения основные показатели функция внешнего дыхания (ФВД) у всех больных были достоверно снижены в отличие от нормы. После проведенного лечения в основном у больных с бронхитическим типом ХОБЛ отмечалось значительное повышение проходимости бронхов, прирост показателей FEV₁, FEV₇₅, FEV₅₀ соответственно составил - 13,4%, 17,2%, 13,5%. Это свидетельствует об улучшении проходимости общего потока и проходимости на уровне мелких бронхах. По-видимому, это происходит из-за улучшения отхождения мокроты, снижения окклюзии бронхов слизью и за счет обратимого компонента воспаления бронхиальной стенки.

В ходе лечения у больных обеих групп отмечалась тенденция к уменьшению интенсивности воспаления слизистой оболочки бронхов. Противовоспалительный эффект было более выраженным у больных, получавших лазолван.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных ХОБЛ, получавших препарат лазолван, происходило разжижение мокроты, уменьшение вязкости мокроты улучшает его отхождение и снижает приступы кашля и одышку у больных I группы. Препарат лазолван также положительно влиял на функции ФВД.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА СУЛЬПЕРАЗОНУ ЖЕНЩИН С ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ

Сулейманова Г.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что пельвиоперитонит (ПП), являясь острым воспалительным заболеванием женских половых органов (ОВЗВПО), занимает первое место среди гинекологических заболеваний.

Цель исследования. Изучение влияния сульперазона на биохимические показатели у женщин с ПП.

Материалы и методы. Обследованы 48 женщин с ПП. Средний возраст пациенток с ПП составил $23,6 \pm 2,7$ лет. У большинства (64,3%) в анамнезе имелись указания на наличие трансмиссивных инфекций, внутриматочное вмешательство - у 28 (58,3%). Пациентки в зависимости от проводимого лечения были разделены на 2 группы: 1-ая (n=25) получила традиционную консервативную терапию; 2-ая группа (n=23) получила длительную микрокатетерную терапию малого таза (ДМТМТ) в полость малого таза. При лечении ДМТМТ нами был использован сульперазон («Pfizer», США) 1, г/сутки в течение 6-8 дней (курс лечения), а также дополнительно метронидазол 0,5%- 10 мл. У пациенток определяли степень эндогенной интоксикации (ЭИ) по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) и определению молекул средней массы (МСМ). В выделенных из крови лейкоцитах определяли уровень оксида азота (NO), активность нитратредуктазы (НР) и НАДФН-диафоразы (НД).

Результаты. В 1-ой группе, показатели метаболизма NO и ЭИ нормализовались к 9-ым и более суткам лечения. Во 2-ой группе, где был использован сульперазон способом ДМТМТ, нормализация показателей обмена NO и ЭИ была достигнута на: 5-6 сутки лечения. Было показано, что, чем выше степень тяжести степени ЭИ у больных с ПП группы, тем хуже эффективность лечения. Так, у больных ПП 1-ой группы при I, II и III ст. заболевания происходило увеличение NO на 13,1% ($p > 0,05$), 42,6% и 100% ($p < 0,001$), НД - на 16,2% ($p < 0,05$), 48,5% и 98,3% ($p < 0,001$) соответственно.

Параллельно с этим наблюдали снижение скорости реакции НР, которая по сравнению с исходными данными уменьшилась на 27,4% ($p < 0,01$), 28,9 ($p < 0,01$) и 45,0% ($p < 0,001$). При данном способе лечения отмечали высокую степень ЭИ. По сравнению с исходными значениями в лейкоцитах женщин 2-ой группы концентрация NO при I, II и III ст. заболевания увеличилась на 28,4% ($p < 0,05$), 95,4% и 214,2% ($p < 0,001$) соответственно. Одновременно с этим отмечали выраженное повышение показателей НД при I, II и III ст. заболевания: на 26,5% ($p < 0,05$), 83,8% и 174,6% ($p < 0,001$) соответственно. Об эффективности лечения у больных с ПП 2-ой группы отмечали уменьшение показателей МСМ₂₅₄ при I, II и III ст. - на 18,6% ($p > 0,05$), 25,9% ($p < 0,05$) и 34,2% ($p < 0,01$), ЛИИ - на 66,3%, 71,6% и 81,8% ($p < 0,001$) соответственно.

Таким образом, при лечении пациенток с ПП у них в лейкоцитах отмечается нарушение обмена NO, угнетение активности НД, повышение скорости ферментативной реакции НР. Важным фактором в снижении экспрессии NO является угнетение активности НД, интенсификация скорости ферментативной реакции НР. Нарушение NO-эргической системы в лейкоцитах связано с возрастанием степени ЭИ у больных с ПП. Включение сульперазона и метронидазола в схему лечения способом ДМТМТ у больных с ПП обладало большей эффективностью по сравнению с традиционным методом, так как при этом улучшались как биохимические параметры, так и результаты лечения больных.

АНТИГИПОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ПИРИМИДИНА ПОД ШИФРОМ PIR-10 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ МЫШЕЙ

Шабанова Н.Б., Геращенко А.Д.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

Цель исследования: Изучить антигипоксическую активность производного пириимидина под шифром PIR-10 при экспериментальной гипобарической гипоксии мышей.

Материалы и методы: Эксперимент выполнен на 30 белых беспородных мышах массой 20-24 гр. Животные были разделены на 3 группы (n=10). Первая группа -

контрольная, получавшая взвесь воды очищенной с твином-80, второй группе вводили соединение PIR-10 (50мг/кг), третьей – препарат сравнения мексидол (50 мг/кг). Все объекты вводились внутривенно за час до эксперимента. Острую гипобарическую гипоксию моделировали «поднятием» мышей в барокамере (высота =11000 м, скорость=100 м/с). Результаты обрабатывали с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты: Проверка на устойчивость мышей к острой гипобарической гипоксии показала, что средняя продолжительность жизни контрольной группы животных составила $51,1 \pm 2,9$ сек. Время жизни на «смертельной площадке» мышей, получавших референтный препарат мексидол, составило $94,7 \pm 3,5$ сек, что на 85,3% ($p < 0,05$) было статистически достоверно выше показателя контрольной группы. При этом, мыши, которым вводили соединение PIR-10 достигали летального исхода через $115,6 \pm 2,7$ сек, что на 126,2% ($p < 0,05$) и 22,1% ($p < 0,05$) превосходило данные контрольной группы и группы крыс, получавших мексидол соответственно.

Выводы: Применение нового производного пиримидина под шифром PIR-10 (50 мг/кг) позволило достоверно увеличить продолжительность жизни мышей на 126,2% в сравнении с контрольной группой и 22,1% относительно мышей, получавших референтный препарат, что может свидетельствовать об антигипоксическом действии данного соединения, сопоставимым с препаратом сравнения – мексидол в дозировке 50 мг/кг.

CONVOLVULUS ARVENSIS ЭКСТРАКТИНИ САҚЛОВЧИ ГЕЛНИНГ РЕГЕНЕРАЦИОН ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Шукурлаев Қ.Ш., Якубова У.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муоммонинг долзарблиги: Куйиш инсон ўлимига сабаб бўлувчи жароҳатлар ичида иккинчи ўринни эгаллайди. Куйиш-терининг хавфли шикастланиши бўлиб, бунда нафақат тери балки бошқа аъзолар ҳам зарарланади. Куйиш жойларини маҳаллий даволаш яраларни бирламчи даволашдан бошланади. Шу сабабли ўрганилаётган гелнинг яллиғланишга қарши таъсиридан ташқари турли хил куйишларда келиб чикувчи жароҳатларни битишида регенерацияцион хусусияти ҳам ўрганилди.

Тадқиқот мақсади: *Convolvulus arvensis* экстрактини сақловчи гелнинг термик ва кимёвий куйиш жароҳатларида регенерацияцион хусусиятларини ибупрофен гели билан солиштирган ҳолда ўрганиш.

Термик жароҳат чақирилган каламушларда ўтказилган экспериментал тадқиқотнинг натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, грануляцияцион тўқима ҳосил бўлиши ва эпителизация 11-12-кундан бошланган. Шу билан бирга, назорат каламушларида жароҳат ҳосил қилингандан сўнг қорақўтирлар юзага келди, улар тажрибанинг биринчи охирига келиб мустақил равишда тушиб кетди, зарарланган терининг тўлиқ битиши ва терининг туклар билан қопланиши тажриба бошидан ўртача 75-куни кузатилди. Ўрганилган воситаларни сақловчи геллар билан каламуш терисининг куйиш юзасини кундалик даволаш яранинг битишини тезлаштиришига сабаб бўлди. Шундай қилиб, *Convolvulus arvensis* экстрактини сақловчи гел билан ишлов берилган каламуш гуруҳида қорақўтирни йўқолиш вақти деярли икки мартага (48,5%), ибупрофен билан даволанганда эса 22,3% га қисқарди. Шу билан бирга, ибупрофен гелида жароҳатларнинг тўлиқ битиши 22,3% га, таркибида *Convolvulus arvensis* экстракти бўлган гел билан даволанганда эса 39,1% га камайди. *Convolvulus arvensis* экстрактини сақловчи гел кимёвий куйишларни даволашда ҳам юқори самарали бўлди. Концентрланган хлорид кислота таъсирида куйган хайвонларда ўтказилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, жароҳатни ҳар куни фармакологик воситаларни ўз ичига олган гел билан даволаш куйиш жароҳатлари соҳасини 15,2 % га қисқартирди. Олинган натижалар куйидагича: Яра битиш куни назорат гуруҳида 24 кун, ибупрофен гели билан маҳаллий даволанган гуруҳларда 21 кунни, қўйпечак экстрактини сақловчи гел билан даволанган гуруҳ жониворларида 19 кунни ташкил этди.

Хулоса: *Convolvulus arvensis* экстрактини сақловчи гель термик ва кимёвий куйиш жароҳатларини даволашда юқори самарали бўлди.

FARMAKOGENETIKA FAN SIFATIDA

Axmedova N.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Bu mavzuning dolzarbligi shundaki farmakogenetika bevosita klinik qo'llani-lishi lozim bo'lgan fandır: organizmning irsiy omillarga bog'liq bo'lgan holda dori moddalariga reaksiyalarini o'rganadi. Shifokor uchun davo muolajalarini tavsiya qilishdan oldin bemor genomining xususiyatlarini bilish muhimdir. Bugungi kunda, dori tanlash va tavsiya qilish uchun bunday yondashuv faqat juda cheklangan dori vositalari uchun ishlatiladi va kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, lekin yaqin kelajakda, bemorning genlar tahlili davolovchi vrach amaliyotida keng tarqalgan usul bo'ladi deb ayti-shimiz mumkin. Bilamizki, ko'pincha bir bemorga yordam beradigan vosita boshqasiga zarar yetkazishi mumkin. Bunday universal tamoyil inson hayoti-ning ko'plab sohalarida uchraydi va dori-darmonlarni tanlash ham bundan mustasno emas. Qaysi dori qabul qilishga arziydi, degan savolga javob ko'pincha genlarda yotadi.

Kundalik amaliyot shuni ko'rsatadiki, turli bemorlarda bir xil dorilarning samaradorligi va tolerantligi bir xil emas. Nisbatan yaqinda ko'p jihatdan bu farqlar moddalar almashinuvi, qabul qilish, immun javob va hokazo jarayonlarni belgilovchi genetik omillar bilan belgilanganligi aniqlangan.

Odam organizmining dorilarga sezuvchanligining genetik asoslarini o'rganish farmakogenetikaning predmeti hisoblanadi. "Farmakogenetika" atamasi 1959-yilda Vogel F. tomonidan taklif etilgan.

Klinik farmakogenetikaning vazifasi ham organizmning dori-darmonlar ta'siriga o'zgacha javob berishini tashxislash, oldini olish va korreksiya-lash usullarini ishlab chiqishdan iborat.

Dorilarga noodatij reaksiyalarni belgilovchi irsiy omillar asosan bio-kimyoviy hisoblanadi. Ko'pincha bu, preparatlarning biotransformasiyasini faollashtiradigan fermentlarning yetishmasligi. Dorivor moddalarga atipik reaksiyalar irsiy metabolik kasalliklarda ham kuzatilishi mumkin.

Odam organizmidagi dorilarning biotransformasiyasi o'ziga xos oqsillar bo'lgan ayrim fermentlar ta'sirida sodir bo'ladi. Fermentlar faol markaz-lar orqali dorivor moddalarga birikadi va ularning kimyoviy o'zgarish jarayonlarini tezlashtiradi. Dorivor moddaning biotransformasiyasini bitta emas, balki butun bir guruh fermentlari yordamida, ayniqsa, organizmda moddaning kimyoviy transformasiyasi bir necha bosqichda sodir bo'ladigan hollarda amalga oshirish mumkin. Har bir ferment yuqori o'ziga xosligi bilan ajralib turadi. Bu kimyoviy jarayonning faqat qat'iy belgi-langani bog'liqligini faollashtiradi. Ko'pgina dorivor moddalar almashi-nuvi davomida bir xil funksional guruhlariga ega bo'lgan mahsulotlar (OH, -- H₂, -- COOH, -- H) hosil bo'ladi, shuning uchun ularning keyingi transformasiyasi bir xil fermentlar yordamida amalga oshadi. Shunday qilib, bir ferment turli dori moddalar almashinuvida ishtirok etishi mumkin.

Fermentlarning sintezi qat'iy genetik nazorat ostida bo'ladi. Tegishli genlar mutasiyaga uchraganda fermentlarning tuzilishi va xossalari irsiy buzilishlari - fermentopatiya sodir bo'ladi. Gen mutasiyasining tabiatiga qarab ferment sintezi tezligi o'zgaradi yoki atipik ferment sintezlanadi.

Xulosa qilib aytadigan bo'lsak, farmakogenetika tibbiyot amaliyotiga tadbij etish lozim bo'lgan bo'lgan genetik fanning bir yo'nalishidir. Bugungi kunda preparatlarning ta'sir mexanizmlari yaxshi o'rganilgan va bu bemorlarni davolash uchun samarali davo algoritmlarini yaratish imkonini beradi. Turli o'zgarishlarga olib keluvchi genlar ham yaxshi o'rganilgan. Shu bilan birga farmakogenetikani tibbiy amaliyotga tadbij etish imkonini beruvchi, shifokorlar uchun tushunarli algoritmlar ishlab chiqishga va shu doiradagi mutaxassisga ehtiyoj katta. Ushbu

yoʻnalishni rivojlantirish va ommalashtirish lozim. Bu borada shifokorlarga bemorlarning yuqori sifatli diagnostikasini amalga oshirish imkonini beradigan, yuqori sifatli tahlil tizimlari shaklida bir vosita berilishi kerak. Bugungi kunda yaqin kelajakda farmakogenetikani tibbiy amaliyotga keng joriy etishga umid bor.

OPTIMIZATION OF OVULATION INDUCTION IN CLOMIFENE RESISTANT PATIENT WITH INFERTILITY

Kurbaniyazova M. Z., Bekbauliyeva G.N., Duschanova Z. A.

Tashkent Medical Academy, Urgench branch of Tashkent medical academy

Annotation. It has been proven that the induction of ovulation is the main method of treatment in infertile women with PCOS. Up to 20-25% of women with PCOS are resistant to clomiphene citrate.

The aim of the study is to optimize the baseline ovarian response in clomiphene-resistant women to ovulation induction with minimal drug costs.

Materials and methods of research: the study included 40 clomiphene-resistant women with PCOS. For women in group I, we used clomiphene citrate 100mg + recombinant follicle-stimulating hormone p FSH 37.5 IU / day. Group II received only p FSH 37.5 using a low dose escalating protocol. The use of this protocol enables monofollicular growth and a decrease in the risk of multiple pregnancies and, in turn, is the prevention of ovarian hyperstimulation. Inclusion criteria are, clomiphene citrate resistant women with PCOS aged 20 to 38 years, BMI, no previous ovulation induction, partners with normal sperm counts according to WHO standards, opening of the fallopian tubes (confirmed by hysterosalpingography in the previous 6 months), without presence operations on the genitals. The exclusion criterion is the presence of any factors of infertility, except for CV-resistant women with PCOS. The study also included the measurement of blood pressure, abdominal circumference, hormonal study of the serum of patients such as basal FSH, LH / FSH ratio, free testosterone (T), insulin, progesterone, AMG on the 3rd day of the menstrual cycle. HDL High Density Lipoproteins, serum estradiol was determined on the day of ovulation trigger administration. Insulin resistance (HOMA-IR) was determined as follows: $HOMA-IR = \text{fasting insulin (IU / ml)} \times \text{fasting glucose (mol / l)} / 22.5$. Ultrasound of the ovaries with a transvaginal sensor on the 2nd - 3rd day of the menstrual cycle to assess the number of antral follicles with a diameter of 2 to 9 mm (in an amount of 12 or more is considered polycystic) and an assessment of the volume of the ovary, which is determined by measuring three perpendicularly directed ovarian diameters and applying the formula: $D1 \times D2 \times D3 \times 0.5236$.

The results of the study showed that in group I compared with group II, the frequency of ovulation was significantly higher (60% versus 35%). The study showed that the dose of gonadotropin preparations for obtaining ovulation can be reduced by the simultaneous administration of CC + rFSH. As our study showed, group I (CC + rFSH) received a lower dose of rFSH (532.5 ± 315) and the duration of stimulation days (12.34 ± 4.5) was less than in group II (18.42 ± 6.2 days of stimulation). The number of growth of the middle and dominant follicle, the thickness of the endometrium, the number of ovulations and the frequency of pregnancy are non features.

Conclusions. The combined administration of CC + rFSH in clomiphene-resistant women with PCOS compared to the use of rFSH alone, gives higher ovulation rates and lower financial costs. The use of this protocol enables monofollicular growth and a decrease in the risk of multiple pregnancies and, in turn, is the prevention of ovarian hyperstimulation.

И-БЎЛИМ: ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Абдуллаев Р.Б., Ражапова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДК) занимает ведущее место в структуре гастроэнтерологических заболеваний, протекает хронически, с частыми обострениями и поражает в основном лиц трудоспособного возраста (3). Поэтому ЯБЖДК приобретает социальное значение, а ее лечение остается одной из актуальных проблем современной клинической гастроэнтерологии. С практической точки зрения врач, прежде всего, должен стремиться к наиболее коротким срокам купирования симптомов, беспокоящих больного, добиться быстрого заживления язвы, а также снижения и в итоге ликвидации активных воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При обнаружении в гастродуоденальной слизистой оболочке *Helicobacter pylori* (НР), нужно внести в комплексную противоязвенную терапию соответствующую медикаментозную коррекцию с целью устранения персистенции этой бактерии. Несмотря на наличие достаточно большого и постоянно пополняющегося арсенала противоязвенных медикаментозных средств за последние годы отмечается учащение случаев затяжного течения обострения ЯБЖДК, резистентных к лекарственной терапии форм заболевания. Большая вероятность побочных действий при интенсивной медикаментозной терапии диктует необходимость продолжения поиска новых нетрадиционных эффективных методов лечения ЯБЖДК.

Поиск более эффективных методов лечения ЯБЖДК привел к разработке и внедрению в клинику эндоскопических и лазеротерапевтических методов (2). В последние годы появилось огромное количество публикации о том, что в неизменной слизистой оболочке антрального отдела "хеликобактер пилори" встречаются в 0-20% случаев, при хроническом неактивном гастрите в 47%, при активном в 99%, при дуоденальной язве - в 76-100% и при язве желудка в 67-97%. Известно, что в отношении "хеликобактер пилори" активны висмутосодержащие препараты ("де-нол"), полусинтетические пенициллины, эритромицин, трихопол и др. (5). По итогам научных исследований установлено, что тройная терапия с омепразолом, амоксициллином, фуразолидоном усиливают процессы анаэробного гликолиза. В результате такого эффекта ускоряется скорость перекисного окисления липидов (ПОЛ). В плане коррекции нарушенных процессов анаэробного гликолиза и ПОЛ считают целесообразным использовать тройную терапию с омепразолом, амоксициллином, тетрациклином при лечении язвенной болезни (4).

Учёными установлено, что инфракрасная магнито-лазерная терапия оказывает благотворное влияние на течение язвенной болезни, способствует быстрому устранению иммунодефицита и является профилактикой ранних послеоперационных осложнений (3). Применение иммунокорректоров т-активина и тималина на фоне общепринятого лечения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оказывает выраженный клинический эффект, увеличивая частоту и рубцевания язв за 4 недели лечения, сокращая сроки заживления язв (1). Актуальность поиска новых методов лечения ЯБЖДК несомненно ибо известно, что несмотря на наличие широкого арсенала современных медикаментозных средств, отмечается неуклонный рост заболеваемости.

Материалы и методы. Материалом настоящего исследования послужили 74 больных язвенной болезнью желудка -60 (80%) и двенадцатиперстной кишки -6 (8%) в фазе

обострения (26 женщин и 48 мужчин). У 8 (11%) больных встречались сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Для диагностики ЯБЖДК использовали клинические, лабораторные, бактериологические, иммунологические, рентгенологические, морфологические и эндоскопические методы исследования. Окончательный диагноз верифицирован эндоскопический. Критерием терапевтической эффективности являлась клиническая ремиссия, проявлявшаяся в исчезновении жалоб, улучшении самочувствия, рубцевании язвы эндоскопическом контроле. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на 5 групп.

Первую (контрольную) группу составили 20 (27%) больных ЯБЖДК, получавшие только общепринятое противоязвенное лечение (режим, диета 1а, 1б, 1; ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, холинолитические, обволакивающие средства, антациды, антихеликобактерная, инфузионная терапия, транквилизаторы).

Во вторую группу вошли 14 (19%) пациентов, получавшие наряду с общепринятым лечением иммуностимулятор т-активин по 100 мкг ежедневно подкожно в течение 7 дней.

В третью группу включены 18 (24,3%) больных, в лечении которых использован метод магнитотерапии т.е. ежедневное воздействие пульсирующим магнитным полем напряженностью 30 мТл, продолжительностью 25 минут в область эпигастрия. Источником магнитотерапии явился прибор АМТ 01 "магнитер", теоретическим обоснованием применения магнитотерапии является его стимулирующее влияние на процессы репаративной регенерации, противовоспалительный и анальгезирующий эффект, способность улучшать микроциркуляцию, хотя до настоящего времени окончательно не выяснен механизм его терапевтического действия.

10 (13,5%) пациентов четвертой группы в комбинации с общепринятым лечением получали сульфаниламидный препарат бактрим способствующий освобождению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от хеликобактериоза, по 1 таблетке 2 раза в день через 40-45 минут после еды.

Пятую группу составили 12 (16,2%) больных получивших кроме общепринятого противоязвенного лечения т-активин, магнитотерапию и бактрим.

Обсуждение результатов и выводы. Результаты проведенных нами наблюдений суммированы в таблице №1. У 11 больных из общего числа обследованных (74) лечение оказалось неэффективным, которым предложено оперативное лечение.

Таблица №1.

Сроки заживления язв и нормализация клинко-функциональных показателей у больных язвенной болезнью в зависимости от способа лечения:

Группа	Метод лечения	Число больных	Число больных с зажившими язвами		Сроки нормализации клин-функц. показателей и заживления язв
			абс.	%	
1-ая (контроль.)	Общепринятое лечение (ОЛ)	20	14	70,0	13±1,3
2-ая	Т-активин +ОЛ	14	11	78,5	11±1,2
3-я	Магнитотерапия	18	17	94,4	9,0±1,1
4-я	Бактрим +ОЛ	10	9	90,0	10±1,0
5-я	Т-активин+ магнитотерапия +бактрим +ОЛ	12	12	100,0	8,0±1,1

Как видно из данных, приведенных в таблице, применение т-активина, магнитотерапии и бактрима в комплексе с традиционной общепринятой терапией

повышает эффективность лечения, ускоряет нормализацию объективных и субъективных признаков болезни, сокращает срок полного заживления язв.

Следует отметить, что никаких побочных действий связанных с применением описанных методов не отмечалось.

Рекомендуется весь лечебный комплекс назначать больным в первые дни поступления в стационар после эндоскопической подтвержденной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, при наличии хеликобактеров в биоптате, а также после регистрации иммунодефицита Т-супрессоров.

Таким образом, проведенные исследования позволяют предположить новый патогенетический обоснованный, высокоэффективный метод лечения: сочетание иммуномодулятора т-активна, стимуляции процессов репаративной регенерации - магнитотерапии, хеликобактериоцидного препарата бактрима и общепринятого противовоспалительного лечения.

Литература.

1. Гариб Ф.Ю. и др. Новые подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки иммунокорректорами. Методические рекомендации-1990. С.18.

2. Калиш Ю.И., Кабулов М.К., Турсуметов А.А. Роль лазерных технологий в профилактике послеоперационных осложнений при “высоких” язвах желудка// Хирургия Узбекистана. Ташкент. 2014. № 3. -С. 27-28.

3. Касимов А.Л., Абдуллаев Р.Н. и др. Роль инфракрасной магнитолазерной терапии в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Ташкент. 2014. № 4.-С. 65-69.

4. Пулатова Н.И., Якубов А.В. и др. Состояние окислительного стресса и анаэробного гликолиза в слизистой желудка при лечении экспериментальной язвы трех компонентными схемами второй линии.// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Ташкент. 2013. № 2.-С. 22-24.

5. Рожавин М.А., Струк В.И. *Campilobacter pylori* и его взаимосвязь с язвенной болезнью. Ж.М.З.И.-1989. N7. С. 114-118.

УДК 616.33-003.44:616.35

ВИТАМИН Д И ЕГО ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСА У ПАЦИЕНТОВ СТАРОГО ВОЗРАСТА

Матякубова О., Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

COVID-19 – это заболевание, вызванное новым коронавирусом, который ранее не был идентифицирован у людей. В большинстве случаев болезнь COVID-19 сопровождается легкими симптомами, такими как сухой кашель, утомляемость и повышенная температура, хотя такого симптома, как повышенная температура, у некоторых пожилых людей может не наблюдаться. У пожилых людей, а также лиц всех возрастов с сопутствующими заболеваниями (такими как диабет, гипертония, болезни сердца и легких или рак), вероятность тяжелого течения заболевания выше, чем у других.

Ключевые слова: лимфоцит, иммунитет, цитотоксик, Т-киллеры, антиген.

COVID-19 is a disease caused by a novel coronavirus that has not previously been identified in humans. In most cases, COVID-19 disease is accompanied by mild symptoms such as dry cough, fatigue, and fever, although some older adults may not experience symptoms such as fever. Older people, as well as people of all ages with underlying medical conditions (such as diabetes, hypertension, heart and lung disease, or cancer), are more likely to develop severe illness than others.

Key words: lymphocyte, immunity, cytotoxicity, T-killers, antigen.

Актуальность: Коронавирус Covid-19 – это новая болезнь, которая представляет особый риск. COVID-19 особенно опасен для пожилых людей из-за ухудшения функции определенного типа иммунных клеток — Т-киллеров. Они уничтожают зараженные вирусом клетки, впрыскивая внутрь токсины, но с возрастом Т-киллеры теряют токсичность, что позволяет вирусу распространяться. Пока неясно, насколько безопасно

усиливать их токсичность искусственно — в экспериментах на животных это помогало справиться с вирусом, но впоследствии приводило к поражению органов.

Цель работы: Изучить действие витамина Д при лечении Covid-19 у пожилых пациентов.

Материалы и методы исследования: Старики страдают от тяжелого течения COVID-19 из-за неправильной работы определенного типа иммунных клеток, выяснили специалисты из Университета Дуйсбург-Есен в Германии. Их организм не справляется с вирусом на первых порах, что приводит к его распространению и более тяжелому течению болезни. Однако повышать уровень этих клеток искусственно может быть опасно — как показали эксперименты на животных, это приводит к повреждению легких и других органов [1]. Пожилые люди предрасположены к тяжелой форме COVID-19, и смертность резко возрастает с возрастом, — отмечают авторы работы. — В частности, у людей старше 80 лет самый высокий коэффициент риска с точки зрения госпитализации и самый высокий уровень летальности [2]. Исследователи проанализировали образцы крови 30 пациентов в возрасте 20-90 лет с умеренными симптомами COVID-19. Их интересовало, как на SARS-CoV-2 реагируют Т-лимфоциты — клетки, которые обеспечивают распознавание и уничтожение клеток с чужеродными антигенами. У всех пациентов инфекция привела к снижению уровней Т-лимфоцитов в крови по сравнению со здоровыми людьми, что стало для исследователей неприятным сюрпризом. Большинство вирусов, попадая в организм, наоборот приводят к росту концентрации Т-лимфоцитов, особенно Т-киллеров (цитотоксических Т-лимфоцитов), которые растворяют собственные поврежденные клетки организма. Т-киллеры — основной компонент антивирусного иммунитета. Они непосредственно контактируют с поврежденными клетками и разрушают их. Активированные Т-киллеры убивают клетки с чужеродным антигеном, к которому имеют рецептор, пробивая брешь в их мембране и впрыскивая внутрь токсины. Если иммунная система производит слишком мало Т-киллеров, то организму будет сложнее победить вирусную инфекцию, поясняют авторы работы. Выработка Т-киллеров у пациентов зависела от возраста. С годами она постепенно снижалась, и меньше всего Т-киллеров вырабатывалось у пациентов 78-82 лет. Однако эти различия были не критичными, главная проблема была в другом. Т-киллеры пожилых пациентов производили меньше цитотоксических молекул, чем у более молодых. Вирус SARS-CoV-2 попадает в организм преимущественно через нос или рот. Оттуда он может распространиться в легкие и перейти к другим. Цитотоксические Т-клетки борются за контроль во время этой острой фазы инфекции. Нехватка Т-киллеров и недостаточная их способность к разрушению зараженных клеток приводит к ослаблению защитных сил организма у пожилых пациентов и дает вирусу возможность распространяться, поясняет он [3]. Новые данные предполагают, что цитотоксический эффект Т-киллеров играет ключевую роль в контроле инфекции на ранних этапах. Пока неясно, можно ли использовать эту связь для разработки эффективной иммунотерапии, использующей эти клетки. Более ранние эксперименты группы Зелинского на мышах показали, что активация Т-клеток действительно помогает более эффективно противостоять вирусу первое время, но затем это может приводить к поражению легких и других органов. Анализ методов исследования количества витамина Д в крови больных COVID-19 пожилого возраста

№	Возраст больных COVID-19	Количество витамина D в крови	Клинические симптомы преобладающие	Исход от лечения COVID-19
1	11-20	40-100 нг/мл	температура	вылечены
2	21-30	40-95 нг/мл	осиплость голоса	вылечены
3	31-40	30-86 нг/мл	потеря осязания вкуса пищи	вылечены
4	41-50	40-50 нг/мл	потливость, температура	вылечены
5	51-60	10-30 нг/мл	нарушение стула, одышка	есть случаи летальности
6	61-70	10-20 нг/мл	сердечная недостаточность	есть случаи летальности

7	71-80	10-20 нг/мл	дыхательная недостаточность	есть случаи летальности
---	-------	-------------	-----------------------------	-------------------------

Вывод: Риск смерти при коронавирусе возрастает при дефиците витамина D. Наблюдения показали, что у пациентов старше 40 лет с достаточным уровнем витамина D вероятность смерти от коронавируса на 51,5% ниже, чем у пациентов с его дефицитом. На уровень лимфоцитов концентрация витамина D влияла мало, однако у пациентов с дефицитом витамина D он был ниже. Не наблюдалось значимой разницы в длительности госпитализации. Однако при нормальных уровнях витамина D пациенты реже сталкивались с потерей сознания и гипоксией. Витамин D играет роль в работе иммунной системы, способствуя ее активации в ответ на попадание в организм бактерий и вирусов. Кроме того, он важен для регуляции выработки цитокинов — небольших молекул, которые производятся разными типами клеток, но в основном — лимфоцитами. Их избыток, цитокиновый шторм, стал причиной смерти многих пациентов с COVID-19.

Литература.

1. Адамян Л.В., Азнаурова Я.Б., Филиппов О.С. Проблемы репродукции COVID-19 и здоровье. 2020г-№2 стр 6-17;

2. Белоцерковская Ю.Г. Романовских А.Г., Смирнов И.П. COVID-19 и Респираторная инфекция- 2020 №3 стр 12-20;

3. Пшеничная Н.Ю. Веселова Е.И. COVID-19 – Новая глобальная угроза человечеству 2020 №1 стр 11-13; Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни.

4. Костинов М.П. Иммунопатогенные свойства COVID-19; Журнал Иммунология 2020 №1 стр 80-83;

УДК 616.33-003.44:616.35

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Матякубова О., Юсупов Ш., Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

COVID-19 – это заболевание, вызванное новым коронавирусом, который ранее не был идентифицирован у людей. В большинстве случаев болезнь COVID-19 сопровождается легкими симптомами, такими как сухой кашель, утомляемость и повышенная температура, хотя такого симптома, как повышенная температура, у некоторых пожилых людей может не наблюдаться. У пожилых людей, а также лиц всех возрастов с сопутствующими заболеваниями (такими как диабет, гипертония, болезни сердца и легких или рак), вероятность тяжелого течения заболевания выше, чем у других.

Ключевые слова: лимфоцит, иммунитет, цитотоксик, Т-киллеры, антиген.

COVID-19 is a disease caused by a novel coronavirus that has not previously been identified in humans. In most cases, COVID-19 disease is accompanied by mild symptoms such as dry cough, fatigue, and fever, although some older adults may not experience symptoms such as fever. Older people, as well as people of all ages with underlying medical conditions (such as diabetes, hypertension, heart and lung disease, or cancer), are more likely to develop severe illness than others.

Key words: lymphocyte, immunity, cytotoxicity, T-killers, antigen.

Актуальность: Коронавирус Covid-19 – это новая болезнь, которая представляет особый риск. COVID-19 особенно опасен для пожилых людей из-за ухудшения функции определенного типа иммунных клеток — Т-киллеров. Они уничтожают зараженные вирусом клетки, впрыскивая внутрь токсины, но с возрастом Т-киллеры теряют токсичность, что позволяет вирусу распространяться. Пока неясно, насколько безопасно усиливать их токсичность искусственно — в экспериментах на животных это помогало справиться с вирусом, но впоследствии приводило к поражению органов.

Цель работы: Изучить действие витамина D при лечении Covid-19 у пожилых пациентов.

Материалы и методы исследования: Старики страдают от тяжелого течения COVID-19 из-за неправильной работы определенного типа иммунных клеток, выяснили специалисты из Университета Дуйсбург-Есен в Германии. Их организм не справляется с вирусом на первых порах, что приводит к его распространению и более тяжелому течению болезни. Однако повышать уровень этих клеток искусственно может быть опасно — как показали эксперименты на животных, это приводит к повреждению легких и других органов [1]. Пожилые люди предрасположены к тяжелой форме COVID-19, и смертность резко возрастает с возрастом, — отмечают авторы работы. — В частности, у людей старше 80 лет самый высокий коэффициент риска с точки зрения госпитализации и самый высокий уровень летальности [2]. Исследователи проанализировали образцы крови 30 пациентов в возрасте 20-90 лет с умеренными симптомами COVID-19. Их интересовало, как на SARS-CoV-2 реагируют Т-лимфоциты — клетки, которые обеспечивают распознавание и уничтожение клеток с чужеродными антигенами. У всех пациентов инфекция привела к снижению уровней Т-лимфоцитов в крови по сравнению со здоровыми людьми, что стало для исследователей неприятным сюрпризом. Большинство вирусов, попадая в организм, наоборот приводят к росту концентрации Т-лимфоцитов, особенно Т-киллеров (цитотоксических Т-лимфоцитов), которые растворяют собственные поврежденные клетки организма. Т-киллеры — основной компонент антивирусного иммунитета. Они непосредственно контактируют с поврежденными клетками и разрушают их. Активированные Т-киллеры убивают клетки с чужеродным антигеном, к которому имеют рецептор, пробивая брешь в их мембране и впрыскивая внутрь токсины. Если иммунная система производит слишком мало Т-киллеров, то организму будет сложнее победить вирусную инфекцию, поясняют авторы работы. Выработка Т-киллеров у пациентов зависела от возраста. С годами она постепенно снижалась, и меньше всего Т-киллеров вырабатывалось у пациентов 78-82 лет. Однако эти различия были не критичными, главная проблема была в другом. Т-киллеры пожилых пациентов производили меньше цитотоксических молекул, чем у более молодых. Вирус SARS-CoV-2 попадает в организм преимущественно через нос или рот. Оттуда он может распространиться в легкие и перейти к другим. Цитотоксические Т-клетки борются за контроль во время этой острой фазы инфекции. Нехватка Т-киллеров и недостаточная их способность к разрушению зараженных клеток приводит к ослаблению защитных сил организма у пожилых пациентов и дает вирусу возможность распространяться, поясняет он [3]. Новые данные предполагают, что цитотоксический эффект Т-киллеров играет ключевую роль в контроле инфекции на ранних этапах. Пока неясно, можно ли использовать эту связь для разработки эффективной иммунотерапии, использующей эти клетки. Более ранние эксперименты группы Зелинского на мышах показали, что активация Т-клеток действительно помогает более эффективно противостоять вирусу первое время, но затем это может приводить к поражению легких и других органов. Анализ методов исследования количества витамина D в крови больных COVID-19 пожилого возраста

№	Возраст больных COVID-19	Количество витамина D в крови	Клинические симптомы превалирующие	Исход от лечения COVID-19
1	11-20	40-100 нг/мл	температура	вылечены
2	21-30	40-95 нг/мл	осиплость голоса	вылечены
3	31-40	30-86 нг/мл	потеря осязания вкуса пищи	вылечены
4	41-50	40-50 нг/мл	потливость, температура	вылечены
5	51-60	10-30 нг/мл	нарушение стула, одышка	есть случаи летальности
6	61-70	10-20 нг/мл	сердечная недостаточность	есть случаи летальности
7	71-80	10-20 нг/мл	дыхательная недостаточность	есть случаи летальности

Вывод: Риск смерти при коронавирусе возрастает при дефиците витамина D. Наблюдения показали, что у пациентов старше 40 лет с достаточным уровнем витамина D вероятность смерти от коронавируса на 51,5% ниже, чем у пациентов с его дефицитом. На

уровень лимфоцитов концентрация витамина D влияла мало, однако у пациентов с дефицитом витамина D он был ниже. Не наблюдалось значимой разницы в длительности госпитализации. Однако при нормальных уровнях витамина D пациенты реже сталкивались с потерей сознания и гипоксией. Витамин D играет роль в работе иммунной системы, способствуя ее активации в ответ на попадание в организм бактерий и вирусов. Кроме того, он важен для регуляции выработки цитокинов — небольших молекул, которые производятся разными типами клеток, но в основном — лимфоцитами. Их избыток, цитокиновый шторм, стал причиной смерти многих пациентов с COVID-19.

Литература.

1. Адамян Л.В., Азнаурова Я.Б., Филиппов О.С. Проблемы репродукции COVID-19 и здоровье. 2020г-№2 стр 6-17;

2. Белоцерковская Ю.Г. Романовских А.Г., Смирнов И.П. COVID-19 и Респираторная инфекция- 2020 №3 стр 12-20;

3. Пшеничная Н.Ю. Веселова Е.И. COVID-19 – Новая глобальная угроза человечеству 2020№1 стр 11-13; Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни.

4. Костинов М.П. Иммунопатогенные свойства COVID-19; Журнал Иммунология 2020№1 стр 80-83;

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45% - 1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (2, 5, 8).

Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение врожденных изменений, становящихся причиной вывихов надколенника.

По данным М.В. Волкова, при врожденном вывихе надколенника возникает не только патология мышечков бедра и неправильное положение коленной чашки, но и порок развития мышц, окружающих коленный сустав. На этом основании М.В Волков считает, что нарушения в периоде эмбриогенеза связаны с пороком развития всех тканей бедра, в первую очередь с его нервно-мышечным аппаратом (6).

Различают врожденный вывих надколенника полный и неполный. М.В. Волков по тяжести порока развития разделяет на 3 степени: легкая, средняя и тяжелая степень смещения.

Общепризнано, что радикальным методом лечения рассматриваемой патологии является оперативный. В настоящее время для этого предложено более 150 хирургических методов лечения (9).

Обилие предложенных оперативных методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе, который проявляли ортопеды к этой своеобразной аномалии развития (3).

Оперативные вмешательства могут быть принципиально разделены на операции на мягких тканях, на суставной сумке и на костях, а также корригирующие проксимальный и дистальный отделы разгибательного аппарата коленного сустава, и операции на самом надколеннике (1, 7, 10, 11).

Любой метод оперативного лечения врожденного вывиха надколенника должен предусматривать: хорошую мобилизацию прямой мышцы бедра вместе с надколенником и их перемещение к средней линии с устойчивым укреплением. Однако не при всех методах в равной степени достигаются эти требования.

Цель исследования. Изучая отдаленные результаты оперативного лечения с врожденным вывихом надколенника дать оценку эффективности их применения и усовершенствовать существующие методы оперативного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 1987 по 2013 гг. Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%») отмечалась средняя, а у 14 (46,7%>) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%») пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Патология правого коленного сустава наблюдалась у 12 больных (60%), левого у 8 больных (40%).

До оперативного лечения всем больным проводились общие клинические и рентгенологические методы исследования.

Больные средней степени тяжести патологии жаловались на периодическое соскальзывание надколенника, быструю утомляемость при ходьбе, неустойчивость походки, боязнь ходить по неровной поверхности.

При тяжелой степени патологии сгибание коленного сустава ограничено, надколенник у них устанавливался с боку и сзади по отношению к латеральному мыщелку и при разогнутом колене оставался с боку. Натяжение латеральной порции четырехглавой мышцы было особенно сильно. У больных детей старшего возраста при этой форме наблюдались вальгусное отклонение голени, а также заметная гипотрофия мышц бедра. Всем больным были выполнены стандартные рентгенограммы (в прямой и боковой проекции) и аксиальные снимки. Результаты рентгенологического обследования показали недоразвитие латерального мыщелка бедра, смещение надколенника кнаружи, недоразвитость самого надколенника, асимметрию суставной щели.

Нами проведены больным следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фридлянда, в 10 случаях операция Крогиуса, в 4 операция Бойчева, и 15 пациентам операция Краснова.

Наиболее важной структурой медиальной стороны пателло-фemorального сустава является медиальная пателло-фemorальная связка. Она перекидывается от верхнемедиального угла надколенника до медиального надмышелка бедренной кости. Последняя является главным статическим стабилизатором надколенника, играющим роль удерживателя пателло-фemorального сустава от латерального смещения (4, 12).

При вывихе надколенника кнаружи медиальная пателлофemorальная связка, естественно растягиваясь утрачивает свою функцию удерживателя.

Учитывая вышеуказанное положение у 8 пациентов применяли операцию Краснова в модифицированном нами варианте (рац. предложение).

Техника операции: Полуовальный разрез кожи делают от границы средней и нижней трети бедра по передне-внутренней поверхности, огибая надколенник и заканчивая несколько дистальнее его нижнего угла. Кожный лоскут отсепааровывают до наружной поверхности бедра и коленного сустава. Мобилизуют прямую мышцу бедра, ее сухожилие с латеральной стороны и собственную связку надколенника. Если мобилизуют надколенник, то при необходимости продольно рассекают его поддерживающие связки с наружной стороны, в дальнейшем их не ушивают. Затем по внутренней поверхности коленного сустава из капсулы выкраивают фиброзный лоскут размером 10-12 на 3-4 см с основанием, переходящим на середину медиальной широкой мышцы бедра. Из нее формируют брюшко, а фиброзно-сухожильную полоску сворачивают в трубочку и прошивают редкими кетгутовыми швами. На 2-3 см выше надколенника в толще сухожилия прямой мышцы корнцангом делают ход, проходящий изнутри-кнаружи и косо сверху-вниз. Через него проводят сухожильно-фасциальную полоску в обратном направлении. Здесь также ушивают полоску у входа и выхода.

Дефект в фиброзной капсуле с внутренней стороны ушивают узловыми кетгутовыми швами, а поверх укладывают и подшивают периферическую часть сухожильно-

фасциальной полоски. На наш взгляд периферическая часть полоски заменяет какой-то мере утраченную функцию медиальной пателло-фemorальной связки коленного сустава. Кроме этого проведенная в обратном направлении в толще сухожилия полоска будет надежно удерживать надколенник от латерального смещения.

На операционном столе проверяют надежность фиксации надколенника сгибанием в коленном суставе. Мягкие ткани послойно ушивают, конечность фиксируют глубокой задней гипсовой лонгетой в положении сгибания под углом 150-160° в коленном суставе на 4 недели. С 4-5 дня через гипсовую повязку назначается УВЧ, через 6-7 дней назначали статическую гимнастику для мышц бедра. После снятия гипсовой повязки проводим активно-пассивную гимнастику, озокерит-парафиновые аппликации. Функция оперированного сустава восстанавливается в среднем через 3-4 месяца.

Результаты: Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения у 27 (37 суставов) из 30 (42 сустава) пациентов полученные на основании субъективного и объективного обследования их, расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (66%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клинико-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (18,5%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (14,9%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в коленном суставе при длительной ходьбе, постоянная отечность коленного сустава, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них, оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с врожденным вывихом надколенника в зависимости от метода операции.

Метод операции	Количество операций	Изучено в отдаленном периоде	Результаты лечения			
			Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Релюксация
Операция Фридланда	5	4	2	1		—
Операция Бойчева	4	3	1	1	1	—
Операция Крогиуса	10	9	4	1	3	2
Операция Краснова	15	13	11	2	—	—
Операция Краснова в модифицированном варианте	8	8	8	—	—	—
Всего	42 сует.	37 сует.	26 больных	5 Больных	4 больных	2

Из таблицы видно, что наиболее положительные результаты получены при применении операции Краснова в модифицированном варианте.

Выводы:

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития. Вместе с тем данная патология привлекает к себе внимание в силу значительных функциональных расстройств коленного сустава связанных с атипичным расположением надколенника.

Обилие предложенных оперативных (более 150) методов лечения врожденного вывиха надколенника говорит о том неизменном интересе ортопедов к этой патологии с одной стороны, с другой, эта проблема и на сегодняшний день еще далека от окончательного разрешения.

3. Предложенное нами дополнение к операции Краснова А.Ф. зарекомендовал себя как наиболее эффективный для оперативного лечения врожденного вывиха надколенника.

Литература.

1. Бойчев Б. - оперативная ортопедия и травматология (Б. Бойчев, Б. Конфорти, К. Чоканов), - София, 1961, 834 стр.
2. Волков М.В. - Руководство по ортопедии и травматологии. М., 1968, П-том стр. 644-653
3. Волков М. В., Дедова В. Д. - Детская ортопедия М., 1972, стр. 147-155
4. Герасименко М. А., Белецкий А.В. - Диагностика и лечение повреждений и ортопедических заболеваний коленного сустава. Минск. 2010, стр. 76-104
5. Меженина Е. П. - Врожденные уродства. Киев, 1974, стр. 99-101
6. Миронов С. П., Котельников Г.П. - Ортопедия национальное руководство. М., 2008, стр. 186-192
7. Немсадзе В.П., Кузнецихин Е.П., Выборнов Д.Ю. - Вестник травматологи и ортопедии, 1994, № 3, стр. 19-22
8. Краснов А.Ф., Иванова К. А. - Детская ортопедия, Куйбышев, 1983, стр. 47-51
9. Шевцов В.И., Буравцов П. П. - Наш опыт лечения больных с вывихом надколенника. Вестник травматологии и ортопедии, 2005, № 1, стр. 3437.
10. Dandy D.J. - Chronic patellofemoral instability. J.Bone JT surgery. - 1996. -v 78-B,№2.-p.328-335. 11 .Insall J. - Disorders of the patella // Surgery of the knee/ ed. J.Insall. - N.Y. Churchill Livingstone, 1984. - p. 195. 12. Warren L.F., Marshall J.L. - The supporting structures and Layers on the medial side of the knee: an anatomical analysis, J. Bone Joint Surg Am, 1979, 61: 56-52

УДК 616.31.07.617.36.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НПВС –ГАСТРОПАТИЯМИ .

Сотликов Р.К, Хамидова Г.С., Тангиров Т.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: РА принадлежит к классу аутоиммунных заболеваний – когда организм, вместо того, чтобы уничтожать естественных врагов (болезнетворные микробы, опухолевые клетки и т.д.), вдруг ополчается против собственных здоровых тканей и принимается их разрушать. При ревматоидном артрите страдают соединительные ткани суставов. Также могут воспаляться околосуставные ткани – связки и мышцы. РА является частым и одним из наиболее тяжелых иммуновоспалительных заболеваний человека, что определяет большое медицинское и социально-экономическое значение этой патологии.

Ключевые слова: болевой синдром, гастропротекторы , желудочно-кишечный тракт, язвенных повреждений слизистой оболочки желудка, сустав, исследовании биоптатов слизистой желудка.

STUDY OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH NSAID-GASTROPATHIES

Annotation.RA belongs to the class of autoimmune diseases - when the body, instead of destroying natural enemies (disease-causing microbes, tumor cells, etc.), suddenly takes up arms against its own healthy tissues and begins to destroy them. With rheumatoid arthritis, the connective tissues of the joints are affected. Periarticular tissues such as ligaments and muscles can also become inflamed. RA is a frequent and one of the most severe immuno-inflammatory diseases in humans, which determines the great medical and socio-economic significance of this pathology.

Key words: pain syndrome, gastroprotectors, gastrointestinal tract, ulcerative lesions of the gastric mucosa, joint, study of biopsies of the gastric mucosa.

Введение: Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2% [1,стр 2]. По данным официальной

статистики в России зарегистрировано около 300 тысяч пациентов с РА, в то время как по данным Российского эпидемиологического исследования РА страдает около 0,61% от общей популяции НПВП-наиболее широко используемой в клинической практике и повседневной жизни класс лекарственных средств.[2,стр 37].Они используются для лечения заболеваний и патологических состояний, связанных с наличием лихорадки воспаления. НПВП сохраняют важнейшее значение для терапии важнейших, социально значимых ревматологических заболеваний, таких, как ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, остеоартроз.[3,стр 57]. Именно в ревматологической практике НПВП используются длительно и высоких дозах. Данная патология весьма распространена и считается характерной для больных пожилого возраста По классическим данным Fries J. (1996), примерно 1% больных, получающих постоянное лечение этими препаратами, в течение года развиваются тяжелые гастродуоденальные осложнения-ЖЖК или перфорация язвы. Это патология является одной из наиболее важных причин гибели больных с ревматическими заболеваниями- так больные с РА погибают от гастродуоденальных осложнений в 2 раза чаще, чем в популяции. [4,стр 77]. Нестероидные противовоспалительные препараты могут вызывать серьезные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в виде эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны . Назначение более безопасных НПВП и гастропротекторов позволяют снизить частоту данных осложнений. [5,стр 49].

Целью нашего исследования являлась изучение эффективности препаратов мовалис и гастропротектора пантопразола, эффективность их взаимосвязи с клиническими проявлениями НПВП-гастропатии.

Материалы и методы: Было обследовано 40 больных, у которых имелся достоверный РА, со средней степенью активности.Средний возраст больных составил 39+16,1 года. Патологию со стороны ЖКТ выявляли тщательным клиническим обследованием. Всем больным проводили эндоскопическое исследование. Больные были распределены на 2 группы. 20 больных (1 группа) получавшие Нимесулид-АТМ в дозе 100мг/сут в течении года с перерывами в период ремиссии Мовалис –в дозе 15мг/сут 15 дней и пантопризол 40 мг\сут

Из 40 обследуемых больных РА 33 жаловались на боли эпигастральной области, у 19 обнаружен диспепсический синдром. При ФЭГДС При фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) эрозивные поражения слизистой оболочки желудка обнаружены у 12 (60%) больных 1 -й группы и у 9 (45%) больных 2-й группы; эзофагит обнаружен у 10 (50%) больных 1-й группы и у 8 (40%) больных 2-й группы . Мовалис является нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП), относится к производным эноловой кислоты и оказывает противовоспалительное, анальгетическое и антипиретическое действие. Мелоксикам *in vivo* ингибирует синтез простагландинов в месте воспаления в большей степени, чем в слизистой оболочке желудка или почках. Эти различия связаны с более селективным ингибированием циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) по сравнению с циклооксигеназой-1 (ЦОГ-1). [6,стр 9].Считается, что ингибирование ЦОГ-2 обеспечивает терапевтические действия НПВП, тогда как ингибирование постоянно присутствующего изофермента ЦОГ-1 может быть ответственно за побочные действия со стороны желудка и почек. Селективность мелоксикама в отношении ЦОГ-2 подтверждена в различных тест-системах, как *in vitro*, так и *in vivo*. Селективная способность мелоксикама ингибировать ЦОГ-2 показана при использовании в качестве тест-системы цельной крови человека *in vitro*. Установлено, что мелоксикам (в дозах 7.5 мг и 15 мг) активнее ингибировал ЦОГ-2, оказывая большее ингибирующее влияние на продукцию простагландина E₂, стимулируемую липополисахаридом (реакция, контролируемая ЦОГ-2), чем на продукцию тромбксана, участвующего в процессе свертывания крови (реакция, контролируемая ЦОГ-1). [7,стр 21].Эти эффекты зависели от величины дозы.В исследованиях *ex vivo* показано, что мелоксикам (в дозах 7.5 мг и 15 мг) не оказывает влияния на агрегацию тромбоцитов и время кровотечения.В клинических исследованиях

побочные эффекты со стороны ЖКТ в целом возникали реже при приеме мелоксикама в дозах 7.5 и 15 мг, чем при приеме других НПВС, с которыми проводилось сравнение. Это различие в частоте побочных эффектов со стороны ЖКТ в основном связано с тем, что при приеме мелоксикама реже наблюдались такие явления как диспепсия, рвота, тошнота, абдоминальные боли. [8, стр 56]. Частота перфораций в верхних отделах ЖКТ, язв и кровотечений, которые связывались с применением мелоксикама, была низкой и зависела от величины дозы препарата[9, стр 411]. Для НПВП-индуцированных гастропатий типично развитие эрозий (часто множественных) или язв, локализованных в антральном отделе желудка. В тоже время, при НПВП-индуцированных гастропатиях язвы и множественные эрозии могут определяться на фоне минимально выраженных изменений слизистой, в отличие от Н. pylori- ассоциированной язвенной болезни, при которой характерным фоном язвы является хронический активный гастрит. [10, стр 181]. Считается, что при НПВП-индуцированных язвах часто отсутствует субъективная симптоматика-немые язвы. Поэтому эндоскопическая исследование является единственным достоверным методом диагностики НПВП-индуцированных гастропатии и контроля противоязвенной терапии при данной патологии. НПВП-индуцированные гастропатии возникают на ранних сроках от начала приёма лекарственных средств(1-3 месяца). Поэтому именно пациенты, впервые начинающие прием НПВП, требует особого внимания со стороны лечащего врача в плане своевременной диагностики гастродуоденальных осложнений. Мы выбрали препарата для терапии НПВП-индуцированных гастропатий, пантопразола, который оказывает цитопротекторное действие, связанное с увеличением образования слизи в желудке и повышением секреции бикарбоната слизистой оболочкой желудка. [11, стр 146]. Оказывая непосредственное влияние на париетальные клетки желудка, пантопрозол подавляет базальную, ночную и стимулированную секрецию. Уменьшает базальную (но не стимулированную гистамином) продукцию пепсина. Повышает частоту и силу сокращений миометрия, оказывая слабое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ. Порой даже длительные курсы (8 и более недель) ИПП не приводят к рубцеванию подобных язв, что требует дополнительного назначения гастропротективных препаратов. [12, стр 9]. Профилактический эффект ИПП так же может оказываться ниже у Н. pylori - негативных больных. Это подтверждается результатами одного из последних исследований профилактического эффекта ИПП (пантопрозол) и мизопростола при НПВП - индуцированных гастропатиях, проведенного в США (Graham D. и сотр., 2002 г.). А также применения пантопразола по 20 мг 2 раза в сутки , , кларитрамицина (макролид)500 мг 2 раза в сутки и ампициллина 500 мг 2 раза в сутки эффективно влияло на язвы желудка.

Результаты:

1. Сравнительная частота встречаемости НПВП-гастропатии у больных РА в зависимости от приёма неселективных и селективных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) позволили установить преимущество Мовалиса в сравнении Нимесулидом .

2. Длительный приём НПВП как неселективных, так и селективных, требует пристального внимания врача в отношении риска развития патологии ЖКТ, в частности, НПВП-гастропатии и сопутствующего поражения пищевода..

Нелишним поэтому будет напоминание о том, что асимптомность— характерный признак (критерий) 70-82% НПВС-гастропатий, объясняемый неспецифическим обезболивающим и противовоспалительным эффектом этих ЛС и никакой самый тщательный расспрос и клиническое обследование пациента не заменяют эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). [13, стр 14]. **Обсуждения:** Таким образом, можно утверждать, что препараты **мовалис и пантопрозол** в суточной дозе 40 мг является безопасным и высокоэффективным препаратом выбора для профилактики и терапии гастропатий и эрозивно-язвенных изменений, вызванных приемом НПВП, в том числе у

пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, требующими медикаментозного лечения.

Литература:

1. Вялов С.С. Восстановление слизистой желудочно-кишечного тракта или снижение кислотности желудка? – Приоритеты в лечении. Эффективная фармакотерапия 2016;1:1–9.

2. И.А.Гусева, Н.В.Демидова, Н.Е.Сорокова, А.А.Новиков, Е.Л.Лучихина, Е.Н.Александрова, Г.В.Лукина, Е.В.Федоренко, Е.С.Аронова, Е.Ю.Самаркина, М.Н.Болдырева, Д.Ю.Трофимов, Д.Е.Каратаев, Е.Л.Насонов «Иммуногенетические аспекты раннего ревматоидного артрита» Журнал «актуальные вопросы ревматологии»2016 ..№4.36-43стр.

3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Влияние анальгетиков на слизистую оболочку желудка и состояние печени. Клин фармакол тер 2003;12(1):57–61. . 4.Калагова А.В., Айларова Н.Р., Панагов Г.«НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ» Em ail: Kalagova655@scientifictext.ru. Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ»

5.Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастропатии, индуцированные нестероидными противовоспалительными средствами: патогенетически обусловленные подходы к профилактике и терапии. Фарматека 2016;2:49–54. 6.Misiewicz JJ, Tytgat GNJ, Goodwin CS, et al. The Sydney system: A new classification of gastritis. 9th Congress of Gastroenterology. Working party reports. Melbourne, Blackwell, 2017: 1–10.

7. Чичасова Н.В.\ Иммунологические и клинические взаимосвязи при ревматоидном артрите, ассоциированном с аутоиммунным тиреоидитом.\ 2016г. \

8.Я.С. Циммерман\ Поражение желудка, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): НПВП-гастрит или НПВП-гастропатия?\ журнал «клиническая фармакология и терапия»\2018№1

9.Laporte J-R, Ibanez L, Vidal X, et al. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs. Newer versus older agents. Drug Safety 2017;27:411–10.Циммерман Я.С. Киотский консенсус – новая этиологическая классификация хронического гастрита и ее обсуждение. Клин мед 2017;95(2):181–8.

11.Roth SH. Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy: We started in can we step it? Arch Intern Med 1986;146:1075–6. 17.

12. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Гастродуоденальные эрозивно-язвенные повреждения, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Клин мед 2008;2:8–14.

13.Sigano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut 2015;64:1–15.

ИЗУЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТОВ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Хажиев Х.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. Вопрос гепатотоксичности тех или иных лекарственных средств (ЛС) часто поднимается как пациентами, так и практикующими врачами, особенно в «трудных» случаях. На наш взгляд, это один из наиболее сложных аспектов клинической практики, требующий подробного обсуждения.

Ключевые слова: гепатит, внутриклеточные механизмы, гепатотоксические реакции, гепатотоксичные лекарства.

Annotation. The issue of hepatotoxicity of certain drugs (drugs) is often raised by both patients and practitioners, especially in "difficult" cases. In our opinion, this is one of the most complex aspects of clinical practice that requires detailed discussion.

Key words: hepatitis, intracellular mechanisms, hepatotoxic reactions, hepatotoxic drugs.

Актуальность. Проблема лекарственной гепатотоксичности занимает важное место в клинической практике не только гастроэнтерологов и гепатологов, но и врачей всех специальностей, занимающихся лечебной работой. [1,2]. Возможность развития лекарственного поражения печени надо иметь ввиду при назначении практически любого медикаментозного средства как при отсутствии первичного заболевания данного органа, так, особенно, и при его наличии. [3]. Лекарства потенциально отрицательно влияющие на печень условно можно разделить на препараты с прямым гепатотоксическим воздействием и препараты непрямого действия (факультативного), в последнем случае отрицательный эффект проводимой терапии проявляется через развитие идиосинкразических реакций.[4]. Необходимо учитывать, что при клиническом использовании данных лекарственных

средств гепатотоксические реакции могут развиваться не только в ходе лечения, но и в течение 2-3 недель после отмены препаратов, поскольку в этих случаях могут возникать определенные диагностические сложности. [5,6]. В настоящее время в мире применяется огромное количество самых разнообразных лекарственных препаратов, при этом многие из них (цитостатики, антибиотики, гормоны) потенциально могут вызывать развитие различных серьезных осложнений медикаментозной терапии, в том числе и со стороны печени. [7]. Клиническая практика и диалектика подтверждают положение о том, что наиболее безобидными в аспекте развития осложнений медикаментозной терапии оказываются малоэффективные или совсем неэффективные лекарства. [8]. В то же время, при использовании современных препаратов, доказавших свою высокую эффективность, всегда можно ожидать тех или иных, подчас и весьма серьезных, осложнений лекарственной терапии. Лекарственное поражение печени (ЛПП) является редким осложнением терапии НПВП. [9]. О ЛПП известно более 60 лет, они составляют около 10 % от всех побочных реакций макроорганизма, связанных с применением лекарственных препаратов. ЛПП в США являются причиной 2,5-3 % всех случаев остро развившейся желтухи, в Европе этот показатель несколько выше и составляет 3-4 % [12]. Острые ЛПП способны вызывать примерно 1000 препаратов, более 200 из которых потенциально гепатотоксичны [10]. Хронические ЛПП развиваются значительно реже. В целом, лекарства обуславливают до 40 % всех случаев гепатита и до 25 % – фульминантной печёночной недостаточности [11]. В отличие от лёгких и почек, одинаково страдающих от токсического действия препаратов, вводимых внутривенно и перорально, ЛПП чаще возникают при энтеральном применении, что связано с особенностями кровоснабжения печени и метаболизма в ней лекарственных веществ [12]. Печень играет центральную роль в метаболизме многих лекарственных средств, являясь основным участником биотрансформации ксенобиотиков. ЛПП могут имитировать почти любые проявления острой или хронической болезни этого органа [13]. Клинические проявления гепатотоксичности включают признаки поражения желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, болью в животе, холестатической желтухой, зудом, острым воспалением, циррозом с печёночной недостаточностью, энцефалопатией и отёком мозга. [14]. Морфологические изменения варьируют от гепатита, холестаза, жировой дистрофии печени, гранулематозного гепатита, перипортального воспаления до фиброза с участками цирроза, повреждений сосудов и опухолей. Наиболее часто повреждения печени вызывают анаболические средства, пероральные контрацептивы, противотуберкулезные, противогрибковые препараты и антибиотики [15].

Цель. Оценить влияние гепатопротектора на поражения печени с длительной лечением с НПВС .

Материалы и методы. Нами было обследовано 60 больных с ревматоидным артритом , регулярно принимающих НПВС, из них 30 принимали нимид по 100 мг 2 раза в сутки , остальные 30 принимали диклоген по 1 таб 3 раза в сутки от узбекского производителя.

Результаты исследования. У 7 % больных наблюдали бессимптомное повышение уровней АЛАТ и АсАТ , у 8,3% больных ташнота, 1,4% больных рвота , у 3,2% больных наблюдали боли в животе , 1% больных холестатическая желтуха , у 1,4% больных зудь, у 2,5% больных общая слабость, а серьёзных анафилактических реакций или осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (язвы, кровотечение) зарегистрировано не было. Таким образом, нимесулид, высокоэффективный противовоспалительный препарат, селективный ингибитор ЦОГ-2, вызывает нежелательные реакции реже, чем многие другие НПВС. Риск гепатотоксического действия нимесулида не следует переоценивать. Печень играет центральную роль в метаболизме многих лекарственных средств, являясь основным участником биотрансформации ксенобиотиков. ЛПП могут имитировать почти любые проявления острой или хронической болезни этого органа [16]. Клинические проявления гепатотоксичности включают признаки поражения желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, болью в животе, холестатической желтухой, зудом,

острым воспалением, циррозом с печёночной недостаточностью, энцефалопатией и отёком мозга. [17]. Около 50% диклофенака подвергается метаболизму при "первом прохождении" через печень. Метаболизм происходит в результате многократного или однократного гидроксилирования и последующего конъюгирования с глюкуроновой кислотой. В метаболизме диклофенака участвует ферментная система цитохрома P450, изофермент CYP2C9. Фармакологическая активность метаболитов меньше, чем фармакологическая активность диклофенака. У всех больных, принимающих нимид и диклоген была похожая клиника, симптомы и показатели.

Заключения По биохимическим и клиническим показателям больным рекомендована следующие препараты: И всем больным мы назначили Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) - вещество, относящееся к группе гидрофильных желчных кислот, обладающее выраженными антихолестатическими и гепатопротективными свойствами. Наиболее вероятными представляются цитопротективный и холеретический эффекты вследствие вытеснения пула токсических гидрофобных желчных кислот за счет конкурентного захвата рецепторами желчных кислот в подвздошной кишке. Как было недавно установлено, цитопротективное влияние на клетки билиарного эпителия реализуется через предотвращение выхода цитохрома C из митохондрий, что, в свою очередь, блокирует активацию каспаз и апоптоз холангиоцитов. Помимо этого, УДХК обладает иммуномодулирующим действием, уменьшая экспрессию молекул HLA I и II классов на клетках билиарного эпителия и снижая продукцию провоспалительных цитокинов (интерлейкинов 1, 2, 6, γ -интерферона). УДХК снижает насыщенность желчи холестерином за счет угнетения его абсорбции в кишечнике, подавления синтеза в печени и уменьшения секреции в желчь; повышает растворимость холестерина в желчи посредством образования с ним жидких кристаллов; снижает литогенный индекс желчи, увеличивая содержание в ней желчных кислот. УДХК назначали перорально. При лечении холестатических заболеваний печени общепринятой дозировкой считается 13-15 мг на кг веса в сутки.. [18]. Капсулы следует проглатывать не разжевывая; возможен прием всей суточной дозы препарата перед сном. Следует помнить о снижении биодоступности УДХК при одновременном приеме холестирамина или алюминийсодержащих антацидов.

УДХК - безопасный препарат, практически не имеющий серьезных побочных эффектов. Может отмечаться преходящее послабление стула. В экспериментальных исследованиях выявлена возможность повреждающего действия на плод, что обуславливает нежелательность назначения препарата во время беременности. Прием УДХК приводит к уменьшению энтерогепатической циркуляции гидрофобных желчных кислот, обладающих гепатотоксическим действием, предупреждая тем самым их токсический эффект на мембраны гепатоцитов и на эпителий желчных протоков, подавляет выработку иммуноглобулинов, нормализует антигены HLA-DR на поверхности клеточных мембран, что снижает их аутоиммунность, снижает холестаза-опосредованную иммуносупрессию. [19]. Определенное влияние придается и положительному холеретическому влиянию УДХК, которое вследствие увеличения пассажа желчи, обуславливает и усиленное выведение токсических веществ из печени. УДХК обладает антиоксидантным действием, снижая оксидативную активацию Купферовских клеток гидрофобными желчными кислотами. В настоящее время назначение УДХК считается оправданным при заболеваниях печени, сопровождающихся или вызванных холестазом вне зависимости от этиологии. После 16- дневного приема препарата у всех больных наблюдается улучшение общего состояния, стало меньше клинических симптомов, биохимические показатели стали ближе к норме .

Литература.

1.Шифрин О.С.» Лекарственная гепатопатоксичность и нестероидные противовоспалительные препараты» комментарии журнал «medi-ru дек . 2008 г.

2.Каратеев А.Е., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л. Гастродуоденальная переносимость нимесулида (НИМЕСИЛ, Berlin Chemie) у больных с язвенным анамнезом: первое проспективное исследование

безопасности селективных ЦОГ-2 ингибиторов у больных с высоким риском развития НПВП-индуцированных гастропатий. Научн. Практ. Ревматол., 2003, 1, 45-48

3. Муравьев Ю.В. Гепатотоксичны ли нестероидные противовоспалительные препараты? Научн. Практ. Ревматол. 2002, 4, 36-41.

4. Подымова С. Д. Болезни печени.-М.: "Медицина" 1998. - 704 с.

5. Alegria P., Lebrei L., Chagas C. Celecoxib-induced cholestatic hepatotoxicity in a patient with cirrosis. Ann. Inter. Med., 2002, 137, 75 (abstract).

6. Boelsterli U. Mechanisms of NSAID-induced hepatotoxicity: focus on nimesulide. Drug Saf. 2002, 25, 633 - 648.

7. Huster D., Schubert C., Berr F. et al. Rofecoxib-induced cholestatic hepatitis: treatment with molecular absorbent recycling system (MARS). J. Hepatol., 2002, 37, 413-414 (abstract).

8. Leite A., Sipahi A., Damiao A., et al. Protective effect of metronidazole on uncoupling mitochondrial oxidative phosphorylation induced by NSAID: a new mechanism. GUT, 2001, 48, 163-167.

9. Горбаков В.В., Калинин А.В., Галик В.П., Каршиева А.В. Гептрал - новое средство лечения диффузных заболеваний печени. Росс. Ж. Гастроэнтерол. Гепатол. Колопроктол. 1998; 4: 98-101.

10. Достижения в лечении хронических заболеваний печени с применением эссенциальных фосфолипидов. Материалы симпозиума 12 апреля 1997 г. Под ред. В.Т. Ивашкина. 1997; 10 с.

11. Нидерау К. Интерферон и эссенциальные фосфолипиды в лечении хронических вирусных гепатитов В и С. Росс. Ж. Гастроэнтерол. Гепатол. Колопроктол. 1998; 5: 67-8.

12. Poupon R.E. Management of primary biliary cirrhosis resistant to UDCA therapy. J. Hepatol. 2000; 32, suppl. 2: 19-20.

13. Rodrigo L., de Francisco R., Perez-Pariente J., et al. Nimesulide-induced severe hemolytic anemia and acute liver failure leading to liver transplantation. Scand J Gastroenterol., 2002, 37, 1341 - 1343 (abstract).

14. Rainsford K.D. Nimesulid: overview of properties and application // Drugs of Today 2001; 37: Suppl. B: 3-7.

15. Bennet A., Villa G. Nimesulid: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp // Opin. Pharmacotherapy 2000; 1: 277-286.

16. Насонов Е.Л. Перспективы применения нового нестероидного противовоспалительного препарата нимесулид // Клини. Фармакол. Терапия 1999; 8: 65-69.

17. Boelsterli U.A. Mechanisms of NSAID-induced hepatotoxicity. Focus on nimesulide // Drug Saf. 2002; 25: 633-48.

18. National Agency for Medicine (Finland). www.nam.fi/english/news/press_releases/nimed.html.

19. Agencia Espanola del Medicamento. www.msc.es/agemed/csmh/notas/nimesulida.asp.

УДК: 616.33-002.44:616.33.345

РОЛЬ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сотликов Р.К., Хамидова Г.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация :Так как эта тема является одной из актуальных проблем внутренних болезней. Хронический панкреатит широко распространенное заболевание в Хорезмском регионе. В последнее десятилетие для купирования боли, связанной с хронический панкреатитом , значительно чаще стали назначать ферментные препараты.

Ключевые слова: болевой синдром, желудочный сок, алкоголь, диета, прием пищи.

Актуальность. Выбор препарата для лечения больных с хроническим панкреатитом определяется, прежде всего, преобладанием того или иного клинического синдрома: внешнесекреторной недостаточности ПЖ, билиарной недостаточности, болевого синдрома. [1.Стр 78] Препараты для заместительной терапии должны обладать следующими свойствами: высокой специфической активностью липазы; устойчивостью оболочки препарата к желудочному соку; коротким временем растворения оболочки препарата в тонкой кишке; быстрым высвобождением активных ферментов в тонкой кишке; активным участием в полостном пищеварении. Для лечения внешнесекреторной недостаточности применяют панкреатические ферменты, обладающие высокой липазной активностью (10000 - 25000 ЕД), в том числе микрокапсулированные и микрокапсулированные формы панкреатина. [2.Стр 147]. При добавлении к стандартному лечению панкреатином

антисекреторных средств (блокаторы, ингибиторы протонной помпы) эффективность ферментных препаратов повышается, поскольку их оптимальное действие обеспечивается при рН в просвете тонкой кишки не менее 5,0. Введение в состав ферментных препаратов желчных кислот существенно изменяет их действие на функцию пищеварительных желез и моторику пищевого канала. Препараты, содержащие желчные кислоты, используют для улучшения гидролиза жиров путем их эмульгирования, а также повышают сократительную функцию желчного пузыря, что позволяет успешно применять их для лечения гипомоторной дискинезии (гипокенизии) желчевыводящих путей. [3.Стр 4]. Усиление моторики кишечника способствует разрешению проблемы запоров у больных. Препараты, содержащие желчь, следует с осторожностью применять у пациентов, с хроническим гепатитом или циррозом печени, а также при холестатических заболеваниях, язвенной болезни, особенно сопровождающихся диареей. Кроме того, желчесодержащие препараты, стимулируют болевой синдром. Из всех симптомов хронического панкреатита наиболее сложно устранить боль, нередко к частой повторной госпитализации. Первый этап терапевтического воздействия на боль при хроническом панкреатите – строгое соблюдение диеты, исключение алкоголя, прием антисекреторных и спазмолитических препаратов, анальгетиков, психотропных средств. Важную роль в купировании боли при хроническом панкреатите отводят ферментным препаратам. Экзогенные ферменты, особенно в сочетании с антисекреторными средствами, по закону обратной связи подавляют собственную панкреатическую секрецию, что обеспечивает покой железу и приводит к уменьшению болевого синдрома. Обезболивающее действие их связано с тем, что попадание ферментов ПЖ, прежде всего трипсина, в двенадцатиперстную кишку приводит к разрушению регуляторных белков – рилизинг- пептидов секретина и холецистокинина, вследствие чего, прекращается высвобождение соответствующих гормонов, снижается панкреатическая секреция, что уменьшает давление в протоках и паренхиме ПЖ и купирует болевой синдром. [3.Стр 7] Несомненный интерес представляет новый таблетированный препарат Креон 10 000, содержащий оптимально подобранной ферментативной комплекс. Целью проведенного исследования была оценка возможности применения Креон 10 000 в комплексной терапии хронического панкреатита с болевым синдромом.

Задачи исследования: определить анальгетический эффект Креон 10 000 при хроническом панкреатите с болевым синдромом; определить эффективность применения Креон 10 000 при хроническом панкреатите с болевым синдромом в зависимости от степени недостаточности экскреторной функции ПЖ; оценить переносимость и возможные побочные эффекты Креона у больных с хроническим панкреатитом. Материалы и методы: Наблюдали 35 больных с хроническим панкреатитом (16 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил 53+5,4 года, длительность заболевания -5,2+3,4 года. У 10 больных была установлена алкогольная этиология хронического панкреатита, у 9-желчнокаменная болезнь. У 7 пациентов не удалось выявить причину [4.Стр1] хронического панкреатита. Пациенты получали Креон 10 000 в стандартной дозе - по 2 таблетки 3 раза в день во время приема пищи. Эффективность оценивали по следующим показателям: Субъективным- жалобам самооценка испытуемых. Объективным клиническим и по общему состоянию, состоянию кожи и склеры, наличию отеков, данным пальпации периферических лимфатических узлов, температуре тела, частота дыхательных движений и сердечных сокращений, артериальному давлению, результатам пальпации живота, определение края печени, области желчного пузыря, селезенки. Кроме этого: 1) Лабораторные клинические анализы крови (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, СОЭ, анализу мочи, в том числе активности амилазы мочи. 2) Биохимическому анализу крови (уровни АсАт, АлАт, g-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, содержание билирубина, общего белка крови, амилазы крови, остаточного азота и др.).3) Копрограмме, определению активности панкреатической эластазы-1 в кале иммуноферментным методом. 4) Данным УЗИ или КТ брюшной полости; 5) результатом эндоскопии; 6) по отсутствию на заключительном этапе

исследования патологических симптомов. [4.Стр 8] Проведенное нами исследование показало, что на фоне лечения Креоном болевой синдром купировался у 86,7 % пациентов с хроническим панкреатитом, уменьшилось содержание нейтрального жира и жирных кислот в кале. На фоне лечения больные субъективно стали чувствовать себя лучше, уменьшились жалобы на метеоризм, нормализовался стул. Результаты исследования: До начала лечения различные жалобы предъявляли все пациенты. Все они (100%) жаловались на боль и надчревной области или в правом и левом подреберье, чаще после приема пищи или через несколько часов после еды. У 6 (27%) больных наблюдалась опоясывающая боль. У 17 (50%) пациентов имели место жалобы на метеоризм, у 12(36,6%) – на слабооформленный стул, у 4 (13,3%) - на стеаторею. Через 2 нед. у 13 (33,3%) участников исследования болевой синдром купировался, у 19(56,7%) - боль стала непостоянной и слабовыраженной. После проведенного лечения через 4 нед. боль в животе купировалась у 26 (86,7%) пациентов, у 4 (13,3%) болевой синдром сохранился. Метеоризм, отмечавшийся у 15 больных в начале лечения, в ходе проводимой терапии исчез у 11. Слабооформленный стул нормализовался у 6 из 11 пациентов. Стеаторея сохранилась у трех больных, несмотря на лечение. Изменения лабораторных показателей на фоне терапии Креон 10 000: при копрологическом исследовании нейтральный жир выявлен в кале у 15 пациентов, жирные кислоты – у 11. У 5 больных с хроническим панкреатитом обнаружено снижение активности эластазы-1 в кале. После проведенного лечения Креон 10 000 через 5 нед. У 9 пациентов стеаторея в кале исчезла.[5.Стр3]. Активность эластазы-1 в кале у 5 пациентов существенно не изменилась, но болевой синдром у них был купирован. В связи с сохраняющейся экзокринной недостаточностью ПЖ и хорошим эффектом от проведенного лечения этим пациентам рекомендовано продолжить прием Креон 10 000. Повышение активности амилазы в крови не отмечено ни у одного пациента. У 5 больных повышенная активность амилазы в моче пришла в норму в течение 2-й недели лечения. [6.Стр 2] Побочный эффект был отмечен только у 2 пациента в 1-й день лечения после приема 2 таблеток Креон 10 000 у него появилась крапивница, которая прошла самостоятельно после отмены препарата. Больной был исключен из исследования. [7.Стр 3] **Выводы:** В ходе исследования выявлена высокая терапевтическая эффективность Креона при хроническом панкреатите с болевым синдромом –боль купировалась у 87.6 % пациентов. Для эффективного лечения хронического панкреатита длительность курса применения Креона должна быть не менее 2 нед. Креон 10 000 может быть рекомендован для лечения больных хроническим панкреатитом, как эффективный препарат с хорошей переносимостью.

Литература.

1. Гадаев А. Внутренние болезни 2014г
2. Камалов Н.М. Внутренние болезни.1992г
3. Жанашия Е. А., Калинин А. В. Применение препарата Мезим форте 10000 для лечения хронического панкреатита// Клини. персп. Гастроэнтерол., гепатол. – 2005. - №3. – С. 13-16.
4. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. – Т. 2. Болезни кишечника и поджелудочной железы/ Под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. – М.: ГТУБ МО РФ, 2000.
5. Краткое руководство по гастроэнтерологии/ Под ред. В. Т. Ивашкина, Ф. И. Комарова, С. И. Рапапорта. – М.: ООО «Изд. Дом» М-Вести», 2001.
6. Охлобыстин А. В. Современная тактика лечения хронического панкреатита// Consilium medicum. – 2001. -№ 4 (6). – С. 292-295.
7. Шифрин О. С., Юрьева Е. Ю., Ивашкин В. Т. Клиническое применение пензитол при хроническом панкреатите// Клини. персп. Гастроэнтерол.

УДК: 616.33-002.44:618.36.347

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОМПИЦ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. В настоящее время с уверенностью можно говорить о значительной роли *H. pylori* как основного этиопатогенетического фактора многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Кроме этого в результате дополнительных этиопатогенетических факторов, как курения, алкоголизм увеличения стрессовых состояний, злоупотребления фаст-фудами приводит к актуальности этого заболевания.

Ключевые слова: желудок, воспаление, слизистая оболочка, лечения, язва, терапия.

MODERN APPROACH TO TREATMENT AND PREVENTION OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE IN THE OMPMTS OF THE KHOREZM REGION

Annotation. Currently, we can confidently say that *H. pylori* plays a significant role as the main etiopathogenetic factor in many diseases of the gastrointestinal tract, including gastric ulcer and duodenal ulcer. In addition, as a result of additional etiopathogenetic factors, such as smoking, alcoholism, increased stress, abuse of fast foods leads to the relevance of this disease.

Key words: stomach, inflammation, mucous membrane, treatment, ulcer, therapy.

Актуальность. Эрадикационная терапия *H. pylori* чрезвычайно востребована в практике терапевтов, гастроэнтерологов. Новый виток повышенного интереса к эрадикационной терапии придало совещание экспертов Европейской группы по изучению *H. pylori* в 2016 году.

Цель. Оценить влияние четырехкомпонентной эрадикационной терапии на эндоскопическую картину язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Нами было обследовано 60 больных с язвенной болезнью, из них 35 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 25 с язвенной болезнью желудка. Все больные принимали четырехкомпонентную терапию (азитрамицин 500мг 1 раз в сутки, амоксицилин 1000мг в сутки, пантопразол или омепразол 40 мг в сутки, сукральфат 0.5-1гр 4 раза в сутки за 1 час до еды и перед сном [1]. Схема и продолжительность антихеликобактерной терапии основывалась на международных рекомендациях (Маастрихт - IV 2010г, и клинического протокола МЗ РК от 2013г)[2]. Антибактериальный препарат широкого спектра из группы макролидов-азалидов, действует как бактериостатически. [3]. Связываясь с 50S субъединицей рибосом, угнетает угнетает пептидтранслоказу на стадии трансляции, синтез белка, замедляет рост и размножение бактерии, в высоких концентрациях оказывает бактерицидный эффект [4]. Действует на вне- и внутриклеточнорасположенных возбудителей. Пантопразол ингибирует фермент Н,К-АТФазу (протонный насос) в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию синтеза соляной кислоты [5]. Это приводит к снижению базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. После однократного приёма препарата внутрь действие препарата наступает в течение 24ч., максимум эффекта достигается через 2 ч. У больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки прием 20 мг пантопразола поддерживает внутрижелудочный рН-3 в течение 17 ч. Сукральфат –гастропротекторное средство [6]. Вступая во взаимодействие с белками некротизированной ткани язвы, формирует защитный слой, который предотвращает дальнейшее разрушающее действие пепсина, соляной кислоты и желчных кислот[7]. Ингибирует активность пепсина на 30%. Оказывает слабое антацидное действие. Находясь в желудке и двенадцатиперстной кишке, трансформируется в полианион с множеством свободных отрицательных зарядов, которые образуют прочные связи с положительными радикалами белковоподобного белка эксудата (альбумин, фибриноген) слизистой оболочки незначительное[8]. Все больные дважды проходили

эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки: до лечения и через 4 недели после эрадикационной терапии. [9]. Лечение условно можно разделить на 3 этапа. 1-й этап лечения - изменение образа жизни: дробное питание; воздержание от приема пищи после 18 часов; отказ от курения, алкоголя, жирной, острой и горячей пищи, томатного и апельсинового сока, газированных напитков, мяты, специй, лука; уменьшение потребления кофе, шоколада, крепкого чая; по возможности отказ от приема лекарственных препаратов оказывающих побочное действие на желудок (оральные кортикостероиды, ксантины, симпатомиметики и др.). [10]. Сохранить указанные мероприятия на всю жизнь. При неэффективности перейти ко второму этапу лечения. 2-й этап лечения - изменение образа жизни + медикаментозная терапия [11]. Медикаментозная терапия включает в себя монотерапию антисекреторными препаратами. При сохранении в течение первых 3-4-х дней на фоне монотерапии антисекреторными препаратами диспепсии, антисекреторную терапию можно усилить гастроцитопротекторами или антацидами (дозировки см. выше). [12]. Лечение проводят до полной клинико-эндоскопической ремиссии заболевания. Затем переходят к третьему этапу лечения. 3-й этап лечения - Поддерживающая терапия [13]. С целью поддерживающей терапии назначается один из антисекреторных препаратов в половинной суточной дозе однократно на ночь в течение 2-х месяцев, затем переходят на терапию «по требованию» [14]. Лечение включает в себя несколько направлений: изменение образа жизни + противовоспалительная терапия (назначается при рецидиве, при этом для купирования болей и снятия воспаления рекомендован прием гастроцитопротекторов, коррекция нарушений моторной функции желудка (прокинетики) [15].

Результаты исследования. По данным контрольной ЭФГДС, проводившейся через 4 недели от начала терапии, рубцевание язвенного дефекта было отмечено у 98 % больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и язвенной болезнью желудка. Так, признаки гастрита и дуоденита сохранялись ко дню контроля эффективности эрадикации у 13% и 27 % больных соответственно у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, а также у 25 % больных с язвенной болезнью желудка [16]. Вывод. Таким образом, четырехкомпонентная эрадикационная терапия у больных с язвенной болезнью способствует 98 % рубцеванию язвенного дефекта уже через месяц. Полученные нами данные позволяют рекомендовать четырехкомпонентную схему (2 антибиотика, ингибиторы протонной помпы, препараты висмута) в качестве терапии первого выбора для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и язвенной болезни желудка, ассоциированных *H. pylori* [17]. В настоящее время с уверенностью можно говорить о значительной роли *H. pylori* как основного этиопатогенетического фактора многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Литература.

1. Байшора У.Е. Сыздыкова Л.И. Влияние эрадикационной терапии на эндоскопическую картину язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Владикавказ 2017 **Молодые ученые - медицине:** Материалы XVI научной конференции молодых ученых и специалистов с международным участием : [Текст] - Владикавказ: ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России : ИПЦ ИП Цопанова А.Ю., 2017. - 38 с.
2. Исаков В. А., Домарадский И. В. Хеликобактериоз. - М., 2003.
3. Распространенность *SagA*-штаммов *Helicobacter pylori* и язвенная болезнь у населения Восточной Сибири / В.В. Цуканов, С.В. Баркалов, Ю.Л. Тонких и др. // Тер. архив. 2007. - №2. - С. 15-18.
4. Решетников О.В. Распространенность атрофического гастрита в различных популяциях Сибири по данным серологического исследования / О.В. Решетников, С.А. Курилович, С.А. Кротов // Клиническая медицина. - 2008. - №7. - С.35-38.
5. Цуканов В.В. Клинико-эпидемиологические аспекты *Helicobacter pylori*
6. В.В.Цуканов// Экспериментальная клиническая гастроэнтерология - 2006. - №1. -С.24-27.
7. Штыгашева О.В. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* и частота диспептических жалоб у населения Хакасии / О.В. Штыгашева, В.В. Цуканов // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2005. - №3. - С.33-36.
8. Suerbaum, S. *Helicobacter pylori* infection / S. Suerbaum, P Michetti // N Engl J Med. 2017 г.

9. Докучаева, Г.Н. Здоровье пищеварительной системы/Г.Н. Докучаева. – М.: ЭНАС, 2007. – 112 с. 2. Демографический кризис в Российской Федерации. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://encyclopaedia.bid/википедия> (Дата обращения: 15.01.2018)

10. Худайкулова Феруза Хожикуловна, Абдуллаев Равшанбек Бабажонович « ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ »журнал Авиценна.2017 г.№13.стр68

11. Калиш Ю.И., Кабулов М.К., Турсуметов А.А. Роль лазерных технологий в профилактике послеоперационных осложнений при “высоких” язвах желудка // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2014. - № 3. - С. 27-28.

12. Шайхова Г.И., Рахимов Б.Б. Пропаганда принципов рационального питания при ожирении // [Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2014. - №2. - С.138-141.

УДК: 616.33-002.44:618.38.341

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКУ НПВС- ГАСТРОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: В последние годы отмечается учащение выявления этого заболевания, в результате заболевание диагностируется у 500-600 пациентов на 1 млн. населения. Вероятно, такое кажущееся учащение обусловлено улучшением диагностических возможностей, прежде всего за счет разработки новых иммунологических критериев. При этом женщины заболевают приблизительно в 10 раз чаще мужчин

Ключевые слова: генетические факторы, гормональная перестройка, аутоиммунное заболевание, антитела аутоантителами кортикостероидные гормоны.

OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSIS OF NSAID-GASTROPATHY IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE DISEASES

Annotation. In recent years, the incidence of this disease has increased, as a result, the disease is diagnosed in 500-600 patients per 1 million population. Perhaps such a clear increase in frequency is associated with improved diagnostic capabilities, primarily with the development of new immunological criteria.

At the same time, women are 10 times more likely to get sick than men.

Key words: genetic factors, hormonal changes, autoimmune disease, antibodies, autoantibodies, corticosteroid hormones.

Актуальность. Системная красная волчанка – сложное заболевание, причина которого не известна. Вероятно, что это не одна причина, а скорее комбинация нескольких факторов, среди которых генетические, факторы окружающей среды и, возможно, гормональные, сочетание которых может вызвать заболевание. На данный момент системная красная волчанка является неизлечимым заболеванием. [1стр 864.]. Волчанка является темой многочисленных исследований, так как ученые стараются определить, что вызывает волчанку и как лучше ее лечить. Это заболевание в настоящее время считается моделью аутоиммунных заболеваний. .Поэтому понимание многих механизмов болезни при СКВ является ключом к пониманию тех иммунных нарушений, которые происходят при многих заболеваниях человека. [2, стр 234.] Некоторые вопросы, над которыми работают ученые, включают: что точно вызывает волчанку и почему? Почему чаще болеют женщины, чем мужчины? Почему больше случаев волчанки в некоторых расовых и этнических группах? Что нарушается в иммунной системе и почему? Как мы можем корректировать функции иммунной системы при ее нарушениях? Как лечить, чтобы уменьшить или излечить симптомы волчанки? На данный момент СКВ является неизлечимым заболеванием. [3, стр 234.]. Благодаря постоянному приему лекарственных препаратов достигается длительная ремиссия . СКВ встречается преимущественно у

молодых (20—30 лет) женщин, однако случаи заболевания нередки у подростков и людей более старшего возраста (более 40—50 лет). [4,стр 39]. Среди заболевших отмечается только 10% мужчин, однако болезнь протекает у них тяжелее, чем у женщин. Провоцирующими факторами часто оказываются инсоляция, лекарственная непереносимость, стресс; у женщин — роды или аборт. [5,стр13]. Дисфункция печени не считается основной патологией органов в СКВ [6,стр 2].]. Нарушения функции печени не включены в классификационные и диагностические критерии СКВ [7,стр 1167]. Частота дисфункции печени или аномальные значения фермента печени в течение СКВ варьировались от 19% до 60% [8,стр 367]. Более того, распространенность гепатомегалии у пациентов с СКВ варьировалась от 12 до 55%. Флуктуации в значениях аланиновой трансаминазы, соответствующие активности СКВ, отмечались у некоторых пациентов с СКВ [9, стр 125].]; однако никакой корреляции между активностью СКВ и частотой заболевания печени не было выявлено ни в одном из рассмотренных случаев [10,стр 234].]. Это расхождение может быть связано с различными причинами дисфункции печени или аномальными значениями ферментов печени у пациентов с СКВ. [11, стр 17].]. На сегодняшний день было мало систематических обзоров литературы по сопутствующим случаям СКВ и ПБК, а клинические признаки и патофизиология сопутствующих случаев СКВ и ПБК остаются неясными. [12,стр 391]. Тем не менее, может быть необходимо различать осложнения РВС у пациентов с СКВ с участием печени, потому что некоторые пациенты с ПБК могут прогрессировать до скрытой конечной печеночной недостаточности, а длительное использование глюкокортикостероидов для СКВ потенциально связано со значительными побочными эффектами, включая остеопороз, которая колеблется от 20% до 44% у пациентов с ПБК, увеличиваясь с прогрессированием ПБК [13стр 19]. Напротив, печень является мишенью аутоиммунных реакций, как это наблюдается при аутоиммунных заболеваниях, таких как аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (РВС) и первичный склерозирующий холангит (PSC). Участие печени у пациентов с СКВ включает в себя несколько заболеваний печени или сам по себе СКВ, и необходимо различать причины дисфункции печени или аномальные значения фермента печени. Тем не менее, иногда сложно проводить различия между причинами поражения печени у пациентов с СКВ, а использование иммуносупрессивной терапии СКВ может искажать клинические и лабораторные данные о лежащем в основе аутоиммунного заболевания печени, что приводит к диагностической задержке или оккультной прогрессированию цирроза печени (LC) [14, стр 201].

Целью исследования явилось изучение основных клинических проявлений у больных с системной красной волчанкой (СКВ), особенно поражения печени у больных.

Материалы и методы: Наблюдали 50 больных с 16-60 лет с СКВ (36 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 17 до 60 лет. Средний возраст пациентов составил 38,5. Все эти больные находятся в диспансерном учете, регулярно получают стационарное лечение в ревматологическом отделении Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

Лабораторная диагностика. При постановке диагноза прежде всего надо ориентироваться на состав периферической крови. У 90% больных с СКВ нормохромная анемия, лейкопения и резкое увеличение СОЭ. У 83% больных с СКВ в анализах мочи - протеинурия разной степени выраженности, лейкоцит-, эритроцит - и цилиндрурия. Характерно, что среди белков мочи преобладают грубодисперсные фракции, то есть протеинурия не селективна. Типичным считается обнаружение LE-клеток. Однако в настоящее время показано, что этот феномен характерен не только для красной волчанки и встречается к тому же относительно редко. У 48% больных обнаружено LE-клеток. Наибольшее значение имеет определение антител к нативной ДНК и антинуклеарного фактора (то есть антител к денатурированной ДНК в сыворотке крови). Уровень общей гемолитической активности комплемента в сыворотке снижен за счет активации его по

классическому пути. У 94 % больных с СКВ обнаружено антител к нативной ДНК и антинуклеарного фактора.

Биохимический анализ крови: повышения креатинина, АЛАТ, АСАТ – у 25% больных, повышения креатинкиназы у 28% больных .

Рентген и компьютерная томография грудной клетки-у 38% больных поражение плевры (плеврит), волчаночную пневмонию, эмболию легочной артерии. Ядерно- магнитный резонанс и ангиография- у 56% выявляют поражение ЦНС, васкулиты Эхокардиография- у 78% больных выявлена жидкость в перикардиальной полости, поражение перикарда, поражение клапанов сердца и др. УЗИ-диагностике у 60 % больных обнаружена диффузная уплотнения печени, у 35% больных-гепатоспленомегалия.

В результате исследования. По анализам и клиническим обследованиям поражения кожи в начале заболевания проявляются лишь у 20-25% больных, у 60-70% больных они возникают позже, у 10-15% кожные проявления болезни и вовсе не возникают. Кожные изменения проявляются на открытых для солнца участках тела: лицо, шея, плечи. Поражения имеют вид эритемы (красноватые бляшки с шелушением), по краям расширенные капилляры, участки с избытком или недостатком пигмента. На лице такие изменения напоминают вид бабочки, так как поражается спинка носа и щеки. Выпадение волос (алопеция), проявляется редко, обычно поражая височные области. Волосы выпадают на ограниченном участке. Повышенная чувствительность кожи к солнечным лучам (фотосенсибилизация), возникает у 30-60% больных. Покраснение, снижение пигментации, нарушение питания тканей губ (хейлит) .Раздражительность, депрессия – редко. Энцефалопатия (21-67%)

Психозы: паранойя или галлюцинации, миелопатии, нейропатии и другие нарушения образования оболочек нервов (миелина), мононевриты, полиневриты, асептические менингиты у 68% больных.

Клинические поражение пищеварительного тракта диагностируются у 20 % больных СКВ. Поражение пищевода, нарушение акта глотания, расширение пищевода встречается в 5% случаев. Язвы желудка и 12-ой кишки вызваны как самой болезнью, так и побочными эффектами лечения, особенно после лечения с НПВС и кортикостероидами.

Все больные по течением процесса (острый, подострый, хронический) получают следующие препараты: из цитостатических иммунодепрессантов циклофосфамид (ЦФ) или азатиоприн, метотрексат(по индивидуальной дозе). Больным СКВ с низкой активностью заболевания назначают небольшие дозы ГК (преднизолон < 10 мг/сут.), с умеренной активностью – средние дозы (20–40 мг/сут.). При наличии тяжелой органной патологии – диффузном поражении центральной нервной системы (ЦНС), волчаночном нефрите, гематологических нарушений (тромбоцитопении, гемолитической анемии), генерализованном поражении кожи – необходимы более высокие дозы ГК – > 40 мг/сут. Особое место в лечении больных СКВ занимают аминохинолиновые производные (АП). Хлорохин фосфата и гидроксихлорохин сульфата (Плаквенил) в течение многих лет с успехом применялись при СКВ, главным образом при невысокой и умеренной активности болезни. Отличительной особенностью АП является низкая частота побочных реакций, требующих прекращения лечения, при этом токсичность гидроксихлорохина (Плаквенила) в два раза ниже по сравнению с хлорохином. Большие надежды у больных СКВ, безусловно, связаны с ритуксимабом, которые представляет собой рекомбинантные химерные моноклональные антитела к поверхностным рецепторам лимфоцитов – CD20. Блокаторы ФНО- α (Инфликсимаб, Адалimumаб, Этанерцепт). Основная часть больных получали монотерапию ритуксимабом (4 инфузии в неделю из расчета 375 мг/м²), и 30% – сочетание препарата с ЦФ. В целом лечение ритуксимабом приводило к достоверному снижению активности заболевания более чем у 80%. Клинический эффект ритуксимаба сопровождался положительной динамикой морфологических изменений в клубочках по данным повторных биопсий.

Обсуждение. После длительных назначений НПВС препаратов (диклоберл, нимесил, ортафен, наклоген), глюкокортикоидов, блокаторов ФНО- α (Инфликсимаб, Адалimumаб, Этанерцепт) со стороны желудочно-кишечный тракта больные жаловались на отсутствие аппетита, тошнота, рвота, изжога, боль в различных отделах живота.

Заключения По биохимическим и лабораторным показателям больным рекомендована следующие препараты: кобавит(гепатопротектор узбекского производства) по 0,01 x 3 раза в сутки в течении 1 месяца, ЖЕЛЧЕГОННЫЙ СБОР ХОДЖИМАТОВА (Species Cholagoge Chodjimatovi) 2 раз в сутки ,коришпан (желчегонный) по 1 таб.3 раза в сутки , омез 20 мг по 1 таб 2 раза в сутки, мизопростол по 400 мкг 2 раза в сутки . После этого лечения через месяц у больных жалобы на отсутствие аппетита, тошнота, рвота, изжога, боль в различных отделах живота резко уменьшились .

Литература.

1. Шерлок Ш., Доули Дж. Заболевание печени и желчных путей: практич. рук. М.: Гэотар-Медицина, 1999; 864.
2. Biour M., Jaillon P. Drug-induced hepatic diseases // Pathol Biol (Paris) 1999; 47: 928-37.
3. Denk H. Drug-induced liver injury. Verh Dtsch Ges Pathol 2002; 86: 120-5.
4. Vaquero J., Blei A.T. Etiology and management of fulminant hepatic failure // Curr Gastroenterol Rep. 2003; 5: 39-47.
5. Буеверов А.О. Лекарственные поражения печени // РМЖ; 2001; 9: 13-14.
6. Хазанов А.И., Румянцев О.Н., Калинин А.В. и др. Особенности лекарственных и вирусно-лекарственных поражений печени // Клин. Вестник. 2000; 1.
7. Lammert F., Matern S. Hepatopathien durch medikamente // Schweiz. Rundsch. Med. Prax. 1997; 16: 29-30: 1167-1171.
8. Strohmeyer G., Weik G. Leberschadigung durch medicamente // Z. Gastroenterol. 1999; 37; 5: 367-378.
9. Драпкина О.М. (д.м.н., проф.),Ашихмин Я.И). Стратегия снижения риска повреждения печени у пациентов, получающих нестероидные противовоспалительные средства \журнал Ревматология. Травматология. Ортопедия" №1 2016 № 2

ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Физическое развитие наряду с рождаемостью, заболеваемостью и смертностью является одним из показателей уровня здоровья населения. Детский организм в отличие от организма взрослого реагирует на воздействие внешней среды — биологической и социальной — в особенно резкой степени (Ахмедова Д.И. с соавт., 2006, Юрьев В.В. с соавт., 2007). Возрастная динамика роста и массы тела у детей – жителей аридной зоны экологического бедствия отражает общие, так называемые, неспецифические признаки развития организма в условиях изменяющейся природной среды [4,6]. Следует отметить, что антропометрическая характеристика зависят не только от экологии среды, но также от образа жизни, питания, индивидуальных особенностей организма и других факторов. Вместе с тем, на данном этапе разработки вопроса характеристика антропометрических показателей может быть одним из основных, самых простых и надежных критериев, характеризующих отрицательное влияние факторов внешней среды на растущий организм[1,10]. Под физическим развитием понимают динамический процесс изменений морфологических и функциональных признаков организма (изменения размеров тела, его пропорций, телосложения, нарастания мышечной массы, работоспособности), обусловленных наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды[1,2,3]. В результате этого интенсивность роста детей и подростков может подвергаться существенным изменениям. Процессы роста и развития составляют основную характеристику детского возраста. Изучение закономерностей развития, создание методов его практического контроля, защита и обеспечение нормального развития или, точнее, оптимального развития детей — одна из главных

составных частей и педиатрической науки, и практической деятельности врача-педиатра[4,5,6]. Хорезмская область- северный регион страны, который отличается особыми условиями жизни населения, вызванными экстремальными природно-климатическими факторами, во многом влияющий на физическое развитие и здоровье детей.

В связи с вышесказанной целью исследования явилось изучение физического развития детей младшего школьного возраста, проживающих в регионе Приаралья (Хорезмская область – г. Ургенч и районы области).

Материалы и методы исследования. Общее количество обследованных школьников составило 300 детей, в возрасте от 7-10 лет, 240 детей проживающих в Хорезмской области и из 60 детей г. Ташкента. Отбор детей осуществлялся методом сплошной случайной бесповторной выборки. Для обследования детей применялись следующие методы: клинико-anamnestический, оценка внешних малых аномалий развития, опроса родителей, анализ данных первичных медицинских документов. Обследование включало антропометрическое исследование: измерения с определением массы тела, длины тела/роста, масса-ростового индекса. Оценку физического развития детей проводили по стандартам роста ВОЗ (2006) с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) и определяли по значениям величины Z-score. Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением прикладных программ для статистической обработки данных Statistica® версии 6.0. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ антропометрических показателей показало, что в возрастном интервале от 7 до 10 лет включительно происходит постепенное и относительно равномерное увеличение и длины тела, а также изменения в значений ИМТ (табл. №1).

Таб. 1

Показатели физического развития изучаемой выборки детей в зависимости от возраста

Регионы	Возраст, лет	Масса тела, кг		Рост, см		ИМТ, кг/м ²	
		м	д	м	д	М	д
г. Ургенч	7-8	24,29 (18; 34)	25,23(20,2; 34,5)	121 (116;130)	115,08(95;134)	16,56 (13,0; 23,1)	20,5(13,5; 36,6)
	9-10	29,75 (22,0; 43,0)	27,63(22; 37)	129,58 (100; 140)	125,01(90; 140)	16,39 (13,2; 33,6)	20,64(13,9; 39,5)
Ургенчский и Багатский район	7-8	20,95(16; 26)	21,48(17; 24,5)	118,48(106;125)	120,31(110; 129)	15,18(11,4; 18)	14,61(12; 18,6)
	9-10	26,97(18; 38)	26,30(20; 38)	129,74(120; 144)	129,44(119; 139)	15,18(11,9; 19,1)	15,61(8,6; 17,8)
г. Ташкент	7-8	25,50(20; 41)	22,80(19; 30)	123,56(110; 138)	121,30(105; 135)	16,22(12,5; 23,3)	15,08(13,2; 20)
	9-10	33,29(21; 60)	29,60(22; 67)	136,26(123; 148)	130,70(109; 152)	17,77(12,1; 31,1)	17,90(13,7; 21,9)

Примечание. ИМТ — индекс массы тела.

В данной таблице показатели, веса и роста у детей увеличиваются с возрастом, а во- второй таблице видно, что темп роста сильно отстает от веса.

По нашим исследованиям у школьников Хорезмской области WAZ -2-3СО встречались у 6,2% мальчиков и 4,1% девочек, HAZ -2-3 СО 13,2% у мальчиков и 8,2% у девочек. В контрольной группе школьников города Ташкента, 13,3% мальчиков было WAZ-2-3 СО и 3,3% у девочек, соответственно HAZ-2-3 СО - 3,3% у мальчиков и 23,3% у девочек.

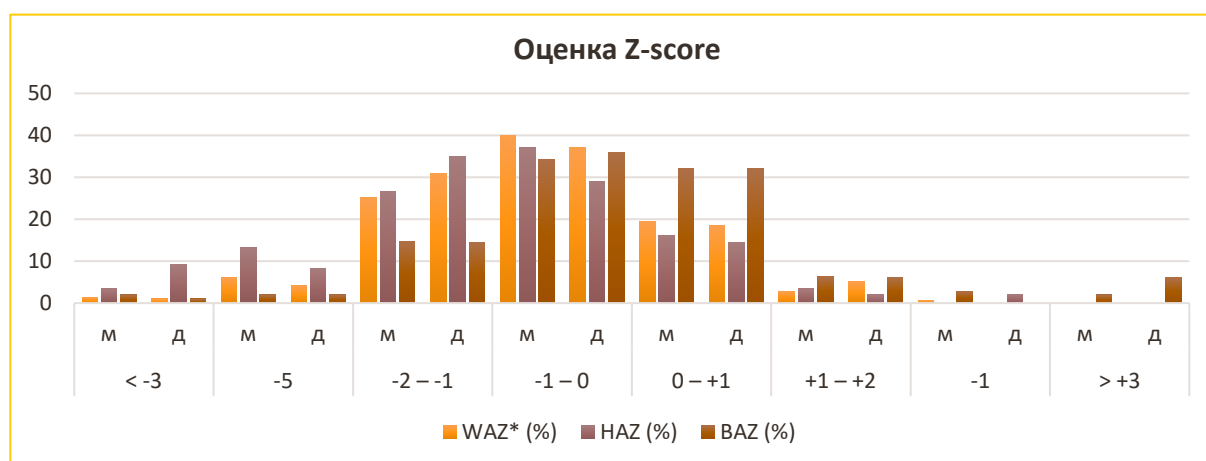
Увеличение веса, WAZ + 2 + 3 CO в Ташкенте приходилось 10% мальчиков, а WAZ > +3 CO у 6,7% и у девочек > +3 CO и WAZ, и HAZ составил одинаковое количество у 3,3%, увеличение в весе, и в росте не наблюдалось у школьников в Хорезмской области.

Несоответствие у детей Хорезмской области по показателям предложенной оценки физического развития ВОЗ, в стандартных отклонениях у мальчиков выявлено резкое уменьшение в массе тела и в росте, что показало дисгармоничное физическое развитие -2- -1CO, при WAZ составило 25,2% и HAZ 26,6%, а для девочек WAZ составил 30,9% и HAZ 35% у девочек было больше отставание в росте. По показателям, которые были выявлены среди школьников с избыточной массой тела и увеличение роста выше стандартных показателей + 2- +1 CO для мальчиков- WAZ 2,8% и HAZ 3,5%, у девочек было намного больше школьников с избыточной массой тела WAZ 5,1% и HAZ 2,0%. Школьники контрольной группы г. Ташкенте отличались от сверстников проживающих в области, показатели стандартных отклонений -2-1 CO у мальчиков WAZ 6,7% и у девочек показатели резко отличались от мальчиков WAZ 40%,соответственно HAZ у мальчиков и девочек 13,3% одинаково, а увеличение роста было выше у мальчиков - HAZ 16,7%, а у девочек 13,3%. Одинаковые показатели + 2- +1CO у девочек и мальчиков - составил WAZ 6,7%.

По рекомендации ВОЗ (2006) и WHO AnthroPlus (2009) критерии стандартных отклонений Z-scores - 1-0- +1CO в пределах нормы. По нашим исследованиям проведенных в Хорезмской области у мальчиков вес WAZ- 60% соответствует нормативным данным стандартных отклонений что показано выше, а рост HAZ- 53%. Вес школьниц не значительно отличается от мальчиков, так же находится в пределах нормы стандартных отклонений - что составило WAZ - 55%, а HAZ -43,4%. Дети контрольной группы по стандартным отклонениям Z-scores - 1-0-+1CO имели разницу по полу, у мальчиков WAZ- 57,0% и HAZ 60,3%, у девочек WAZ 47% и HAZ 40,3% (таб.№2). В Хорезмской области Z-score ИМТ к возрасту (BAZ) < -3CO у мальчиков -2% и у девочек 1%, а дети г. Ташкента у которых BAZ- мальчики-6,7%. Учитывая образ жизни столичных детей и разнообразия питания быстрого приготовления у детей города Ташкента наблюдается высокие показатели BAZ у девочек-3,3%, у мальчиков-10%, которые говорят о склонности детей к избыточному весу, BAZ-показатели приведены в диаграмме №1 и №2.

Диаграмма 1

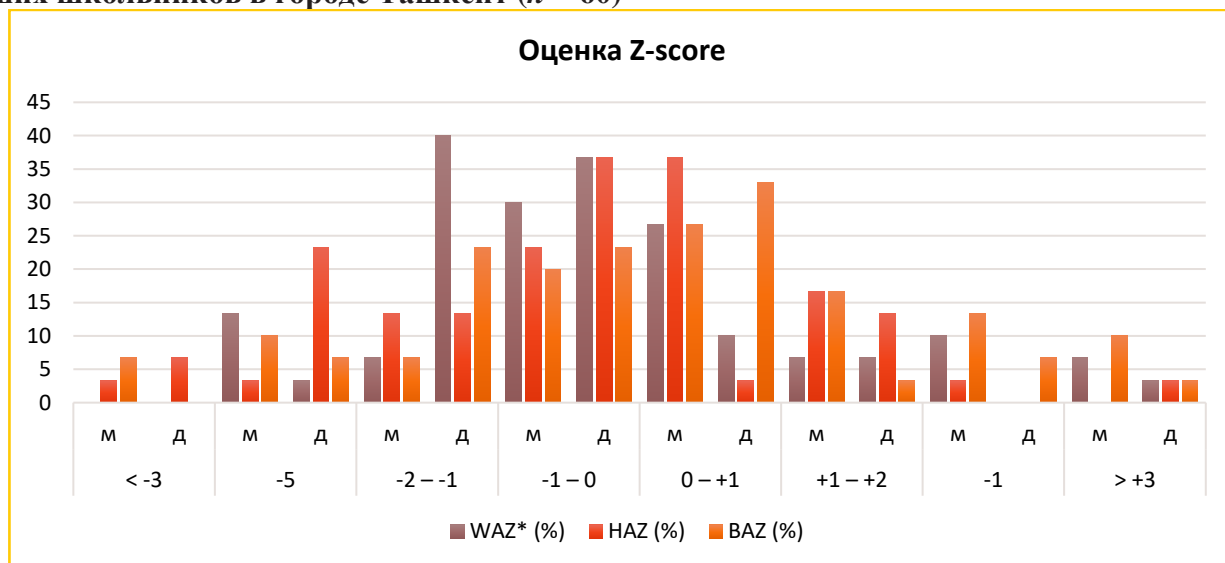
Распределение антропометрических показателей в изучаемой выборке младших школьников в Хорезмской области (n = 240)



Примечание. * — значения показателя рассчитаны для 97 девочек и 143 мальчиков в возрасте до 10 лет Хорезмской области, а также города Ташкента девочек 30, мальчиков 30. М — мальчики, Д — девочки. WAZ -масса тело, HAZ-рост, BAZ-ИМТ.

Диаграмма 2

Распределение антропометрических показателей в изучаемой выборке младших школьников в городе Ташкент ($n = 60$)



Примечание. * — значения показателя рассчитаны для 97 девочек и 143 мальчиков в возрасте до 10 лет Хорезмской области, а также города Ташкента девочек 30, мальчиков 30. М — мальчики, Д — девочки. WAZ -масса тело, HAZ-рост, BAZ-имт.

Выводы: Таким образом, делая выводы по нашим исследованиям физического развития с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) среди детей в возрасте от 7 до 10 лет, было выявлено дефицит роста у мальчиков Хорезмской области - 13,2% и у девочек 23,3% контрольной группы города Ташкента. Мальчиков контрольной группы страдали дефицитом веса- 6,7 %, а 10% имели избыточную массу тела. У девочек Хорезмской области наблюдалось 6,1% несоответствие в весе и в росте, что проявлялось в виде выраженного избыточного веса, у девочек города Ташкента- 3,3%.

Литература.

1. Ахмедова Д.И. Рост и развитие детей. Т. 2006
2. Ахмедова Д.И., Курьязова Ш.М. / Особенности здоровья детей дошкольного возраста региона Приаралья - Хорезмской области//«Клиническая иммунология, иммуногенетика, междисциплинарные проблемы» посвящена к 25-летию института Иммунологии АНРУз. Научно практическая конференция—Ташкент. 2010.-С.62-64.
3. Баранов А.А. Физиология роста и развития детей и подростков / Под ред.А.А Баранова, Л.А. Щеплягинов М.-2000-С.1-17.
4. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Фундаментальные и прикладные исследования по проблемам роста и развития детей и подростков // Российский педиатрический журнал. — 2000. — № 5. — С. 5–12.
6. Джубатова Р.С. Прогностические критерии состояния здоровья детей/ Р.С. Джубатова, З.С.Умарова, Р.А Гулямов, Ш.Ш. Шоикрамов //Паллиативная медицина и реабилитация. - 2002. - №2-3. - С. 90
7. Исаева Р.Б., Чой С.В., Мергенова Г.А. // Оценка физического развития детей, проживающих в регионе Аральского моря/ Педиатрия: из XIX в XXI век. – Материалы конференции. – СПб, 2005. – С. 80.
8. Каримов У.А. О физическом развитии организованных детей дошкольного возраста Ташкентского региона/ У.А. Каримов, Н.А. Закирова, Д.С. Арипова //Вестн. врача общей практики. - Самарканд, 2001. - №3. - С. 51-52. - Библиогр.: 4 назв.
9. Мартинчик А.Н., Батурин А.К., Кэшабянц Э.Э., Пескова Е.В. Ретроспективная оценка антропометрических показателей детей России в 1994–2012 гг. по новым стандартам ВОЗ // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2015. — Т. 94. — № 1. — С. 156– 160.
10. Универсальная оценка физического развития младших школьников. Пособие для медицинских работников / Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучма, Л.М. Сухаревой и др. — М.: НЦЗД РАМН; 2010. — 34 с.
11. Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Алявия М.Н. Оценка состояния здоровья у детей младшего школьного возраста в регионе приаралья // Евразийский вестник педиатрии. — 2021; 1 (8): 23-26.
12. World Health Organization. WHO Child growth Standard: Method and development. Geneva: WHO; 2007.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСАЛГИЯМИ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Бабаев М.А., Турсунбаев А.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования – оценка эффективности комплексного лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Материалы и методы. Наблюдали 35 пациентов (24 женщины и 11 мужчин) с дорсалгиями на фоне спондилоартроза, получавших в течение 5 дней нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) Диклоберл (диклофенак натрия), в/мышечно 1 раз в сутки, 5 дней и комбинированный хондропротектор Глюкофлекс - по 1 каплету 1 раз в день в течение 6 месяцев. Исходно и через 6 месяца изучали общие и биохимические анализы крови, мочи, С-реактивный белок (СРБ), данные рентген, при необходимости – магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной томографии (КТ). Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм). Для поддержки функции и защиты суставов, уменьшения боли, предотвращения дальнейшего разрушения суставного хряща применяли физические упражнения и физиотерапевтические методы.

Результаты. У большинства пациентов преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние конечности, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц и их остистых отростков, паравертебральных точек при пальпации. 25 (71,4%) пациентов оценили боль по ВАШ как сильную и 10 (28,6%) – как умеренную, соответственно $80,7 \pm 9$ и $58,7 \pm 7$ мм. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных рентген, КТ или МРТ. Интенсивность боли по ВАШ через 7 дней у 30 (86,7%) снизилась до $24,4 \pm 5$ мм и у 5 (14,3%) до $32,7 \pm 9$ мм. У всех пациентов восстановился объем движений, прошли явления корешкового болевого синдрома. Под влиянием комплекса Диклоберл и Глюкофлекс, наряду с немидикаментозными методами, быстро улучшалось состояние больных, купировался болевой синдром и неврологическая симптоматика, повысилась эффективность реабилитации и в более ранние сроки ранвосстановилась двигательная активность. Выраженный эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному и анальгетическому действию Диклоберл и многогранным свойствам Глюкофлекса, в состав которого, помимо хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида, входят кальций, витамин D, марганец, кислота аскорбиновая, магний, цинк, медь и бор. Он стимулирует синтез макромолекул хряща и гиалуроновой кислоты, ингибирует деградацию хряща, уменьшает интенсивность болей в суставах, увеличивает резистентность хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов и их устойчивость к негативному воздействию НПВП и увеличивает устойчивость хряща. Учитывая, что воспаление является важным фактором развития и прогрессирования дегенеративно-дистрофических заболеваний, в том числе остеоартрита, комплекс Диклоберл и Глюкофлекс оказывает влияние на патогенетические звенья этих заболеваний.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать указанный Диклоберл и Глюкофлекс в лечении и реабилитации больных с дорсалгиями, связанными с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

Цель - изучение эффективности интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного при комплексном лечении остроконечных кондилом(ОК) у пациентов с папилломавирусной инфекцией(ПВИ).

Материал и методы. В исследование вошли больные с морфологически верифицированными остроконечными кондиломами(ОК), которым проводилось комплексное лечение, включающее применение иммуномодулирующего препарата с противовирусной активностью (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный), фототермолизис ОК с применением импульсного Nd:YAG-лазера от 2-х до 4-х процедур с интервалами 7 дней и местно мазь (3%- диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин) (2 раза в день в течение 30 дней)(основная группа, 71). Больные контрольной группы(49) получали стандартное лечение: электрокоагуляция/криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир), местно мазь(3%-диоксотетрагидрогкситетрагидронафталин). Всем больным проводилось клиникоморфологическое и лабораторное обследование с мониторингом наличия вируса папилломы человека(ВПЧ) высокого канцерогенного риска.

Результаты. До лечения у больных наблюдалось увеличение относительного числа CD19-клеток ($p < 0,001$), снижение содержания IgA ($p < 0,05$) и IgM ($p < 0,05$) и увеличение IgG ($p < 0,001$). ЦИК увеличились в 1,7 раза ($p < 0,001$). Эти изменения наблюдались на фоне увеличения концентрации ФНО- α ($p < 0,001$) при снижении ИЛ-4, ИЛ-10($p < 0,001$), интерферона- α ($p < 0,001$) и интерферона- γ ($p < 0,001$). Полученные нами данные свидетельствуют, что у больных ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета, выражающиеся дефицитом клеточного и активацией гуморального звена иммунной системы. У больных с ОК наблюдается нарушение цитокинового статуса, выражающиеся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- α и снижением концентрации противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10, ИНФ- α и ИНФ- γ . Под влиянием комплексной терапии с интерфероном альфа-2b человеческого рекомбинантного наблюдалось снижение содержания CD19-клеток и IgG ($p < 0,01$), повышение уровней IgA и IgM ($p < 0,05$) при достоверном снижении ЦИК. После окончания лечения комплексным методом у больных данной группы в сыворотке крови содержание ИЛ-4 и ИЛ-10 стало достоверно повышаться ($p < 0,01$) по сравнению с данными до лечения. Наряду с этим наблюдалось достоверное снижение уровня ФНО- α ($p < 0,001$) при повышенном содержании ИНФ- α и ИНФ- γ ($p < 0,01$). Эпителизация ран на слизистых оболочках пациентов основной группы в среднем завершалась за $6,9 \pm 0,16$ дня, а в группе больных, получавших традиционную терапию – за $10,1 \pm 0,18$ дней. Результаты показывают, что разработанный комплексный метод терапии больных ОК способствует более выраженному восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе организма, по сравнению с общепринятым лечением. Учитывая наличие иммунодефицита у больных ПВИ, которое требует соответствующей коррекции, перспективным является комплексное системное лечение этих пациентов с включением интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного. Важным является необходимость формирования групп пациентов и контингента риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний органов гениталий ассоциированных с ВПЧ.

Выводы. Комплексный метод лечения больных ПВИ с ОК с применением противовирусного препарата интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного, фототермолизиса ОК импульсным Nd:YAG-лазером и местно оксолиновой мази, оказывает выраженный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, что позволяет рекомендовать его для практического применения.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ

Авезов А.У., Нишанов Д.А., Рузметов У.А., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Онкологии и Радиологии

Результаты наших исследований показывают, что венозная тромбоэмболия является одним из тяжелых осложнений у пациентов с онкопатологией, которое требует динамического наблюдения за показателями гемодинамики и своевременного назначения лекарственных средств профилактики тромбообразования. Предупреждение развития венозных тромбоэмболий является одним из важнейших шагов для увеличения выживаемости пациентов с онкопатологией.

Цели. Улучшение ранней диагностики венозных тромбоэмболий у пациентов с онкопатологией путём разработки и внедрения в клиническую практику комплекса методов новейших инновационных исследований.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находилось 128 умерших с осложнением тромбоэмболии легочной артерии, находившихся на стационарном лечении в период 2004-2018 гг. на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Онкологии и Радиологии. Давность заболевания составляла от 1 до 6 суток.

Результаты и обсуждение. По данным вскрытия трупов, в отделении «Патоморфология» Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Онкологии и Радиологии, были получены результаты. На основании результатов проведенных нами исследований 120 аутопсийных материалов, из них 30 материалов было взято на контрольной группы у тяжелых больных с онкопатологией.

Согласно по исследованию, тромботическая эмболия легочной артерии чаще встречается в послеоперационном периоде: например, при раке желудка и прямой кишки составлять 12 (9,4%), при раке яичников 7 (5,5%) и при раке легких 9 (7,0%).

Таким образом, проведенный анализ результатов показал, что достоверность достигнута при сравнении по полу ($p < 0,05$), то есть смертность от тромбоэмболии легочной артерии была выше у женщин. Кроме того, в основном у пациентов старше 60 лет высока смертность ($p < 0,05$) от тромбоэмболии легочной артерии, развившейся как осложнение злокачественных опухолей

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПРОВЕДЕННЫМИ ЛЕЧЕНИЯМИ

Авезов А.У., Нишанов Д.А., Рузметов У.А., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Онкологии и Радиологии

Актуальность проблемы. Американским обществом Клинической Онкологии, Европейским обществом Медицинской Онкологии разработано руководство для предупреждения развития венозных тромбоэмболий у пациентов с онкопатологией с использованием фармакологических и механических средств. По литературными данными, после хирургических лечения использование механических средств в 61% случаев предупреждает развитие венозных тромбоэмболий. В своих клинических исследованиях Clagett G.P., Reisch J.S. доказали, что наиболее эффективным для профилактики развития венозных тромбоэмболий, у пациентов с онкопатологией, является использовать в комбинированном состоянии механических средств и антикоагулянтов.

Цель исследования. Улучшить ранней диагностики венозных тромбозов у пациентов с онкологическими патологиями путём разработки и внедрения в клинической практике комплексами методов новейших инновационными исследованиями.

Материалы и методы исследований. Исходя из задач исследования, клинический материал был разделена на две группы. I группа – основная, которым проводили лечение с антикоагулянтные лечения после операционных манипуляциях и II группа – контрольная, которым проводили обычное лечение при тяжелых больных после операции. Группы изучалось по полу, возрасту, давности заболевания, патоморфологическим изменениям в стенке артерии при ТЭЛА, которая получают оздоровительных лечений и умеряющих от тромбозов легочной артерии в клинике Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Результаты и обсуждение. По результатами проведенной исследований, устанавливаются, что регрессия клинических проявлений злокачественных опухолей у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой на фоне проведенного антикоагулянтными лечениями наступил уже первой сутки проведенной операции ($1 \pm 0,51$ сутки наблюдения), в контрольной группе - $2 \pm 0,51$ суток после операций. У пациентов основной группы к первым суткам проведенной операций одышка полностью регрессировала к $5 \pm 0,21$ суткам в контрольной группе. Пациенты основной группы к $4 \pm 0,11$ суткам и в контрольной группы к $6 \pm 0,25$ суткам лечения отмечается уменьшения кашля и количества слизистой мокроты. Снижение и нормализация показателей СОЭ, количества лейкоцитов наступали к $2 \pm 0,25$ суткам наблюдений у пациентов основной группы и к $6 \pm 0,25$ суткам наблюдений - у пациентов контрольной группы.

Таким образом, полученные данные могут быть использованы в учебном процессе при преподавании анатомии, гистологии, патологической анатомии, онкологии, хирургии, а также в научно-исследовательских работах, санитарно-профилактических учреждениях.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Сложно предсказать будущие тенденции заболеваний периферических артерий, учитывая факторов риска, особенно - курения и сахарного диабета, ИБС и инсультом. Результаты некоторых исследований, опубликованных в течение последних нескольких десятилетий, свидетельствуют о снижении заболеваемости перемежающейся хромотой. Учитывая общую этиологию атеросклероза различных периферических артерий, наличие поражения сосудов одного бассейна увеличивает частоту бессимптомного и клинически явного атеросклероза другой локализации.

Основными целями наших исследований является улучшения ранней диагностики заболеваний периферических артерий с путём разработки и внедрению в клиническую практику комплекса методов ультразвукового исследования.

Современная концепция диагностики заболеваний периферических артерий – одна из актуальных проблем современной медицины. Распространенность заболеваний периферических артерий отличается у мужчин и женщин, однако полученные результаты в наших исследованиях свидетельствуют о том, что с возрастом эта разница уменьшается. Заболеваемость (число новых случаев) также тесно зависит от возраста. У женщин заболеваемость была примерно в 2 раза ниже, чем у мужчин, однако она была сходной в пожилом возрасте.

В ходе исследования мы провели ультразвуковые исследование 37 больных перенесших заболеваний периферических артерий которое обращали на железнодородную

больницу г. Ургенча. Из них 7 (19%) больных находились в возрасте до 40 лет, 20(54%) больных в возрасте до 41-50 лет, 10(27%) больных в возрасте 51 и больше.

В режиме цветового энергетического доплеровского картирования, позволяющего визуализировать в цветном формате на их протяжении, с измерением диаметра сосудов. Для определения скорости кровотока использована технология импульсно-волновой доплерографии. Оценка количественных характеристик кровотока включала следующие показатели: максимальную систолическую скорость кровотока (V_{max}), максимальную диастолическую скорость кровотока (V_{min}), систоло-диастолическое соотношение, пульсационный индекс (ПИ) и индекс резистентности (ИР) .

На основании результатов проведенных исследований научно обоснованы и разработаны принципиально новые способы и усовершенствованы существующие методики ультразвуковой диагностики заболеваний периферических артерии. В результате проведенных исследований были получены важные теоретические и практически значимые данные о состоянии периферических сосудов.

Таким образом, к настоящему времени в литературе описано большое количество гемодинамических, реологических, иммунных и иных факторов риска тромбозов. В медицинских литературах постоянно излагаются новые методики оценки готовности пациента к операции, а интерпретация результатов старых тестов подвергается пересмотру. В этой связи перспективным представляется создание интегральной системы оценки риска ранних тромботических осложнений, включающей в себя результаты ряда наиболее достоверных методик, способной адаптироваться к появлению новых методов диагностики и гармонично встраивать их в существующий прогностический алгоритм.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА D НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Алимова М.М., Матризаева Г.Дж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: Определить клиническую эффективность и безопасность добавления Витамина D к стандартной терапии у пациенток с гормональным бесплодием.

Недостаточность и дефицит витамина D встречаются у 60% взрослых. Роль витамина D активно изучается при синдроме поликистозных яичников(СПКЯ), который является одной из основных причин ановуляторного бесплодия. Витамин D участвует в регуляции внутриклеточного и внеклеточного обмена кальция, который, в свою очередь, может оказывать влияние на работу рецептора инсулина и витамин D оказывает непосредственное стимулирующее влияние на инсулиновый рецептор. Также витамин D обладает противовоспалительным эффектом, что может играть роль при развитии хронического воспаления в патогенезе СПКЯ. Его влияние на патогенез развития ановуляции при СПКЯ может быть реализовано через провоспалительные факторы — конечные продукты гликирования, уровень которых повышен как при СПКЯ, так и дефиците витамина D.

Результаты исследования: Среди пациенток с бесплодием были получены еще более значимые цифры: низкие уровни витамина D у 77,4% женщин, в зависимости от центра. Низкий уровень витамина D может рассматриваться как независимый предиктор формирования и прогрессирования ожирения, ведущего к инсулинорезистентности и СПКЯ. С дефицитом витамина D было ассоциировано низкое количество беременностей и родов и высоким уровнем выкидышей у пациенток. Уровень $25(OH)D \geq 30$ нг/мл (75 нмоль/л) был расценен как достаточный, более низкие показатели сывороточной концентрации $25(OH)D$ — как недостаточный. Конечной точкой исследования была

клиническая беременность. В группе женщин с достаточным уровнем 25(OH)D частота наступления беременности была значительно выше по сравнению с женщинами из группы с недостаточностью витамина D (52,5% против 34,7%; $p < 0,001$).

Вывод: Данное исследование демонстрирует, что женщины с высоким уровнем витамина D с большей вероятностью могут забеременеть. Витамин D реализует свой потенциальный эффект действия на фертильность посредством влияния на эндометрий (его структуру и рецептивность) и на яйцеклетка.

ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АНЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Акбарова Р. К.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Материалы и методы. Для исследования явились ретроспективные данные историй болезни 61 пациентов с анемией, из которых 19 с хроническими заболеваниями ЖКТ, 42 больных с ревматизмом. Возраст пациентов с 17 до 84х лет, мужчин 8, женщин 53, из г. Ферганы 10, из районов 51. Продолжительность болезни от 1 до 10 лет. **Результаты.** В ходе анализа данных по ретроспективному исследованию историй болезни 61 пациентов с АХЗ установлено, что подавляющее большинство составили женщины – 53 (86,88%) пациента, а мужчины составили лишь 8 (13,12%). Среди пациентов городские больные составили 16,39%, большинство пациентов были сельские жители - 83, 61%. Продолжительность болезни в течение 6-10 и более лет отмечено у 16 пациентов (26, 23%), в течение 2-5 месяцев заболевания продолжались у 24 больных (39,34%), а у 21 пациентов (34,43%) продолжительность болезни составила всего 1 год и менее. Нами изучена частота встречаемости анемии в зависимости от возраста и пола пациентов. В соответствие с данными ВОЗ за анемию тяжелой степени приняты показатели гемоглобина 69г/л и ниже, за анемию средней тяжести 70-90г/л, легкой степени для женщин ниже 120г/л, для мужчин ниже 130 г/л.

При изучении выявляемости анемии в зависимости от пола пациентов нами установлено, что среди мужчин больше случаев легкой степени анемии, чем среди женщин, а случаи средней степени анемии чаще выявляются среди женщин. Единственный случай анемии тяжелой степени выявлен в группе женщин.

В данной работе были изучены показатели выявляемости анемии у пациентов с хроническими заболеваниями в зависимости от продолжительности течения болезни. Как показали наши исследования, тяжелая степень анемии выявлена в одном случае, когда продолжительность хронического заболевания составила 1 год и менее. При продолжительности болезни 2-5 лет средняя степень анемии выявляется в 5 раз чаще, чем при продолжительности 1 год и менее, а также в 2 раза чаще, чем при продолжительности 6-10 лет. Основную долю анемии составила легкая степень – 83,60%, средняя степень выявлена в 14,75% случаях, а тяжелая в 1,64% случаях. В целом не выявлена взаимосвязь между тяжестью анемии и продолжительностью течения хронического заболевания.

Выводы.

1. По материалам ретроспективных исследований установлено, что среди больных с хроническими заболеваниями ЖКТ и ревматизмом независимо от возраста и пола выявляется в основном анемия легкой степени 80-90%. Анемия средней тяжести наиболее часто выявляется в возрасте 61-84 лет - 20%, по сравнению с более молодыми пациентами - 7,7% - 10,0%.

2. Независимо от продолжительности течения хронического заболевания основную долю во всех случаях составила анемия легкой степени, анемия средней тяжести достоверно чаще выявляется при сроках течения хронического заболевания 2-5 лет.

3. При диагностике анемии хронических заболеваний на уровне районных и городских ЛПУ необходимо проводить дифференциальную диагностику и расширенные

исследования на уточнение этио-патогенетических механизмов развития анемии, что позволит провести целенаправленное и эффективное лечение анемического синдрома и основного заболевания.

М.МИХАЭЛИС ВА В.П.ТУГОЛУКОВ МИКРОМЕТОДИ БЎЙИЧА МЕЪДА СЕКРЕЦИЯСИНИ ЎРГАНИШ

Аллаберганов М.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ушбу ишимизда ЎзР кимё-фармацевтика илмий-тадқиқот институтида синтез қилинган фенилглиоксил кислотасининг тиосемикарбазони бўлган бензкетозон препаратини ўргандик.

Материал ва усуллар. Яра чақиришда имобилизацион стресс усулидан фойдаланилди. Меъда секрециясини стимуллаш мақсадида каламушларнинг териси остига пентогастриннинг 0,025 % ли эритмасидан 200 мкг/кг ҳисобида юборилди. Орадан бир соат ўтгач стимулланган меъда шираси ҳам тортиб олинди ва меъда шираси таркибидаги эркин хлорид кислотаси ва пепсин миқдори М.Михаэлис ва В.П.Туголуков микрометоди бўйича аниқланди. Натижалар ва уларнинг таҳлили. Назорат гуруҳидаги ҳайвонларда эркин хлорид кислотаси миқдори интакт ҳайвонларга нисбатан 47 % га, глицерам таъсиридаги ҳайвонларда 43 % га, омепрозол таъсиридаги ҳайвонларда 24 % га ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 38 % га ошганлиги аниқланди. Мазкур кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан глицирам ва бензкетозонда меъёр атрофида бўлди, омепразолда эса 16 % га камайганлиги маълум бўлди. Эркин хлорид кислотасининг миқдори стимуляциядан кейин интакт ҳайвонларга нисбатан назорат гуруҳида 73 % га, глицирам, омепразол ва бензкетозон таъсиридаги гуруҳларда тегишлича 50 %, 26 % ва 30 % га ошганлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан глицирам, омепразол ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда мос равишда 13, 27 ва 24 % га камайганлиги кузатилади. Пепсиннинг базал секрециядаги миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида 40 % га, глицирам ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда мос тарзда 24 ва 15 % га ошганлиги, омепразол таъсиридаги ҳайвонлар гуруҳида эса деярлик ўзгаришларга учрамаганлиги аниқланди. Мазкур кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан таҳлил қилинганда эса глицирам таъсиридаги ҳайвонларда 12 % га, омепрозол таъсиридаги ҳайвонларда 34 % га ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 18 % га камайганлиги маълум бўлди.

Пепсиннинг миқдори стимуляциядан кейин интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида 34 % га, бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда 12 % га ошганлиги, глицирам ва омепрозол таъсиридаги гуруҳларда эса меъёр кўрсаткичлари атрофида бўлганлиги кузатилди. Ушбу кўрсаткич назорат гуруҳидаги ҳайвонларга нисбатан таққосланганда глицирам, омепрозол ва бензкетозон таъсиридаги ҳайвонларда тегишлича 19, 21 ва 17 % га камайганлиги аниқланди.

Хулоса. Экспериментал меъда яраси чақирилган каламушларда бензкетозон базал ҳамда стимуляциядан кейинги меъда шираси таркибида эркин хлорид кислотасининг ва пепсиннинг секрециясида кузатилган бузилишларга коррекцияловчи самарага эга эмас экан.

МЕЪДА ГИСТОМОРФОЛОГИЯСИ: БЕНЗКЕТОЗОННИНГ МЕЪДА ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИГА ТАЪСИРИ

Аллаберганов М.Ю., Омонова Г.С., Каримова Д.Ш., Ахмедова Н.М., Курбанниёзова Ю.А.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Яра касаллигини даволашда ишлатилувчи воситалар кенг кўламда ишлатиб келинмоқда. Лекин бу воситаларнинг самарадорлиги ҳар доим ҳам кутилгандек натижалар беравермайди.

Шу ўринда биз ўз эътиборимизни Республикамизда синтез қилинган бензкетазон препаратига қаратдик.

Материал ва усуллар. Каламушлар меъдасида К.А.Мешерской методидан фойдаланилган ҳолда тажрибавий яра чақирилди. Меъдасида яра ҳосил бўлган каламушлар 2 та гуруҳга ажратилди: биринчи гуруҳдаги каламушлар меъдасига 75 мг/кг миқдорида оғиз орқали металллик зонд ёрдамида бензкетазон препарати юборилди, иккинчи – назорат гуруҳидаги каламушлар меъдасига шу усул билан тенг миқдорда крахмал клейстери юборилди.

Натижалар ва таҳлили. 3-, 7-, 10-кунларда декапитация усули билан жонсизлантирилган каламушлар, меъда шиллиқ қавати патоморфологияси текширилди. Бензкетазон юборилган каламушлар меъдасида тадқиқотларнинг 3-куни яра тубида яллиғланган некротик детрит ва фибриноидли некроз сезиларли камайган, у пролифератив грануляцион яллиғланган, таркибида лимфо-гистоцитар хужайралар ва шаклланмаган толасимон тузилмалар инфилтрат билан қопланган. Мушак қавати томирлар ва интерстиция томон йўналган лимфо-гистоцитар инфилтрат, сийрак мушак толаларидан иборат. Яра атрофида ўраб олувчи шиллиқ эпителий регенерацияси кузатилди. Кузатувнинг 7-кунида меъданинг айрим жойларида кичик ўлчамли пилорик қисмда жойлашган якка ҳолдаги яралар аниқланди, уларнинг кўпчилиги битиш арафасида. Яра туби силлик, тоза, яра атрофида шиллиқ қават гипертрофияси кузатилди. Кузатувнинг 10-куни меъда шиллиқ қаватида якка ҳолдаги майда, юза яра дефектлар эрозия ва қондалашли кўринишда учрайди. Бензкетазон таъсиридаги каламушларда пайдо бўлган яраларнинг гистоморфологияси назорат гуруҳи каламушларидагига қараганда бирмунча камроқ даражада ўзгаришларга учраган ва яраларнинг битиши анча тезлашган.

Хулоса. Бензкетазон препарати меъда ярасида деструктив-некротик ва яллиғланиш жараёнларининг тез сўнишига, шиллиқ қаватда хужайра элементлари регенерациясининг тезлашишига олиб келади.

ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно что, фармакологические эффекты биологически активных добавок (БАД) достигаются при внесении в организм веществ, обладающих выраженной биологической активностью в отношении животных и человека. Эти соединения выступают в качестве: субстратов для биохимических реакций; кофакторов ферментативных реакций; ингибиторов ферментативных реакций; абсорбентов-секвестрантов реактивных или токсичных веществ; лигандов, которые активируют или подавляют активность рецептов; усилителей абсорбции и стабильности основных питательных веществ; селективных факторов роста для естественных желудочно-кишечных бактерий; ферментационных субстратов для естественных бактерий в ротовой полости, желудка или кишечника, селективных ингибиторов вредных кишечных бактерий. Синтетические БАД отличаются от натуральных по ряду причин. Во-первых, чистота изготовления приводит к отсутствию микропримесей природного происхождения, которые в натуральном аналоге существенно влияют на биологическую активность основных компонентов. Во-вторых, синтетические

препараты могут содержать транс-изомеры, отсутствующие в натуральном сырье, на которые ферментные системы человеческого организма не могут отреагировать правильно. В-третьих, синтезированные вещества представляют собой рацемическую лево- и правовращающую смесь изомеров, при том, что биологическая активность есть только у одного типа изомеров. В-четвертых, природные витамины и витаминоподобные вещества представлены множеством соединений (витамин С — 6, витамин Е — 10, каротиноиды — более 600, флавоноиды — более 6000), в то время как синтетические аналоги на практике представлены одной химической формулой (аскорбиновая кислота, α-токоферол ацетат, β-каротин, рутин).

К активным веществам, получаемым из растительных источников, относятся терпеноиды, фенолы, алкалоиды и другие азотсодержащие соединения. Согласно сообществу химической промышленности США, эти соединения могут препятствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии, онкологических заболеваний, воспалению, паразитарных инфекций, психотических заболеваний, спазматических состояний. БАД, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, благоприятно влияют на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Потребление омега-3 ненасыщенных жирных кислот оказывает положительное влияние на протекание заболеваний нервной системы: существуют данные, свидетельствующие о благоприятном их действии на течение болезни Альцгеймера, также у больных биполярным расстройством головного мозга принятие омега-3 ненасыщенных жирных кислот при дозировке 9,6 г в день улучшало течение заболевания при в сравнении с группой, принимавшей оливковое масло.

БОШ МИЯ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИ ОҚИБАТИДАГИ БОШ АЙЛАНИШЛАРДА ВЕРТИНЕКС ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАНИШИ

Атажанов Х.П. Оллаберганова Ш.М.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бош мия сурункали ишемияси натижасида юзага келган бош айланишлар узоқ давом этиши ва кўпинча мувозанат бузилиши, хотира пасайиши, когнитив ўзгаришлар билан қўшилиб келиши натижасида меҳнат қобилиятининг йўқолишига сабаб бўлганлиги туфайли бугунги кунда соғлиқни сақлашнинг ва тиббиёт фанининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Ишдан мақсад: Бош мия сурункали ишемияси натижасида юзага келган бош айланишларда вертинекс препаратининг самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва усуллари: Олдимизга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази неврология бўлимида даволанган 48 нафар бемор кузатувимизда бўлди. Беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. Бир гуруҳ (24 та) беморларга фақат вазоактив ва нейропротектор препаратлар, иккинчи гуруҳ (24 та) беморларга юқоридагилар билан бирга вертинекс препарати (кунига 5 мг) қўлланилди ва натижалар таҳлил қилинди. Даволаш самарадорлигини аниқлашда беморлар шикоятдаги ўзгаришлар, вестибуляр бузилиш ва бош айланишни текширишда Ромберг ҳолати ва Бабинский – Вейл синамаларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси: Вертинекс препаратини қабул қилган гуруҳдаги 14 та (58%) беморда, қабул қилмаганларининг 8 тасида (33.3%) даволашнинг 7 кунидан бошлаб шикоятлари камайиши ва ўзини яхши ҳис қилиши кузатилди. Даволашнинг 15 кунидан кейин ўтказилган текширувларда эса вертинекс қабул қилган 21 та (87.5%) беморда, қабул қилмаганларининг 15 тасида (62.5%) ромберг ҳолатида олдингига нисбатан турғунлик ва хотираси яхшиланганлиги аниқланди.

Ўтказилган текширув натижаларини таҳлил қилиб шундай хулосага келдик. Сурункали мия ишемиясидаги бош айланишини комплекс даволашда вертинекс

препаратини қўлланилиши беморлар тузалишини тезлаштириб, даволаш самарадорлигини янада оширади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ HALLUS VALGUS

Атажанов М.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Hallus valgus – вальгусная деформация первого пальца стопы в плюснефаланговом суставе. Hallus valgus это ещё и болезненные косточки в основании 1-го пальца стопы. Это болезнь также является распространенным осложнением поперечного плоскостопия. Больные в некоторых случаях применяют вальгусную шину для исправления 1 пальца. Вследствие деформации палец отклоняется кнаружи под углом к остальным. Часто больных беспокоят боли при ношении узкой обуви и при долгой ходьбе.

Актуальность. Заболеванием часто страдают женщины в отличие от мужчин. Причиной этого заболевания часто является ношение узкой обуви на высоком каблуке, имеет значение наследственная предрасположенность, слабость связочного аппарата. Женщин страдающих этим недугом в 10 раз больше чем мужчин. С специалистам больные обращаются поздно при 3-4 стадии заболевания.

Цель работы: Анализ современных принципов оперативного лечения заболевания.

Материалы: Клинический случай: Больная 46 лет обратилась в отделение ортопедии частной медицинской клиники «MED COMPLEX» Хорезмской области с жалобами на деформацию в первом межфаланговом суставе справа, боли при ходьбе усиливающиеся к вечеру, невозможность носить узкую обувь. Был поставлен диагноз: Hallus valgus справа 3-4 степени. Была прооперирована комбинированным методом по Логрошину с остеотомией 1 плюсневой кости с введением костного клина. Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первично. Больная разрабатывает суставы. В послеоперационном периоде больная получала антибиотики. Проводились ежедневные перевязки. Боли уменьшились. Деформация не определяется.

Выводы: Вальгусная деформация первого пальца стопы заболевание, которое возникает у женщин. Выбор метода операции зависит от особенностей деформации. При использовании ремодулирующего метода хирургического лечения, в данном случае, удалось достичь хорошего результата по восстановлению первого плюснефалангового сустава стопы.

РОЛЬ ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Аскарова Р. И.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в сегодняшней Узбекистане расценивается как весьма напряженная в течение последних 20 лет. В Узбекистане, отмечается быстрый рост заболеваемости населения туберкулезом. Социально-экономическая нестабильность, миграционные процессы, безработица, алкоголизм, наркомания и бездомность продолжают обуславливать прогрессивное ухудшение эпидемиологической ситуации. С 1990 года число случаев заболеваемости туберкулезом увеличилось в разы. Несмотря на имеющуюся теоретическую и практическую исследовательскую базу по данной теме, исследования в этой области нуждаются в углублении и развитии. Исходя из этого, мы ставим перед собой основную цель - раскрыть роль медицинской сестры по уходу за больными туберкулезом в условиях стационара и перевод ее на уровень собственно медицинского и социально-психологического осмысления. Реализация поставленной цели требует решить следующие

задачи: изучить организацию и систему борьбы с заболеванием; раскрыть роль медицинской сестры в профилактике туберкулеза; проанализировать состояние заболеваемости и опыт борьбы с туберкулезом. Узбекистан входит в четверку регионов ПФО с низкой заболеваемостью туберкулезом. Но тем не менее эпидемиологическая ситуация в республике остается социально проблемной. Создана трехуровневая система оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Проведено районирование территории, закрепление зон обслуживания, маршрутизация пациента с учетом форм заболевания и бактериовыделения. Доступность медицинской помощи для жителей районов республики обеспечивает территориальное отделение диспансера. Налажено межведомственное взаимодействие и преемственность учреждений службы исполнения наказаний, МВД, Прокуратуры. Республиканский противотуберкулезный диспансер - мощный лечебно-профилактический, диагностический и организационно-методический центр по борьбе с туберкулезом. В нем развернуты стационарные отделения, амбулаторные отделения для взрослых и детей, отделения лучевой диагностики, клиничко-диагностическая и микробиологическая лаборатории. Реализуются все целевые программы, проводятся мероприятия, направленные на стабилизацию санитарно-эпидемиологического благополучия. С целью ограничения распространенности туберкулеза приоритетными являются мероприятия по его раннему выявлению. Основным методом раннего выявления туберкулеза для взрослых является флюорографическое обследование. В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом с 20 марта по 20 апреля проводится месячник «Белая ромашка». Его цель - информирование населения о необходимости своевременного прохождения профилактических осмотров в целях раннего выявления заболевания. Несмотря на то, что есть некоторые успехи в борьбе с туберкулезом, так же существуют препятствия, мешающие успешному излечению. Из-за боязни заразиться туберкулезом в обществе возникает стремление избегать людей болеющих или уже излеченных. Отсюда всевозможные препятствия к возвращению этих людей к трудовой деятельности в коллектив. Больные туберкулезом чувствуют себя изгоями общества, особенно это проявляется в начале заболевания, когда больной только узнает о нем. Пациентам, их родственникам и друзьям требуется помощь специалиста. Трудно переоценить роль медицинской сестры в организации лечения данных больных - она и контролирует, и поддерживает, и советует, а также обеспечивает безопасность, как пациента, так и его окружения. Медицинская сестра, работающая с больным туберкулезом, должна проявлять особое внимание и терпение, разъясняя больному необходимость той или иной процедуры или лечения. Роль медицинской сестры очень велика при контроле за соблюдением больным правил личной гигиены, а так же при проведении санитарно-просветительной работы в очаге инфекции. [1] С болезнью легче бороться, если пациент владеет полной информацией о ней. В лечении туберкулеза очень важна и позиция самого пациента, его мотивация к излечению, т.к. для многих пациентов диагноз «туберкулез» - ассоциируется с неизлечимым заболеванием. Развить и усилить мотивацию к выздоровлению - одна из задач профилактической работы с пациентом. Хорошо информированный, обученный пациент становится союзником медицинских работников, выполняя все требования и рекомендации. Очень важно, чтобы пациент осознал возможность выздоровления, полного возвращения в семью, на работу, в общество. Медицинские сестры иллюстрируют свои лекции примерами и статистическими данными о полном излечении пациентов от туберкулеза. Задача медицинского персонала - убедить больных в необходимости ограничений в общении, при этом важно подчеркнуть временный характер этих ограничений, поскольку при соблюдении всех требований возможен благополучный исход лечения. Учитывая, что туберкулез передается преимущественно воздушно-капельным путем, необходимо научить пациента мерам предосторожности для снижения риска заражения людей, находящихся в контакте с ним. [3] Несмотря на все трудности, сохраняется основной костяк противотуберкулезной службы, разрабатываются новые и совершенствуются

существующие методы выявления и профилактики этой инфекции. Нужно помнить, что туберкулез не только инфекционное, но и социальное заболевание. Поэтому преодоление разрастающейся эпидемии непосредственно связано с решением стоящих политических и экономических проблем, с повышением уровня жизни населения и ростом его санитарной культуры[2].Итак, основным направлением деятельности медицинской сестры является охрана здоровья населения, что включает, прежде всего, профилактическую работу, а также выполнение лечебно-диагностических мероприятий и сестринских вмешательств, санитарно-эпидемиологических мероприятий, организационные мероприятия и т.д. Профилактика должна занимать первоочередное место в деятельности медицинской сестры. Нами разработан ряд предложений, направленных на оптимизацию деятельности медицинского персонала, как одного из факторов совершенствования медико-социальной помощи населению: Включение в должностные инструкции сестринского персонала обязанностей по проведению консультативной работы с семьями больных, находящихся на лечении, в плане разъяснения особенностей профилактики туберкулеза, ухода за туберкулезными больными, пропаганды здорового образа жизни. Проведение регулярных занятий со средним медицинским персоналом по изучению современных методов ухода за больными туберкулезом, роли и места медицинской сестры в процессе оказания медицинской помощи. Можно уверенно говорить о том, что для создания барьера распространения этого серьезного заболевания должны быть предприняты определенные шаги на федеральном и местном уровнях: нужно повышать информационную осведомленность населения путем создания тематических телевизионных и радиопередач, разрабатывать и проводить беседы в учебных заведениях с учащимися и родителями, оформлять специальные уголки здоровья в медицинских учреждениях, своевременно проводить вакцинацию населения и разъяснительные беседы медицинскими работниками.

ГЕЛИОТРОП МОДДАНИ ТУРЛИ ЮБОРИШ ОРҚАЛИ ЮЗАГА КЕЛГАН ЖИГАРДАГИ СУРУНКАЛИ ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШЛАРНИ СОЛИШТИРИШ

Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.

*Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган
Педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази*

Ҳозирги кунда жигар касалликлари ва ушбу касалликлар асорати туфайли ногиронлик ҳамда ўлим кўрсаткичларининг ортиб бориши сабабли янги самарадор усуллар ва дори воситаларига эҳтиёжни ортиши юзага келади. Ушбу мақсадда гепатопротекторлик хусусиятга эга янги истикболли доривор воситаларини излаб топиш учун тадқиқотларда тажриба ҳайвонларида турли жигар шикастланишларини юзага келтириш усулларида фойдаланилади. Тажриба шаоротида жигарда шикастланишларни чақириш учун асосан кимёвий ва доривор моддалар ишлатилади. Шу муносабат билан, тажриба шаоротида жигарнинг сурункали касалликлари, шунингдек токсик моддалар таъсирида юзага келган жигар фибрози ҳамда циррозини чақириш усуллариини такомиллаштириш бу йўналишда асосий долзарб масалалардан бири бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Гелиотринни оғиз орқали ва қорин бўшлиғига киритиш туфайли юзага келган сурункали токсик шикастланишларни жигар патологияси учун хос бўлган муҳим кўрсаткичлар бўйича солиштириш.

Тадқиқот усуллари ва объектлари: Сурункали токсик гепатит усуллари тажрибаларда тана вазни 100-150 г бўлган оқ зотсиз каламушларда оғиз бўшлиғига 50 мг/кг дозада хлорид кислотаси (рН 7,0) (100 г тана вазнига мос равишда 5 мг гелиотрин) билан бирга ҳафтасига бир мартаба 42 кун, қорин бўшлиғига эса 25 мг/кг дозада кун ора 3 ҳафта давомида юбориш орқали чақирилди. Гелиотроп моддани киритиш усулига мос равишда

тажриба ҳайвонлари тадқиқотнинг 35, 60, 90 ва 120 кунлари давомида ҳайвонлар сўйилди ва қоннинг умумий, биокимёвий ва гистоморфологик шунингдек ўлим кўрсаткичлари бўйича солиштирилди.

Олинган натижалар: Тадқиқотлар натижасида гелиторин тери остига юборилганда оғиз орқали юборишга нисбаттан ўлимлар сонининг бир неча баробар кўплиги, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлилида оғир анемия ҳамда ферментлар, оксиллар микдорининг 2-3 маротабагача ортиши шунингдек яққол юзага келган гистоморфологик ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, гепатотроп модда юқоридаги юбориш усулларида жигарда шикасланиш чақирди. Гелиотроп моддани оғиз орқали юбориш ҳайвонларда стрессни камайтириб терида чикастланишлар олдини олиши билан фарқланса, гелиотропни қорин бўшлиғига қўллаш эса тажриба шароитида қисқа вақт ичида оғир жигар патологияларини (фиброзланиш ва цирроз) юзага келтириш имконини беради.

ОҒИЗ ОРҚАЛИ ВА ТЕРИ ОСТИГА ГЕЛИОТРИН ЮБОРИШ ОРҚАЛИ ЮЗАГА КЕЛГАН СУРУНКАЛИ ТОКСИК ГЕПАТИТНИ СОЛИШТИРИШ

Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.

*Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган
Педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази*

Тадқиқотларда тажриба ҳайвонларида турли жигар шикастланишларини юзага келтириш учун кимёвий ва доривор моддалар ишлатилади. Истикболли гепатопротекторларнинг клиник олди тадқиқотлари, қоида тариқасида, кимёвий шикастловчи гелиотроп эритмасини турли юбориш йўллари билан сурункали токсик гепатитнинг классик усуллари чақириш орқали амалга оширилади. Шу муносабат билан, тажриба шароитида жигарнинг сурункали касалликлари, шунингдек токсик моддалар таъсирида юзага келган жигар фибрози ҳамда циррозини чақириш усуллари такомиллаштириш муҳим аҳамият касб этади. Ҳар бир жигар патологияси учун қулай усулни ишлаб чиқиш борасида институтимизда қатор ишлаб олиб борилмоқда

Тадқиқот мақсади: турли юбориш йўллари орқали юзага келган сурункали токсик гепатитни қатор кўрсаткичлар бўйича солиштириш.

Тадқиқот усуллари ва объектлари: Сурункали токсик гепатит усуллари тажрибаларда тана вазни 100-150 г бўлган оқ зотсиз каламушларда оғиз бўшлиғига 50 мг/кг дозада хлорид кислотаси (рН 7,0) (100 г тана вазнига мос равишда 5 мг гелиотроп) билан бирга ҳафтасига бир маротаба 42 кун давомида юборилди. Тери остига эса гелиотроп 10 мг/кг ва 7 мг/кг дозада бир ҳафтада икки маротабадан 2 ҳафта давомида ҳамда 5 мг/кг дозада ҳафтада икки маротаба ва ушбу тарзда 25 кун давомида юбориш орқали чақирилиб тажрибанинг 60, 90 ва 120 кунлари давомида ҳайвонлар сўйилди ва қоннинг умумий, биокимёвий ва гистоморфологик шунингдек ўлим кўрсаткичлари бўйича солиштирилди.

Олинган натижалар: Тадқиқотлар натижасида гелиторин тери остига юборилганда оғиз орқали юборишга нисбаттан ўлимлар сонининг кўплиги, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлилида анемия ҳамда ферментлар, оксиллар микдорининг ортиши шунингдек гистоморфологик ўзгаришларнинг юзага келиш вақтининг қисқариши кузатилди.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, гепатотроп модда юқоридаги юбориш усулларида жигарда шикасланиш чақирди. Гелиотроп моддани оғиз орқали юбориш ҳайвонларда стрессни камайтириб терида чикастланишлар олдини олиши билан фарқланса, тери остига қўллаш эса тажриба шароитида қисқа вақт ичида жигар патологиясини юзага келтириш имконини беради.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С., Пулатова Н.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
гематологии*

Цель. Изучить особенности гена биотрансформации ксенобиотиков полиморфизма гена CYP3A4*1B при остром лимфобластном лейкозе.

Материал и методы. Исследование генетического полиморфизма гена CYP3A4*1B проведено у 20 неродственных пациентов узбекской национальности с клинически и лабораторно верифицированной резистентной формой ОЛЛ (медиана возраста 36,4±4,7 лет). Контрольную группу составили 30 условно здоровых неродственных лиц узбекской национальности сопоставимого возраста. Тестирование полиморфизма гена CYP3A4*1B проводилось на программируемом термоциклере фирмы «Applied Biosystems» 2720 (США), с использованием тест-систем компании «Литех» (Россия), согласно инструкции производителя. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi, Version 9.3».

Результаты. В основной группе больных ОЛЛ отмечалось статистически значимое повышение носительства неблагоприятного аллеля G и снижение дикого аллеля A по сравнению с контрольной группой. Соответственно, носительство G аллеля статистически значимо увеличивает риск формирования ОЛЛ в 5,9 раза ($\chi^2=39,0$; $P<0,05$; OR=5,9; 95% CI: 3,188-10,93).

В группе больных ОЛЛ гетерозиготный генотип A/G встречался в 4,5 раза чаще, чем в контроле и составил 28,2% против 6,4%, соответственно. При этом, данный генотип статистически значимо увеличивает подверженность риску развития резистентной формы ОЛЛ почти в 6 раз ($\chi^2=33,3$; $P<0,05$; OR=5,9; 95% CI 3,06-11,21). Также, значительным фактом является наличие 3 гомозигот по минорному аллелю среди больных ОЛЛ – 2,0% ($\chi^2=4,5$; $P=0,03$). Для сочетанных генотипов A/G + G/G показана явная статистически значимая ассоциация риска формирования резистентной формы ОЛЛ ($\chi^2=38,1$; $P<0,05$; OR=6,5; 95% CI 3,38-12,3).

Вывод. Замена в 5'-промоторном регионе -392A>G гена CYP3A4, (rs 2740574) приводящая к изменению экспрессии гена, статистически значимо повышает риск формирования резистентной формы ОЛЛ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Бабажанов Т.Ж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Хронический риносинусит - одно из самых распространенных заболеваний в патологии верхних дыхательных путей. Симптомы синусита значительно снижают качество жизни пациентов. Появляются такие жалобы, как затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль, изменяется обоняние, нарушается сон, снижается трудоспособность.

Актуальность изучения проблемы обусловлена еще и тем, что рост числа риносинуситов сопровождается увеличением заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой.

Целью исследования явилось исследование функции слизистой оболочки полости носа у больных с хроническими риносинуситами с помощью сахаринового теста.

Материал и методы: исследование проведено на базе кафедры отоларингологии Ташкентской медицинской академии. Обследовано 21 пациентов с хроническими заболеваниями околоносовых пазух. Пациентам были проведены следующие методы

исследования: эндоскопическое исследование полости носа, сахаринный тест, микробиологическое, исследование слизистой полости носа, рентгенологическое исследование околоносовых пазух.

Исследование функции слизистой оболочки полости носа у больных с хроническими синуситами проводили с помощью сахаринного теста. Небольшое количество индикаторного вещества (древесный уголь, синька) наносили на слизистую оболочку верхне- и средних носовых раковин и противоположные части носовой перегородки. Время перемещения индикаторного вещества до ротоглотки регистрировали по секундомеру, дифференцируя двигательную функцию мерцательного эпителия по 3-м степеням: I - до 20-30 минут, II - от 31 до 45 минут и III - более 50 минут.

Результаты показали, что у 21 обследованных больных с хроническим риносинуситом у 9 пациентов двигательная функция мерцательного эпителия соответствует I степени (средние значения 23-27 минут), у 11 соответствуют II степени (35-40 минут) и у 1 пациента – III степени (55 минут).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у больных с хроническими риносинуситами имеются нарушения мукоцилиарной функции слизистой оболочки.

РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМПОНЕНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА - АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ХОРЕЗМСКОМ ОБЛАСТЕ

Бекматова Ш.К, Режабов Б.Б

ТМА Ургенчский филиал, Волгаградский медицинский Университет

Актуальность. Динамика распространенности компонента метаболического синдрома - артериальной гипертензии и уровней артериального давления при нарушенной толерантности к глюкозе» рассмотрена значимость НТГ в развитии артериальной гипертензии. Для этого были проанализированы данные о популяционного проспективного наблюдения в течении 8 месяцев за репрезентативной выборкой из неорганизованного населения мужчин в количестве 80 человек. Через 8 месяцев после скрининга было осуществлено повторное обследование по унифицированной программе и стандартным методам исследования среди 25% выборки из этого контингента в количестве 30 человек.

Цель исследования

Изучить динамику основных компонентов метаболического синдрома

Результат исследования

Полученным данным, на старте исследования частота ПАГ при НТГ незначительно отличалась от частоты ПАГ при нормальной толерантности. Вместе с тем, частота ПАГ при СД оказалась в 3,1 раз выше, чем при нормальной толерантности. Среди лиц с НТГ АГ встречалась в 1,6 раз, а при СД в 1,8 раз чаще, чем при нормальной толерантности к глюкозе. Следует отметить, что выявленные различия оказались статистически значимы.

Динамика распространенности АГ среди лиц с НТГ и СД (в%)

В начале исследования			
Состояние толерантности	Норма	НТГ	СД
Состояние АД	n=204	n=117	n=11
Нет АГ	75,98	64,10	45,45
ПАГ	8,82	11,97	27,27 §

АГ	15,2	23,93 §	27,27 §
В конце исследования			
Состояние толерантности	Норма	НТГ	СД
Состояние АД	n=239	n=93	n=34
Нет АГ	61,76	41,94	8,82
ПАГ	18,07 *	20,43 *	52,94 *§
АГ	20,17	37,63 *§	38,24 *§

Примечание: *- достоверность различий показателей на старте и в конце исследования;

§-достоверность различий показателя относительно группы с нормальной толерантностью

В течении 8 месяцев распространённость АГ увеличилась во всех рассматриваемых группах. Однако, это увеличение в группах с нормальной и нарушенной толерантностью к глюкозе было неоднозначно. Частота АГ среди лиц с НТГ увеличилась в 1,6 раза ($P < 0,05$), а частота АГ в группе лиц с нормальной толерантностью изменилась незначительно.

Полученные данные свидетельствуют о том, что связь между распространённостью АГ и НТГ проявляется со временем, по мере увеличения возраста.

Вывод. Далее анализировались показатели распространенности АГ на старте исследования и через 8 месяцев среди лиц с НТГ различающихся в зависимости от нарушения 1 и 2 фаз гликемической кривой. Оказалось, что на старте исследования частота ПАГ при НТГ через 1 час после нагрузки глюкозой практически не отличалась от таковой при нормальной толерантности к глюкозе. У лиц с нарушением 2 фазы гликемической кривой частота ПАГ была несколько выше, чем при нормальной толерантности, однако эти различия оказались статистически не значимы. При сочетании нарушения 1 и 2 фазы гликемической кривой, а также у больных СД частота ПАГ была достоверно выше, чем при нормальной толерантности. Распространённость АГ при всех проявлениях НТГ была выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе, однако, эти различия оказались статистически не значимы.

Через 8 месяцев выявлены несколько иные ассоциации между нарушением различных фаз гликемической кривой и распространённостью повышенного АД. С одной стороны - общая распространённость ПАГ среди лиц с нарушением 1 фазы гликемической кривой, 2 фазы гликемической кривой и у больных СД, а также без НТГ увеличилась практически в 2 раза. С другой – наблюдается уменьшение частоты ПАГ в группе лиц с сочетанием нарушения 1 и 2 фаз гликемической кривой.

УДК 615.03:616.36-002(075)

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ ХИВА ТУМАНИ ТИББИЁТ БИРЛАШМАСИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ ФАРМАКОЭКОНОМИКАСИ

Бекчанова Ю. Х., Исмоилов С.Р.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бутун жахон тажрибасида илмий ишларни тахлил қилишда самарали деб тан олинган ва кенг қўлланилиш учун тавсия қилинган фармакоэкономик тахлил сифатида ABC/VEN тахлил усулларида фойдаланилади. Ушбу усул дори препаратларини маълум муддат давомида даволаш учун ишлатганда истеъмол қилиш ҳажмига боғлиқ ҳолда бизга

дори билан даволаш харажатларининг таркибини баҳолашга, гуруҳлар ёки синфлар бўйича харажатларнинг энг қиммат соҳаларини аниқлашга имкон беради.

Материал ва тадқиқот усуллари. 2013 йил давомида Хива ТТБ да ЖЦ билан стационарда даволанган 9 нафар беморни Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан харид қилиб олинган дори препаратларининг айрим хусусиятлари ABC/VEN таҳлили кўрсатилган.

Натижалар ва таҳлили. Хива ТТБ да ЖЦ билан касалланган беморларга 2013 йил давомида ишлатилган фармакотерапевтик воситалар жами 1 201 031,6 (бир миллион икки юз бир минг ўттиз бир сўм 60 тийин) сўмлик 29 номдаги турли-туман дори-дармонлар бўлиб, уларнинг 744 242,91 (етти юз қирқ тўрт минг икки юз қирқ икки сўм 91 тийин) сўмга харид қилинган 23 номдагиси давлат бюджети (Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан), 456 788,69 (тўрт юз эллик олти минг етти юз саксон саккиз сўм 69 тийин) сўмга харид қилинган 6 номдагиси беморларнинг ўз маблағлари ҳисобидан амалга оширилган.

Бунда беморларга қўлланилган А гуруҳга мансуб дори-дармонлар 6 номдаги 944 755,31 (тўққиз юз қирқ тўрт минг етти юз эллик беш сўм 31 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 79,0 фоизини ташкил этди. В гуруҳга мансуб дори-дармонлар 10 номдаги 179 689,13 (бир юз етмиш тўққиз минг олти юз саксон тўққиз сўм 13 тийин) сўмни ва жами харажатнинг 15,0 фоизини ташкил этади. С гуруҳга мансуб дори-дармонлар 13 номдаги 76 587,16 (етмиш олти минг беш юз саксон етти сўм 16 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 6,0 фоизини ташкил этди.

Хива ТТБ да ЖЦ билан стационар даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапиянинг VEN таҳлили натижалари қуйидагича бўлди: V гуруҳга, яъни ҳаёт учун ўта муҳим дорилар 9 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 837 340,68 (саккиз юз ўттиз етти минг уч юз қирқ сўм 68 тийин) сўмни ташкил этди. Е гуруҳга, яъни зарур бўлган дорилар 13 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 250 611,68 (икки юз эллик минг олти юз ўн бир сўм 68 тийин) сўмни ташкил этди. N гуруҳга, яъни аҳамиятга эга бўлмаган дорилар 7 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 113 079,24 (бир юз ўн уч минг етмиш тўққиз сўм 24 тийин) сўмни ташкил этди. Шунингдек, Хива ТТБ да ЖЦ билан стационар даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапиянинг ABC/VEN таҳлили биргаликда ўтказилди. Бунда ABC гуруҳларига кирувчи ҳар бир дори воситасининг VEN категориялари бўйича қандай жойлашганлиги ва уларнинг ўзаро бир-бирларига мослиги таҳлил қилинди. Мазкур тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, А гуруҳга киритилган дори воситаларининг 82 фоизи V категорияга, 12 фоизи Е категорияга ҳамда 6 фоизи N категорияга мансуб экан. В гуруҳга киритилган дориларнинг 27 фоизи V категорияга, 46 фоизи Е категорияга ҳамда 27 фоизи N категорияга, С гуруҳга киритилган дориларнинг эса 15 фоизи V категорияга, 71 фоизи Е категорияга ҳамда 14 фоизи N категорияга мансуб экан.

Хулоса:

Хива ТТБ да стационар шароитда даволанадиган ЖЦ билан ҳасталанган беморларни даволаш ишларининг олиб борилиши яхши йўлга қўйилганлигининг самараси дейиш мумкин.

УДК 615.03:616.36-002(075)

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ ХОНҚА ТУМАНИ ТИББИЁТ БИРЛАШМАСИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ АВС, VEN- ТАҲЛИЛЛАРИ ОРҚАЛИ ФАРМАКОИҚТИСОДИЙ ЖИҲАТДАН БАҲОЛАШ

Бекчанова Ю. Ҳ., Исмоилов С.Р.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бугунги кунга келиб, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари ўта долзарб ва мураккаб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. АВС VEN таҳлиллари – бу дори-дармон сотиб олишда моддий ресурслардан фойдаланишни мониторинг қилиш имконини берадиган клиник ва иқтисодий ҳамда сифатини баҳолаш учун ишлатиладиган тадқиқотлар туридир

Материал ва тадқиқот усуллари. 2013 йил давомида Хонқа ТТБ да ЖЦ билан стационарда даволанган 7 нафар беморни Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан харид қилиб олинган дори препаратларининг айрим хусусиятлари АВС/VEN таҳлили кўрсатилган.

Натижалар ва таҳлили 2013 йил давомида ишлатилган фармакотерапевтик воситалар жами 1 097 042,85 (бир миллион тўқсон етти минг қирқ икки сўм 85 тийин) сўмлик 25 номдаги турли-туман дори-дармонлар бўлиб, уларнинг 813 890,27 (саккиз юз ўн уч минг саккиз юз тўқсон сўм 27 тийин) сўмга харид қилинган 19 номда-гиси давлат бюджети (Хоразм вилояти “Дори-дармон” ХЖ томонидан), 283 152,58 (икки юз саксон уч минг бир юз эллик икки сўм 58 тийин) сўмга харид қилинган 6 номдагиси беморларнинг ўз маблағлари ҳисобидан харид қилинган.

АВС таҳлили амалга оширилди, унда А гуруҳга мансуб дори-дармонлар 4 номдаги 887 581,06 (саккиз юз саксон етти минг беш юз саксон бир сўм 06 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 81,0 фоизини ташкил этди. В гуруҳга мансуб дори-дармонлар 8 номдаги 160 981,62 (бир юз олти миш минг тўққиз юз саксон бир сўм 62 тийин) сўмни ва жами харажатнинг 14,5 фоизини ташкил этади. С гуруҳга мансуб дори-дармонлар 13 номдаги 48 480,17 (қирқ саккиз минг тўрт юз саксон сўм 17 тийин) сўмни ва бу жами харажатнинг 4,5 фоизини ташкил этди.

Хонқа ТТБ да ЖЦ билан стационар даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапиянинг VEN таҳлили (3.3.12- ва 3.3.14-жадваллар) натижалари қуйидагича бўлди: V гуруҳга, яъни ҳаёт учун ўта муҳим дорилар 6 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 516 151,63 (беш юз ўн олти минг бир юз эллик бир сўм 63 тийин) сўмни ташкил этди. Е гуруҳга, яъни зарур бўлган дорилар 10 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 507 657,36 (беш юз етти минг олти юз эллик етти сўм 36 тийин) сўмни ташкил этди. N гуруҳга, яъни аҳамиятга эга бўлмаган дорилар 9 номда бўлиб, уларнинг умумий миқдори 73 233,86 (етмиш уч минг икки юз ўттиз уч сўм 86 тийин) сўмни ташкил этди.

Шунингдек, Хонқа ТТБ да ЖЦ билан стационар даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапиянинг АВС/VEN таҳлили биргаликда ўтказилди. Бунда АВС гуруҳларига қиравчи ҳар бир дори воситасининг VEN категориялари бўйича қандай жойлашганлиги ва уларнинг ўзаро бир-бирларига мослиги таҳлил қилинди. Мазкур тадқиқот натижаларининг кўрса-тишича, А гуруҳига киритилган дори воситаларининг 52 фоизи V категорияга, 48 фоизи E категорияга мансуб экан, N категорияга мансуб бўлган препарат бўлмади. В гуруҳига киритилган дориларнинг 29 фоизи V категорияга, 30 фоизи E категорияга ҳамда 41 фоизи N категорияга, С гуруҳига киритилган дориларнинг эса 23 фоизи V категорияга, 62 фоизи E категорияга ҳамда 15 фоизи N категорияга мансуб экан.

Хулоса:

Қайд этилган фикр-мулоҳазалардан 2013 йил давомида Хонқа ТТБ да ЖЦ билан стационарда даволанган беморларда ўтказилган фармакотерапия олиб борилиши яхши йўлга қўйилганлигининг самараси деб қараш мумкин.

НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁГЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ АХОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛИШИ ВА БОНДЖИГАР ПРЕПАРАТИНИНГ БУ КАСАЛЛИҚДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Джуманиязова Г.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги .Ўзбекистон шароитида жигарнинг алкогольсиз ёғли гепатози касаллиги кенг тарқалган бўлиб, аҳолида кўп учрайдиган, жигар фаолиятини аста секин пасайишига олиб келувчи касалликдир. Масаланинг долзарблиги шундаки аҳоли яшаш шароити яхшиланиши кўрсаткичлари ошиб бораётганлигига коррелацион тарзда бу касаллик тарқалиши ҳам кўпайиб бормоқда ва аҳоли ўртасида жигар етишмовчилигидан келиб чиқувчи ногиронликларни кўрсаткичининг ҳам ошишига олиб келмоқда.

Мақсад. ВКТТМ гастроэнтерология бўлимида жигарнинг алкогольсиз ёғли гепатоз касаллигини метаболик синдромга боғлиқлигини ўрганиш ва касаллик клиникаси, лаборатория анализлари(қон биохимик анализидаги умумий билирубин, АЛТ, АСТ, ишкорий фосфатаза, қонда глюкоза миқдорини ва триглицеридемияни аниқлаш.

Кутилаётган натижа. Маълум бир контингент ўртасида бу касалликни тарқалишининг кўрсаткичини аниқлаш ва традицион даволашга бонджигар препаратини ҳам қўллаш орқали касалликни эрта босқичида аниқлаш.

Натижа. Текширилаётган 54 та аҳолининг 30 тасини аёллар ташкил қилиб, эркакларни ўртача ёши 30- 60 ёшни ташкил қилди.Аёлларни ўртача ёши 28-65 ни ташкил қилди. Текширилган гуруҳлардаги кўрсаткичлар бўйича 55 ёшлардаги 30 та аёлда 18 тасида, 50-65 ёшли эркакларнинг 9 тасида ортикча вазн, гипертоник босимни ошиши,бта аёл ва бта эркакда гиперхолестеринемия,8 та аёл ва бта эркакда қон биохимик анализида АЛТ,АСТ,умумий билирубин ошиши, қондаги глюкоза миқдорини ошиши,ишкорий фосфатазани кўпайиши аниқланди. 23 та аёл ва 20 та эркакда УЗДа жигар диффуз гиперэхогенлиги ошиб, томирлар визуализацияси ёмонлашган , 5 та аёл ва 2та эркакда ичак дисбактериози аниқланди. Текшириш натижасига қараганда жигарнинг алкогольсиз ёғли гепатоз касаллиги 50-60 ёшли контингент орасида кенг тарқалган бўлиб, кўпрокаёлларда аниқланди. Гепатопротекторлардан Бонджигар , витаминлар (Е,К,А,Бгуруҳлари), метаболиклар, пробиотиклар, эубиотиклар тавсия қилинди.Бонджигар 2 капсуладан 3 марта 1 кунда 3хафта давомида, Метформин (Сиофор) 500-2550 мг, Дюфалак кунига уч маҳал уч ой давомида берилди Бундан хулоса чиқариш мумкинки, алкогольсиз жигарнинг ёғли гепатоз касаллиги қандли диабет касаллиги билан боғлиқ бўлиб, касалликни дастлабки босқичида ташхисни тўғри қўйиб,вақтида даволаш бу касалликни кейинги босқичларга ўтишини тўхтатади.

РЕВМАТОИД АРТРИТДА СТЕРОИД ОСТЕОПАРОЗНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Джуманиязова З. Ф., Мадаминов Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ревматоид артрит (РА) – бириктирувчи тўқималарнинг тизимли касаллиги бўлиб, мураккаб аутоиммун номаълум этиологияли эрозив-деструктив полиартрит туридаги майда бўғимларнинг шикастланиши билан номоён бўлади. Бу касаллик кенг тарқалган бўлиб кўпинча жуда эрта (70%) юқори ногиронлик билан тавсифланади. Аҳолида РА тарқалиши 0,5-1,5% ни ташкил қилади. Аёллар эркакларникига қараганда 2-5 марта кўпроқ касал бўлиб.

Ҳозирги вақтда синтетик ва табиий глюкокортикостероид (ГКС)лар турли хил касалликлар учун замонавий терапия воситалари сифатида киритилган. Улар аутоиммун

жараёнларни даволаш, орган патологияси нафас олиш, ошқозон-ичак тракти, трансплантология, онкология ва бошқаларда фаол қўлланилади. Ривожланган мамлакатларнинг ката ёшли аҳолиси орасида 0,5-1,0% и ГКСларни систематик равишда қабул қилган. Беморларнинг аксарияти қисқа муддатли курсларда ГК билан даволанади, аммо беморларнинг 22 фоизида терапия 6 ойдан кўпроқ, 4 фоизида эса 5 йилдан ортик давом этади.

ГКС терапиянинг энг куп учрайдиган нохуш асорати бу остеопароздир. ГКСлар таъсирида пайдо бўлган остеопороз иккиламчи остеопарознинг энг кенг тарқалган ва дори таъсирида пайдо бўлган остеопарознинг асосий кўринишидир.

Кальций препаратларини қабул қилиш монотерапия сифатида остеопарозга ижобий таъсир кўрсатади. Дори препаратлари орасида фойдаланиш афзал препаратлар булар Д витамин ва кальций препаратларин бирлашмаси ҳисобланади. Кальций Д3 Нйкомед - клиник самарадорлиги тасдиқланган дори, кальцийнинг кунлик оптимал дозаларига эга карбонат ва Д3 витамини. Кальций ва Д витамини препаратлари таркибига киритилган.

Кальций препаратининг суткалик дозасини 2-3 марталик дозага бўлиш керак (ҳар бири 500-600 мг). Д витамини кўшимчасининг тавсия этилган дозаси кунига 600 дан 800 бирликгача. Д витамини этишмовчилиги бўлган беморлар юқори дозаларни талаб қиладилар. Д витамини ҳар куни қабул қилиниши керак. Бу кальций ва магнийнинг тўғри сурилишини таъминлашга ёрдам беради.

Кальций ва Д витаминлари бирлашмаси ГКС қабул қилишни бошлаган барча беморлар учун асосий прафилактика учун комплекс даволанишда қўлланилади.

Шундай қилиб, ГКСлар ханузгача РА учун муҳим фармакотерапия усули ҳисобланади. Аммо ГКС билан даволашни фақат ГКС терапиясининг барча ижобий ва салбий томонларини ҳар томонлама баҳолаш ва унинг мумкин бўлган оқибатлари тўғрисида бемор билан жиддий суҳбатлашгандан сўнг бошлаш мумкин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИН В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Джуманиязова З. Ф., Шерметов Р.А.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Актуальность. Сердечно-сосудистая патология является основной причиной заболеваемости и смертности в Узбекистане. Ежегодно по этой причине умирают более 1000 человек на 100 тыс. населения. В большинстве случаев непосредственной причиной смерти пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС). Учитывая данный аспект, одно из наиболее перспективных новых направлений лечения использование природного предшественника NO-аргинина. Это незаменимая аминокислота, которая является активным клеточным регулятором многих жизненно важных функций организма

Цель работы. Оценка эффективности и безопасности использования L-аргинина (Тивортин, ООО „Юрия-Фарм“, Украина) в комплексной терапии больных со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса.

Материалы и методы Проведено динамическое наблюдение и лечение 15 пациентов (6 мужчин, 9 женщин) в возрасте 55-65 лет, со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Из них у 10 (66,67%) была стенокардия напряжения II ФК, у 5 (33,34%) - III ФК. Обследуемые больные получали общепринятую базисную терапию, которая включала статины, бета блокаторы, ацетилсалициловую кислоту, ингибиторы АПФ в оптимальных дозах в течение не менее месяца до включения в исследование и не изменялась на протяжении всего курса наблюдения. При приступах стенокардии использовались нитраты короткого действия. В течение 10 дней больным ежедневно проводили инфузию 4,2% 100 мл раствора тивортина.

Также клинически изучалась динамика количества приступов стенокардии за сутки до и после курса лечения.

Результаты. Для оценки эффективности лечения важным является количество приступов стенокардии за сутки и количество принятых таблеток нитроглицерина. В результате лечения у всех пациентов наблюдалось уменьшение приступов стенокардии за сутки с $4,26 \pm 0,57$ до $2,01 \pm 0,25$ ($p < 0,001$) и уменьшение количества принятых таблеток нитроглицерина с $6,21 \pm 0,67$ до $3,75 \pm 0,28$ ($p < 0,001$). Важную роль в оценке эффективности лечения пациентов с ИБС: стенокардией напряжения играет анализ интенсивности боли самим пациентом. На фоне проведенного лечения отмечалось достоверное увеличение ($p < 0,001$) повседневной деятельности, которая была ограничена влиянием боли (с $14,69 \pm 1,08$ до $20,01 \pm 1,14$). Тивортин хорошо переносился всеми больными, значительные побочные эффекты при использовании препарата отмечены не были.

Заключение. Добавление препарата Тивортин к базисной терапии стабильной стенокардии напряжения II-III ФК позволяет повысить толерантность к физической нагрузке, уменьшить количество приступов стенокардии за сутки, что способствует улучшению качества жизни.

ҚОН ЗАРДОБИДАГИ АНТИОКСИДАНТ ҲИМОЯ ТИЗИМИ ФЕРМЕНТЛАРИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШИ

Дусчанова Р.Й., Аллаберганов М.Ю., Ражабова Ж.И., Сапаева Ш.Т., Бекова Н.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади. Олимлар томонидан оксидланиш жараёнларининг фаоллашиши меъда яралари келиб чиқишига бевосита алоқадор эканлиги исботланган. Бу жараёнларининг интенсификацияси хужайра мембраналарига шикастлантирувчи таъсир кўрсатиб, уларнинг метаболизмни издан чиқарувчи токсик маҳсулотлар тўпланишига олиб келади, бу эса бошқа омиллар билан биргаликда яра ҳосил бўлишининг бевосита сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Буларни ҳисобга олган ҳолда тадқиқотларимизда бензкетозон, глицирам ва метилурацилларнинг каламушларда иммобилизация стресс ёрдамида чақирилган меъда яраларида уларнинг қони зардобидаги антиоксидант ҳимоя тизими ферментлари функционал ҳолатига таъсири ўрганилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Препаратлар таъсирида мазкур кўрсаткич интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан маълум миқдорда ошган бўлишига қарамасдан, назорат гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан ишонarli да ражада камайганлиги маълум бўлди. Метилурацил таъсирида ҚД миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан 26 % га ошди, назорат гуруҳига нисбатан 23 % га пасайди. Глицирам ушбу кўрсаткичга кучлироқ таъсир қилиб, қон зардобидаги ҚД миқдорини интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан меъёрлаштирди, назорат гуруҳига нисбатан эса 38 % га пасайтирди. Бензкетозон 75 мг/кг дозада ишлатилганда ҚД миқдорига энг кучли таъсир кўрсатди. Бунда ушбу кўрсаткич интакт гуруҳ ҳайвонлариникига деярлик тенглашди, назорат гуруҳи ҳайвонлариникидан эса 38 % га паст бўлди.

Иммобилизация натижасида тадқиқ қилинаётган воситалар таъсирида назорат гуруҳига нисбатан камроқ даражада ошиши ҳамда интакт ҳайвонлар гуруҳи натижаларига яқинлашиши кузатилди. Метилурацил таъсиридаги каламушларнинг қони зардобида МД миқдори интакт гуруҳга нисбатан эса 2,7 марта (265 % га) юқорилигича қолди, назорат гуруҳига қараганда 28 % га пасайди. ЛПО нинг ушбу маҳсулотига глицирамнинг самараси сезилarli даражада кучлироқ бўлиб, унинг таъсирида қон зардобидаги МД миқдори интакт ҳайвонлар гуруҳига нисбатан 24 % га ошганлигича қолди, назорат гуруҳига қараганда эса 66 % га пасайди.

Хулоса. Имобилизация стресс ёрдамида каламушларда ҳосил қилинган меъда яралари уларнинг қони зардободаги липидлар пероксидли жараёнларининг кескинлашуви ҳамда ундаги антиоксидант ҳимоя тизими-нинг пасайиши билан бирга кечар экан. Ушбу ҳолатларда қўлланилган бенз-кетозон эса қайд этилган бузилишларни сезиларли даражада камайтирар экан.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Жарылкасынова Г.Ж., Ходжиева Г.С., Джунаидова А.Х.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Бухара, Узбекистан

Введение. Неадекватное соблюдение режима приема препаратов железа (ПЖ) является вероятной причиной неэффективности терапии анемии. Приверженность, или комплаенс, пациента лечению обычно определяется как степень соблюдения пациентами предписаний врачей. Недостаточный комплаенс является распространенным явлением и проблемой для систем здравоохранения многих стран. По данным ВОЗ, в развитых странах только 50% пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, в течение длительного времени в точности соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах показатель еще ниже.

Цель исследования. Изучить различные аспекты приверженности лечению у пациентов с железодефицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы исследования. Массовое исследование комплаенса пациентов проводилось в период с 2019 по 2021 годы на территории 4 областей Республики: Бухарской, Кашкадарьинской, Навоийской и Республике Каракалпакстан. Объектом исследования являлись пациенты с ЖДА. Исследования проводились путем анкетирования на базе крупных амбулаторных учреждений 4 указанных областей. Возраст пациентов, которые проходили анкетирование составлял от 18 до 60 лет. Всего было обследовано 2000 пациентов с ЖДА, по 500 пациентов в каждой области. Исследование проводилось на основании опросника «Уровень комплаентности».

Результаты. Результаты анкетирования по опроснику «Уровень комплаентности» в общей выборке пациентов в 4 областях показали, что высокий уровень приверженности отмечался лишь у 59% опрошенных, в то время как у 3,6% приверженность оказалась низкой, а у 37,3% - средней. Если рассматривать уровень приверженности по областям, то становится ясно, что наиболее низкие показатели зафиксированы в Кашкадарьинской области, а наиболее высокие в Навоийской.

Особый интерес представляло изучение отдельных аспектов комплаенса. Опросник «Уровень комплаентности» построен таким образом, что при помощи него возможно оценить 3 вида комплаентности: социальную, эмоциональную и поведенческую. Результаты исследования показали, что наиболее выражено снижение поведенческого аспекта, что проявляется в невнимательности или несерьезном отношении пациента к терапии. Доля пациентов с низким уровнем поведенческой комплаентности оказалась равна 42,8%. У 35,8% пациентов был определен средний уровень поведенческой комплаентности, в то время как у 21,4% пациентов уровень был высоким.

Анализ социальной комплаентности показал, что у 42,1% пациентов уровень соответствовал высокому, у 54,5% уровень соответствовал среднему и у 3,5% пациентов определялся низкий уровень. Анализ эмоциональной комплаентности показал, что низкий уровень определялся лишь у 4% пациентов. Наиболее высокая доля пациентов (58%) имела средний уровень эмоциональной комплаентности, в то время как у 38% пациентов был отмечен низкий уровень. Анализ поведенческой комплаентности показал, что почти во всех областях доля пациентов с ЖДА, у которых низкий показатель составила более 40% и

составляла основную часть пациентов. При этом доля пациентов с высоким уровнем поведенческой комплаентности была наименее значимой во всех исследованных областях.

Выводы. Таким образом, на основании массового анкетирования было определено, что высокого уровня комплаентности придерживались лишь 59% опрошенных пациентов с ЖДА. При этом у респондентов был определен выраженный дефицит поведенческого комплаенса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА КРЕЗОДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Собиров Ю.А., Абасния С.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии г.Ургенч, Узбекистан

Актуальность работы: Лечение хронического верхушечного периодонтита является одной из важных и не полностью решенных проблем клинической стоматологии. Несмотря на совершенствование эндодонтического лечения и технологии появления большого арсенала лекарственных средств, процесс восстановления функции зубов остается актуальным. Учитывая, что периапикальные очаги воспаления при хронических формах периодонтитов могут приводить к развитию хронических одонтогенных очагов инфекции организма, что требует поиск имеющий тенденции к снижению.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 20-64 лет. Диагноз хронического верхушечного периодонтита ХВП был поставлен после выяснения жалоб и объективного осмотра больных. Состояние периодонта и костной ткани изучали с помощью рентгенографии. 20 больных, составивших основную группу, лечились с применением раствора крезодента, 10 пациентов контрольной группы получали лечение с применением препарата 1% йодиола. Крезодент содержит в своём составе хлорфенол, активное бактерицидное вещество, камфору, дексаметазон 01%, смягчающий действие фенолов, обладающий седативными свойствами. Лечение заключалось во вскрытии полости зуба. Механическая обработка корневых каналов проводилась эндодонтическими инструментами: K-File, K-Reamer №15-40 пациентам основной группы и контрольной группы. Для пломбирования корневых каналов использовали пломбировочный материал для корневых каналов ТИОДЕНТ. После пломбировки осуществляли рентгенологическое исследование. Всего было вылечено 30 зуба с ХВП 22 однокорневых, 8 многокорневых. Ватные турунды на корневой игле пропитывали антисептиком и 4-5 –кратно обрабатывали корневой канал до исчезновения запаха.

Результаты: Анализ клинических результатов показал, что при ХВП раствор крезодента примененный в качестве антисептика оказал благоприятное действие на микробную флору корневых каналов. После оставления турунды с раствором крезодента(герметично) больные жалоб не предъявляли. Через 3 дня при отсутствии жалоб повязки удаляли, корневые каналы просушивали и пломбировали. У лиц контрольной группы, которые лечились с применением 1% йодиола жалобы на боль отсутствовали. Гиперемии и отека окружающих зуб тканей не наблюдалось, корневые каналы пломбировали во второе посещение.

Выводы: Рентгенологическое исследование показало, что у больных, леченных в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения (6, 8, 12 месяцев) обострения процесса не наблюдалось. Таким образом, применение раствора крезодента при лечении хронических форм периодонтитов эффективно в отношении различных микробов. Не вызывает аллергические реакции, благотворно влияет не только на макро-

ПЕРСониФИЦИРОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Сорокина Ю.А., Мосина А.А., Ловцова Л.В.

ФГБОУ ВО " Приволжский исследовательский медицинский университет" Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Провести фармакогенетическое тестирование по eNOS3 C786T (rs 2070744) и определение инсулинорезистентности с целью персонифицирования применения метформина у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2 типа).

Материалы и методы. Наблюдение за динамикой эффективности фармакотерапии в прогрессе заболевания в зависимости от генотипа пациента при поступлении в порядке плановой госпитализации (200 пациентов) с длительностью диагностированного сахарного диабета 2 типа от 5 до 15 лет после подписания информированного согласия. Гликированный гемоглобин (HbA1c) определяли на жидкостном хроматографе Bio-Rad со стандартными наборами (Франция). Уровень С-пептида оценивали с помощью диагностических иммуноферментных тест-систем «Mercodia C-peptide ELISA specific». ОНП гена eNOS3 C786T (rs 2070744) определяли методом ПЦР в реальном времени при использовании наборов (ООО НПФ «Литех», Россия). Использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10.1. Характер распределения отличался от нормального. Применялись непарметрические методы анализа. Различия между независимыми группами - U критерий Манна-Уитни и ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Различия между зависимыми группами - критерий Вилкоксона парных сравнений. Статистическая значимость при $p < 0,05$. Расчет показателей Гомеостатической Модели 2 (НОМА2) проводился при помощи специализированного приложения (ver 2.2.3, The Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism). Использован метаболический индекс (МИ) для оценки глюко-липотоксичности.

Результаты. При средней длительности СД 2 типа 10 лет у изученной группы пациентов целевой показатель 7,5%. При этом среди пациентов с СС 80% достигли и удерживают уровень HbA1c даже ниже целевого при применении метформина в дозе 1700 мг в сутки. Ни один из представителей гаплотипов изученного полиморфного гена (ТС и ТТ) не достиг целевых значений и разница составляет более 1,5% , что требует значительной интенсификации, в том числе инсулинотерапии. При наличии любого из трёх гаплотипов у пациентов за 10 лет течения заболевания повысилась инсулинорезистентность (ИР), по сравнению с нормой, в 2 и более раза, при этом минимальные изменения – при наличии гаплотипа СС, максимальные при наличии ТТ.

У пациентов с гаплотипом СС отмечались по сравнению с другими гаплотипами: максимальная функция бета клетки, при этом минимальный МИ. Применение метформина при наличие данного гаплотипа у пациента обеспечивает бета – протективное действие и лучший метаболический контроль у больных сахарным диабетом 2 типа. У пациентов с СС гаплотипом несмотря на высокие показатели функционирования бета-клеток, индекс периферической ИР (НОМА2-IR) и чувствительности сравним с другими представителями. Это может свидетельствовать о том, что несмотря на достаточную компенсацию углеводного обмена, истощение бета-клеток медленно, но прогрессирует. При наличии ТТ гаплотипа у пациентов отмечен максимальный МИ.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости персонифицированного подхода при назначении сахароснижающей терапии при помощи фармакогенетического тестирования с целью снижения прогрессирования инсулинорезистентности.

ФАРМАКОГЕНЕТИКА У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Закирова У.И.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день рекуррентное течение обструктивного бронхита широко распространено среди детского населения. В терапии бронхиальной обструкции широко используют β 2-агонисты короткого действия, куда относится препарат сальбутамол (вентолин). Действие бета-2-агонистов основано на стимуляции адренергических рецепторов. Существующие отдельные полиморфизмы гена ADRB2 приводят к изменениям аминокислотной последовательности β 2-адренорецептора, которое приводит к нарушению его функциональных свойств. Данное явление влечет за собой либо отсутствие бронхолитического эффекта, либо нежелательные побочные проявления. Предпринимаемые многочисленные исследования гена ADRB2 расширяют наши представления о возможностях повышения эффективности фармакотерапии бронхолегочных заболеваний.

Целью исследования явилось оценка клинической значимости полиморфизма нуклеотидов гена ADRB2 с терапевтическим ответом на β 2 -агонисты для детей с рецидивирующим бронхитом(РБ), протекающий с синдромом бронхиальной обструкции.

Эффективность препарата сальбутамола (вентолин) изучали на 85 больных с рецидивирующей бронхиальной обструкцией(РБО) в возрасте от 6 до 15 лет проведением провокационного теста при спирометрическом исследовании.

Результаты исследования клинической значимости полиморфизма нуклеотида Arg16Gly гена ADRB2 с терапевтическим ответом на β 2 –агонисты у детей с РБО(n=85) показали: высокая эффективность сальбутамола у 72,9% и низкая-27,1%; среди детей с высокой эффективностью сальбутамола обнаружены в наибольшем количестве представители генотипа A/G (48,4%) и A/A (43,5%) Arg16Gly; низкая эффективность сальбутамола обнаружена в наибольшем количестве у носителей мутационного генотипа G/G (56,5%) по отношению к A/A(26,1%) и AG(17,4%). Следовательно, у детей с РБО носителей гетерозиготного генотипа A/G и A/A нуклеотида Arg16Gly гена ADRB2 отмечается высокая эффективность терапии препаратом сальбутамола как бронхолитического средства.

Таким образом, в группе детей с РБО носителей гетерозиготного генотипа A/G нуклеотида Arg16Gly Gln27Glu гена ADRB2 отмечается высокая эффективность терапии сальбутамолом как бронхолитического средства, а у представителей генотипа G/G низкая. Выявление носителей клинически значимых вариантов гена ADRB2 у детей с РБО поможет избежать неэффективного лечения и основанием для альтернативной терапии.

ОПРЕДЕЛИТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОБАВЛЕНИЯ МЕЛАТОНИНА К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ГОРМОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Многочисленные данные свидетельствуют о роли мелатонина в физиологии яичников, в том числе развитии фолликулов, овуляции, созревании ооцитов и поддержании желтого тела. Мелатонин обеспечивает адаптацию эндогенных биоритмов к постоянно меняющимся условиям внешней среды.

Цель исследования – оценить роль мелатонина в патогенезе гормонального бесплодия и разработать схемы комбинированной терапии с его применением.

Материалы и методы: исследование двух независимых выборок пациенток от 20 до 35 лет. В первую выборку включены женщины с гормональной бесплодием (n=60). Вторая выборка (группа контроля) состояла из здоровых женщин без нарушений менструального цикла (n=30).

Результаты исследования: выявлена общая тенденция к повышению концентрации ЛГ у пациенток с СПЯ, при этом показатели ФСГ значительно не отличались по подгруппам, а уровень тестостерона был повышен в обеих группах СПЯ. Уровень АМГ оказался статистически значимо выше в обеих группах СПЯ при сравнении с контролем, а ИМТ не влиял на показатели. Для пациенток с синдромом поликистозных яичников было характерно более высокое содержание мелатонина в крови, уровня 6-сульфатоксимелатонина в суточной моче и более низкие концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости. Сниженная концентрация мелатонина в фолликулярной жидкости при сопутствующем ей повышении концентрации того же параметра в крови позволяет предположить возможное компенсаторное повышение уровня мелатонина в крови. Снижение концентрации мелатонина в фолликулярной жидкости у женщин с СПЯ может приводить к ановуляции. Следствием дефицита мелатонина в яичнике и его повышения в крови также служит увеличение содержания 6-сульфатоксимелатонина в моче по принципу предположительной отрицательной обратной связи.

Вывод: на развитие ановуляции при СПЯ влияет нарушение взаимосвязи мелатонина, определяемого в крови, и мелатонина яичников, а также гиперандрогения и повышенный уровень АМГ (коррелирует с уровнем мелатонина в крови). Синтетический аналог мелатонина в комбинированной терапии СПЯ позволяет в 2,7 раза повысить эффективность консервативной терапии и преодолеть кломифен-резистентность в циклах стимуляции овуляции.

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИИ НА ОРГАНИЗМ

Садуллаев О.К., Исмаилова Х.Г.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

В настоящее время, у всех людей не зависимо от возраста имеется потребность к использованию лекарственных препаратов, и к сожалению не правильный диагноз, лечение и применение этих препаратов может привести главным образом отрицательным последствиям микрофлоры желудочно-кишечного тракта и вследствие чего уже может повреждаться и другие системы организма человека.

Согласно результатам исследования, в котором изучалась взаимосвязь между рядом широко применяемых препаратов и микрофлорой кишечника, антибиотики- не единственный класс лекарственных средств, нарушающих микрофлору кишечника. Есть и другие факторы, то есть использование просроченных, или же применение больших доз лекарств или даже в малых дозах и другие причины. Причина обращения к врачу 2-3% больных, 3% нуждаются в оказании помощи в условиях отделения интенсивной терапии. Чаще всего причины госпитализации — это лекарственные препараты которые дали побочные реакции на сердечные гликозиды, ацетилсалициловую кислоту, глюкокортикоиды, мочегонные, гипотензивные средства и непрямые антикоагулянты, и все это происходит через желудочно-кишечный тракт, где и происходит расщепление лекарственных препаратов. Также имеются возможности поражения любого отдела ЖКТ из-за использования просроченных лекарственных препаратов- от полости рта до прямой кишки. Различные желудочно-кишечные симптомы { изжога, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, гастралгии } испытывают от 10% до 40% больных, при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) гастропатии (эрозии, язвы) регистрируется у 15-30% обследованных, тяжелые осложнения в виде прободений, перфораций, кровотечений- у 0,5-3%, поражение тонкой, толстой кишки, печени отмечается у 1-5% пациентов.

Таким образом, мы предлагаем врачи должны осуществлять контроль за нежелательными эффектами, так как эти последствия зависят от приема препарата. Пациенту также должна быть предоставлена необходимая информация о возможных нежелательных эффектах и методах самоконтроля в процессе лечения.

ТЕРИДА ТЕРМИК ЙЎЛ БИЛАН КУЙДИРИЛГАН ЖАРОХАТ БИТИШИГА БЕНЗКЕТОЗОННИНГ ТАЪСИРИ

Қаландарова У.А., Аллаберганов М.Ю., Бекчанова Ю.Х., Латипова Ш.Б., Ёрунов Р.Х.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади. Тадқиқотларимизда ЎзР кимё-фармацевтика илмий-текшириш институтида синтез қилинган бензкетозон препаратидан фойдаланилди. Бензкетозоннинг куйдирилган ярага битказувчи хусусиятларини ҳамда таъсир механизмининг айрим томонларини олдиндан маълум бўлган метилурацил препаратлари билан таққослаб ўрганилди.

Материал ва усуллари. Тадқиқотларимизда вазни 160-230 г бўлган оқ, зотсиз каламушлардан фойдаланилди. Каламушлар терисида термик йўл билан куйдириш чақирилди. Бензкетозон кукун шаклида 50 ва 75 мг/кг миқдорда ишлатилди. Олинган натижалар Стьюдент критерийлари бўйича статистик жиҳатдан ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида назорат гуруҳидаги каламушлар терисида куйдириш йўли билан ҳосил қилинган яраларнинг ўртача битиш муддати 21,8 кунни ташкил қилди. Яралар пайдо бўлганининг 6-кунидан бошлаб юбориб турилган метилурацил ҳамда бензкетозон таъсирида эса яралар битиш муддатининг сезиларли даражада қисқаришига эришилди. Жумладан, бензкетозонни 50 ва 75 мг/кг дозада қўлланилганда яраларнинг битиш муҳлати тегишлича 16,6 ва 14,0 кунни ташкил қилди ва бу мазкур муддатни назорат гуруҳига нисбатан мос тарзда 24 ҳамда 34 % га қисқартирди. Метилурацилни 75 мг/кг дозада қўлланилганда эса яраларнинг битиш муддати 15,8 кунни ташкил қилди ва ушбу муҳлатни 28 % га қисқартирди. Яраларнинг қисқа вақтда битиш муҳлати бензкетозон 75 мг/кг дозада қўлланилганда кузатилиб, назоратга нисбатан 8 кунга камайтирганлиги ва метилурацилга нисбатан 11,4 % га қисқартирганлиги сабабли бу унинг метилурацилдан ишонарли даражада устун эканлигидан далолат беради.

Бензкетозон териси куйдирилган ҳайвонларга бундай самарали таъсирини унинг липидларда пероксидли оксидланиш маҳсулотларининг қон зардобидидаги ошиб кетган миқдорини камайтириши ва антиоксидант ҳимоя ферментларининг пасайиб қолган фаоллигини ошириши ҳисобига репаратив регенерациясини тезлаштириши билан боғлаш мумкин.

Хулоса. Куйдирилган тери жароҳатларининг энг қисқа вақтда битиш муҳлати бензкетозон 75 мг/кг дозада қўлланилганда қайд қилиниб, назорат гуруҳига нисбатан саккиз кунга камайтирганлиги ва метилурацилга нисбатан 11,4 % га жароҳатларнинг битиш муддатини қисқартирганлиги аниқланди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ, НАЗНАЧАЕМЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕТЯМ С ПНЕВМОНИЕЙ И ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Каримджанов И.А., Мадрахимов П. М.
*Ташкентская медицинская академи,
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академи*

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется около 115 млн случаев заболевания пневмонией у детей, причем из них

примерно 1,4 млн погибают в возрасте до 5 лет. [4] Основой лечения внебольничных пневмоний (ВП) является антимикробная терапия, стратегия которой относится к числу сложных и до конца еще не решенных вопросов современной пульмонологии. [19]

Амоксициллин, согласно как международным, так и отечественным рекомендациям, является препаратом выбора для лечения большинства внебольничных инфекций респираторного тракта у детей. Тем не менее практика назначения антибиотиков на догоспитальном этапе в разных странах демонстрирует низкий уровень следования стандартам лечения внебольничных пневмоний и острого среднего отита (ОСО).

Цель исследования: изучить спектр антибиотиков, назначаемых на амбулаторном этапе детям с пневмонией и ОСО, а также оценить их эффективность.

Методы. Дизайн работы — наблюдательное исследование когорты детей, госпитализированных с диагнозом внебольничная пневмония (n = 132) и ОСО (n = 96) в детскую клинику Ургенческого филиала Ташкентской медицинской 2018–2020гг.

Результаты. Амоксициллин был назначен только 4,5% детей с типичной внебольничной пневмонией и 1% — с ОСО. Стартовая парентеральная терапия цефалоспоридами и амоксициллином/ клавуланатом в адекватных дозировках была начата всего в 34 и 25% случаев соответственно. Остальные дети лечились оральными цефалоспоридами 3-го поколения и макролидами с крайне низкой эффективностью (19 и 10% соответственно). Ввиду выраженного несоответствия спектра антибиотиков и их доз современным рекомендациям, неэффективные стартовые назначения были сделаны при типичной пневмонии в 69%, а при ОСО — в 64% случаев. При атипичных пневмониях макролиды были назначены всего 19% больным.

Заключение. Поскольку амоксициллин остается основным препаратом для лечения инфекций, вызванных *Streptococcus pneumoniae* и *Streptococcus pyogenes* в эпоху роста их резистентности, он должен использоваться в качестве стартового препарата при типичных пневмониях и ОСО в амбулаторных условиях. Дозы амоксициллина, в т. ч. защищенного, не должны быть ниже 45 мг/кг в сутки, а при риске устойчивости пневмококков — 80–100 мг/кг в сутки. Следует также повышать знания педиатров в дифференциальной диагностике атипичных пневмоний.

СУКСИНАСОЛ ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОН ДАВОЛАШ.

Каримов Х.Я., Эргашев У.Ю., Якубов Д.Р.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир парапроктитда йирингли жараён сабабли организм умумий яллигланиш реакцияси ошади. Оғир формаларида жарохат йирингли-некротик тўқималардан тозаланиши ва регенерация секин кечади, хамда умумий интоксикация кузатилади. Интоксикацияни пасайтириш ва жарохат битишини тезлаштириш мақсадида махаллий антисептик ишлов бериш ва антибиотик терапиядан ташқари дезинтоксикацион препарат сифатида суксинасол қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Суксинасол дезинтоксикацион, антигипоксик ва метаболизмни оширувчи препарат бўлиб, асосий компоненти янтар кислотаси ҳисобланади. Янтар кислотаси Кребс халкасининг табиий метоболити ҳисобланиб, тукимада кислород микдори паст булганда АТФ ишлаб чиқарилишини оширади.

Мақсад. Суксинасол препарати қўллаш орқали ўткир парапроктит оғир формаларида умумий интоксикацияни пасайтириш ва жарохат битишини тезлаштириш.

Материал ва метод. Тошкент шаҳар Яккасарой ТТБ-КТМП Йирингли хирургия бўлимида 2020-2021 йил давомида ўткир парапроктит оғир формалари билан касалланган 28 та беморлар ва уларнинг касаллик тарихи ўрганилиб ретроспектив анализи ўтказилди.

Кузатувдаги беморлар ёши 17-72 ёш оралиғида бўлиб, 19 нафари эркак, 9 нафари аёл. Беморлар шифохонада 3-11 кун давомида даволанган.

Барча беморлар ўткир парапроктит билан йирингли бушликни очиш операцияси ўтказган. Беморлар 2 та асосий ва текширув гуруҳига ажратилди. Текширув гуруҳидаги 16 нафар бемор стандарт – кундалик маҳаллий антисептик ишлов берилган ва антибиотик, аналгетик даво муолажалари олган. Асосий гуруҳдаги 12 нафар беморга кўшимча дезинтоксикацион, антигипоксик ва тўқималарда модда алмашинувини кучайтирувчи препарат сифатида суксинасол эритмаси 200 мл дан кунига 2 маҳал вена ичига инфузия қилинган.

Гуруҳларни солиштириш мақсадида беморлар умумий тана ҳарорати, қон анализидagi лейкоцит миқдори, жароҳатни йирингдан тозаланиши ва битиши ўрганилди.

Натижалар. Таҳлиллар шуни кўрсатадики ўткир парапроктит билан касалланган беморларда 1-куни иккала гуруҳда ҳам тана ҳарорати деярли бир хилда кўтарилган, 37-39,6С. Даволанишни 2-кунида текширувдаги гуруҳда 10 нафар (62,5%) беморда асосий гуруҳда 2 нафар (16,7%) беморда тана ҳарорати 37-38,2С оралиғида кўтарилган. Даволанишни 3-кунида фақат текширувдаги гуруҳда 2 нафар (12,5%) беморда тана ҳарорати 37-38С оралиғида кўтарилган.

Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз 1-куни иккала гуруҳда ҳам бир хилда ошган, $5,3-16,7 \times 10^9/л$. Даволанишнинг 3-куни қайта текширилганда текширувдаги гуруҳда қонда лейкоцит миқдори $4,1-11,7 \times 10^9/л$ оралиғида, асосий гуруҳда қонда лейкоцит миқдори $4,2-8,7 \times 10^9/л$ оралиғида бўлиб, асосий гуруҳдаги беморларнинг аксариятида лейкоцитлар миқдори камайганлиги аниқланди.

Беморларда операциядан кейинги жароҳат йирингдан ва некротик тўқималардан тозаланиши текширув гуруҳида ўртача 4-5-кунидан, асосий гуруҳда ўртача 3-4-кунидан кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморлар жароҳатида регенерация нисбатан тез бошланган.

Хулоса. Ўткир парапроктит билан касалланган беморларда маҳаллий антисептик ва умумий антибактериал давондан ташқари дезинтоксикацион, антигипоксик ва тўқималарда модда алмашинувини кучайтирувчи препарат – суксинасолдан фойдаланиб, даволаш эффекти оширилди. Суксинасол тасирида умумий тана ҳарорати кўтарилиши камайди, қонда лейкоцитоз камайди, жароҳат йиринг ва некротик тўқималардан тезроқ тозаланди.

ЮҚОРИ МИОПИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ФАКИК ОРҚА КАМЕРА СУНЪИЙ ЛИНЗА ИМПЛАНТАЦИЯСИДАН СЎНГ ХАЁТ СИФАТИ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШНИНГ ИЛК НАТИЖАЛАРИ

Камилов Х.М., Зайнутдинов Н.Н.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази,

NAZAR хусусий кўз клиникаси

Кириш: Юқори даражадаги миопия мавжуд беморларда коррекциялаш мақсадида факик орқа камера (EVO/EVO+ Visian ICL) V5 моделидаги сунъий линзаси имплантация қилинди. Ушбу беморларнинг хаёт сифати даражаси амалиётдан кейинги 3 – ойида баҳоланди.

Мақсад: Юқори даражали миопия каби рефракцион аномалияси мавжуд бўлган беморларда коррекция мақсадида факик орқа камера сунъий линзаси имплантациясидан сўнг аввалдан ишлаб чиқилган сўровномага (RAP – QL -1) биноан хаёт сифати даражасини баҳолаш.

Калит сўзлар: Юқори даражали миопия, факик кўз ичи линзаси, рефракцион аномалия, коррекция, хаёт сифати.

Материал ва усуллар: Бошқа коррекция турига қарши кўрсатмаси бўлган беморларга юқори миопик рефракцион аномалияни коррекциялаш мақсадида факик орқа камера (EVO/EVO+ Visian ICL) V5 моделидаги сунъий линзаси имплантация қилинди. Амалиётдан кейинги 1 – кун, 1 – ҳафта, 1,3 ва 6 ойларда беморларда кўрув ўткирлиги, қолдиқ рефракция, кўз ички босими, ҳамда 3 – ойига келиб ижтимоий маҳсуллаштирилган сўровнома асосида хаёт сифати даражаси ўрганилди.

Натижалар: Жами 30 нафар беморнинг 58 та кўзига Visian ICL V5 (VICMO ва VICM5) моделлари 2018 йил май ойидан 2020 йил декабр ойига қадар “NAZAR” хусусий кўз клиникасида имплантация қилинди. Амалиётдан кейинги 3 – ойида қайта кўрик мобайнида хаёт сифатини баҳолаш мақсадида сўровнома бемор тарафидан саволларга жавоб бериш йўли билан тўлдирилди. Натижада беморларнинг 95% и ушбу коррекция турини танлагандан розилиги ҳамда 5% и эса норозилиги қайд этилди. Шунингдек, сўровноманинг умумий ижтимоий саволлар блокадаги жавобларга кўра беморларнинг 90% аъло, 6.7% яхши ва 3.3% эса қониқарли деб баҳолаган. Касбий маҳорат саволлар блокадаги жавобларга кўра беморларнинг 71.7% аъло, 20% яхши ва 8.3% эса қониқарли деб баҳолаган. Соғлиқ ҳолати бўйича саволларга беморларнинг 85% аъло, 8.3% яхши ва 6.7% эса қониқарли деб баҳолаган.

Хулоса: Амалиётдан кейин юқори миопияли рефракцион аномалияси мавжуд беморларнинг хаёт сифати даражасини сезиларли равишда ижобий тарафга ўзгарганлигини кузатишимиз мумкин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦИТКОРНИТ НА АНТИГИПОКСИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить антигипоксическую активность и острую токсичность нового отечественного ноотропного препарата «Циткорнит».

Материал и методы. Материал и методы: острую токсичность изучали общепринятым методом, описанным в литературе, однократным введением лекарственных препаратов с определением класса токсичности. *Проведение эксперимента:* острую токсичность препаратов проводили в двух сериях. Первой серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили препарат «ЦИТКОРНИТ» – раствор для инфузий следующим образом: 1 группа – в/в в дозе 150 мг/кг; 2 группа – в/в в дозе 450 мг/кг; 3 группа – в/в в дозе 750 мг/кг. Во второй серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили разбавленные препараты сравнения «Алмиба» - Merphar Ilac Sanayii A.S. Турция и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания следующим образом: 1 группа – в/в в дозе 150 мг/кг; 2 группа – в/в в дозе 450 мг/кг; 3 группа – в/в в дозе 750 мг/кг. Антигипоксическую активность препарата изучали на модели нормобарической гипоксической гипоксии в опытах на 18 белых мышях, массой тела 20-23г. Для эксперимента мышей разделили на 3 группы по 6 голов. Препарат вводили внутривенно следующим образом:

1-группа – контрольная – в течение 3 дней 0,9% раствор NaCl внутривенно в объеме 0,3 мл;

2-группа – опытная – в течение 3 дней препарат «ЦИТКОРНИТ », производства ООО «TEMUR MED FARM» Узбекистан в дозе 450 мг/кг;

3-группа – опытная – в течение 3 дней препарат разбавленные препараты сравнения «Алмиба» - Merphar Ilac Sanayii A.S. Турция и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания в дозе 450 мг/кг;

На 3 день, через 30 минут после введения препарата, по 2 мыши помещали в герметичные сосуды, объемом 250 мл. При этом регистрировали время от момента помещения в посуду до остановки дыхания и гибели животного. Полученные результаты выражали в процентах от контроля, который принимали за 100 %.

Результаты. Показано, что препарат «Циткорнит» на модели нормобарической гипоксической гипоксии повышает устойчивость мышей к гипоксии: в дозе 450 мг/кг

достоверно удлиняет продолжительность жизни животных на 25%, составляя $11,5 \pm 0,51$ мин, в то время как у контрольной группы мышей этот показатель составил $9,2 \pm 0,76$ мин. LD₅₀ препарата «Циткорнит» и раствора препаратов «Алмиба»+«СОМАЗИНА®» составила >750 мг/кг.

Вывод: Используемые препараты обладают равнозначным достоверным антигипоксическим действием и низкой токсикологической характеристикой.

Ключевые слова: Циткорнит, СОМАЗИНА®, Алмиба, нормобарическая гипоксия, острая токсичность.

МАХАЛЛИЙ НООТРОП ДОРИ ВОСИТАСИ ЦИТКОРНИТНИНГ ЎТКИР ЗАХАРЛИЛИГИ ВА АНТИГИПОКСИК ФАОЛЛИГИНИ ТАЖРИБА ХАЙВОНЛАРИДА ЎРГАНИШ

Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: Махаллий “Циткорнит” дори воситасининг ўткир захарлилиги ва специфик фаоллигини хорижий дори воситалари билан қиёслаб ўрганиш.

Материал ва методлар: Тадқиқот олиб борилаётган дори воситаси “Циткорнит”, МЧЖ «Темур Мед Фарм», Ўзбекистон томонидан ишлаб чиқарилган. Қиёсий дори воситалари “Алмиба” ва “СОМАЗИНА®”.

Дори воситаларининг антигипоксик фаоллигини аниқлаш учун “нормобарик гипоксик гипоксия” моделида ўрганилди. Тажриба учун 18 та оқ сичқонлар танлаб олинди ва 3 гуруҳга 6 тадан ажратилди. 1 гуруҳ (назорат)-3 кун давомида сичқонларнинг куйруқ венасига 0,9% NaCl 0,3 мл миқдорда юборилди. 2 гуруҳ (тажриба)-Циткорнит 450 мг/кг 3 кун давомида сичқонларнинг куйруқ венасига 0,3 мл миқдорда юборилди. 3 гуруҳ (қиёсий)-3 кун давомида сичқонларнинг куйруқ венасига 0,3 мл миқдорда Алмиба ва СОМАЗИНА® нинг суялтирилган эритмасидан 450 мг/кг юборилди. Дори воситаларининг ўткир захарлилигини аниқлаш учун тажриба 36 та оқ эркак сичқонларда олиб борилди. Тажриба икки қисмга бўлиб ўрганилди. Тажрибанинг биринчи қисмида 18 та тажриба сичқонларини 3 гуруҳга 6 тадан ажратилди ва Циткорнит дори воситаси куйидаги тартибда юборилди:

1 гуруҳ: вена ичига 150 мг/кг дозада (0,1 мл) юборилди.

2 гуруҳ: вена ичига 450 мг/кг дозада (0,3 мл) юборилди.

3 гуруҳ: вена ичига 750 мг/кг дозада (0,5 мл) юборилди.

Тажрибанинг иккинчи қисмида ҳам 18 та тажриба сичқонларини 3 гуруҳга 6 тадан ажратилди. Алмиба ва СОМАЗИНА® дори воситаларидан Циткорнит дори воситасининг таркибига тугри келадиган эритма тайёрланди. Тажриба тугагандан сунг дори воситаларининг ўткир захарлилиги аниқланди. Олинган натижалар статистика дастури ёрдамида қайта ишланди.

Натижалар. Нормобарик гипоксик гипоксия моделида Циткорнит дори воситаси 450 мг/кг дозада сичқонларнинг гипоксияга чидамлилигини ошиши кузатилди. Тажриба хайвонларининг умр давомийлигини $11,5 \pm 0,51$ дақиқа (25%) ни ташкил этди. Назорат гуруҳидаги сичқонларнинг умр давомийлиги эса $9,2 \pm 0,75$ дақиқани ташкил этди. Циткорнит дори воситаси ва Алмиба + СОМАЗИНА® эритмаси LD₅₀ курсаткичи >750 мг/кг ни ташкил этди.

Хулоса. Текширилаётган ва қиёсий препаратлар бир хил антигипоксик таъсирга эга ва дори воситаларининг LD₅₀ курсаткичи >750 мг/кг ни ташкил этди.

Калит сузлар: Циткорнит, СОМАЗИНА®, Алмиба, нормобарик гипоксия, ўткир захарлилик.

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА

Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследований: Сравнительное изучение специфических свойств и острой токсичности нового отечественного ноотропного препарата «ЦИТАРГИН».

Материал и методы: острую токсичность изучали общепринятым методом, описанным в литературе, однократным введением лекарственных препаратов с определением класса токсичности.

Вид и количество животных: для эксперимента использовали белых беспородных мышей самцов и самок в количестве 36 голов, массой тела 19 – 21 г, выдержанных на карантине в течение 14 дней. До и в период экспериментов мыши находились в виварии при температуре воздуха +20 - 22°C, влажности – не более 50%, объёме воздухообмена (вытяжка: приток) – 8:10, в световом режиме – день – ночь. Мышей размещали в стандартных пластиковых клетках и содержали на стандартном рационе.

Проведение эксперимента: острую токсичность препаратов проводили в двух сериях. Первой серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили препарат «ЦИТАРГИН» – раствор для инфузий следующим образом: 1 группа – в/в в дозе 260 мг/кг (0,1 мл); 2 группа – в/в в дозе 780 мг/кг (0,3 мл); 3 группа – в/в в дозе 1300 мг/кг (0,5 мл). Во второй серии эксперимента в хвостовую вену мышей вводили разбавленные препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания (из расчета 96 мл «Тивортин®» + 4 мл «СОМАЗИНА®») следующим образом: 1 группа – в/в в дозе 260 мг/кг (0,1 мл); 2 группа – в/в в дозе 780 мг/кг (0,3 мл); 3 группа – в/в в дозе 1300 мг/кг (0,5 мл).

Антигипоксическую активность препарата изучали на модели нормобарической гипоксической гипоксии в опытах на 18 белых мышах, массой тела 20-23г. Для эксперимента мышей разделили на 3 группы по 6 голов. Препарат вводили внутривенно следующим образом:

1-группа – контрольная – в течение 3 дней 0,9% раствор NaCl внутривенно в объёме 0,3 мл; 2-группа – опытная – в течение 3 дней препарат «ЦИТАРГИН», производства ООО «TEMUR MED FARM» Узбекистан в дозе 780 мг/кг (0,3 мл); 3-группа – опытная – в течение 3 дней разбавленные препараты сравнения «Тивортин®» производства ООО «Юрия - фарм», Украина и «СОМАЗИНА®», производства Ferrer Internacional SA, Испания в дозе 780 мг/кг (0,3 мл);

На 3 день, через 30 минут после введения препарата, по 2 мыши помещали в герметичные сосуды, объёмом 250 мл. При этом регистрировали время от момента помещения в посуду до остановки дыхания и гибели животного. Полученные результаты выражали в процентах от контроля, который принимали за 100 %.

Полученные результаты: LD₅₀ препарата «ЦИТАРГИН» и раствора препарата «Тивортин®» + «СОМАЗИНА®» составила >1300 мг/кг. Результаты, полученные при изучении антигипоксического действия показали, что препарат «ЦИТАРГИН», на модели нормобарической гипоксической гипоксии повышает устойчивость мышей к гипоксии: в дозе 780 мг/кг достоверно удлиняет продолжительность жизни животных на 25%, т.е. мыши, получившие препарат «ЦИТАРГИН», производства ООО «TEMUR MED FARM» Узбекистан прожили $11,52 \pm 0,53$ минут, в то время как у контрольной группы мышей этот показатель составил $9,2 \pm 0,76$ минут.

Вывод. Используемые препараты обладают равнозначным достоверным антигипоксическим действием и низкой токсикологической характеристикой.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У КЛОМИФЕН ЦИТРАТ РЕЗИСТЕНТНЫХ ЖЕНЩИН С СПКЯ;

Курбаниязова М. З., Бекбаулиева Г. Н., Матризаева Г. Дж.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация. До 20-25% женщин с СПКЯ являются устойчивыми к кломифен цитрату.

Цель исследования оптимизировать исходный ответ яичников у кломифен резистентных женщин на индукцию овуляции с минимальными затратами на препараты.

Материалы и методы исследования: в исследования вошли 40 кломифен резистентных женщин с СПКЯ. I группе женщинам мы использовали препараты кломифен цитрат 100мг + рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон р ФСГ 37,5 МЕ/день. II группе вводили только р ФСГ 37,5 с использованием протокола повышающие низкие дозы. Использование данного протокола даёт возможность монофолликулярный рост и снижение риска многоплодной беременности и в свою очередь является профилактикой гиперстимуляции яичников. Критериями включения являются, кломифен цитрат устойчивые женщины с СПКЯ в возрасте от 20 до 38 лет, ИМТ, без предшествующей индукции овуляции, партнеры с нормальными показателями спермы в соответствии со стандартами ВОЗ, открытие маточных труб (подтвержденной гистеросальпингографией в предшествующих 6 месяцев), без наличия операций на половых органах. Критериями исключения является наличие любых факторов бесплодия, кроме КЦ резистентные женщины с СПКЯ. Также исследование включило измерение артериального давления, окружности живота, гормональное исследование сыворотки пациенток таких как, базальный ФСГ, отношение ЛГ/ФСГ, свободный тестостерон (Т), инсулин, прогестерон, АМГ на 3 день менструального цикла. ЛПВП-липопротеины высокой плотности, в день введения триггера овуляции в сыворотке определяли эстрадиол Е2. Определение инсулино резистентности (НОМА-IR) проводилось следующим образом: $\text{НОМА-IR} = \frac{\text{инсулин натошак (МЕ/мл)} \times \text{глюкоза натошак (моль/л)}}{22,5}$. УЗИ яичников трансвагинальным датчиком на 2й - 3й день менструального цикла для оценки количество антральных фолликулов диаметром 2 до 9 мм (в количестве 12 и более считается поликистозом) и оценка объема яичника, который определяется измерением трех перпендикулярно направленных диаметров яичника и применения формулы: $D1 \times D2 \times D3 \times 0,5236$.

Результаты исследования показали, что в I группе по сравнению со II группой частота наступления овуляции было значительно выше (60% против 35%) . Как показало наше исследование I группа (КЦ+рФСГ) получала более низкую дозу рФСГ (532,5±315) и продолжительность дней стимуляции (12,34±4,5) было меньше чем во II группе (18,42±6,2 дней стимуляции). В исследовании было показано, что дозу препаратов гонадотропинов для получения овуляции можно снизить одновременным введением КЦ+рФСГ.

Выводы. Комбинированное введение КЦ+рФСГ у кломифен резистентных женщин с СПКЯ по сравнению использование только рФСГ, даёт более высокие показатели овуляции и меньше финансовые затраты на препараты. Использование данного протокола даёт возможность монофолликулярный рост и снижение риска многоплодной беременности и в свою очередь является профилактикой гиперстимуляции яичников.

USE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES PILLS IN THE TREATMENT OF THE POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Kurbaniyazova M.Z., Askarova Z.Z., Ikramova X.S.
Urgench branch of the Tashkent medical academy

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is heterogeneous disorder characterized by hyperandrogenic skin symptoms, irregular menstruation and subfertility, increased risk of

endometrial malignancy, and increased risk of preventable diseases associated with metabolic syndrome. Cyproterone acetate (CPA) 2mg, combined with ethinylestradiol (EE) 35mg, is indicated for the treatment of moderate to severe acne related and/or hirsutism in women of reproductive age.

Objectives: To review the present knowledge about PCOS and summarize the role of CPA/EE in the care of patients suffering from this condition for the practitioner.

Methods: Experts with clinical interest and experience in treating symptoms of androgen excess performed a non-systematic review to provide updated information regarding the use of CPA/EE in patients with PCOS.

Results: Polycystic ovary-related hyperandrogenic skin symptoms are effectively treated by CPA/EE, reducing not only the symptoms but also their negative impact on quality of life and mental health. Proven additional benefits for these patients include the treatment of menstrual irregularities and reduction in endometrial cancer risk. Possible benefits include preservation of fertility. Treatment increases the risk for venous thromboembolic complications. The nature of other metabolic and cardiovascular long-term effects i.e., whether positive or negative, are still to be investigated.

Conclusions. The primary indication of CPA/EE is treatment of the symptoms of hyperandrogenism, such as acne and hirsutism, which commonly present in women with PCOS. Improvement of biochemical hyperandrogenism with CPA/EE leads to a reduction in both short- and long-term risks of PCOS, namely, metabolic syndrome, onset of new diabetes and endometrial cancer. Short-term pre-treatment using CPA/EE may also increase the fertility and improve pregnancy outcomes, however, more research is needed. In addition, CPA/EE also works as a contraceptive and provides the typical non-contraceptive benefits offered by a COC, such as reduction in irregular bleeding and dysmenorrhea and risk reduction of ovarian, colon and endometrial cancer. For women with PCOS, the benefit of greatest importance is the reduction of endometrial cancer risk as this is proven to be increased in women with the syndrome, whereas changes in the risk of ovarian cancer remain subject to debate.

ГИРУДОТЕРАПИЯ

Курбанниёзова Ю.А., Дусчанова Р.Ю., Омонова.Г.С., Латипова.Ш.Б., Абдуллаева Л.Н.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Гирудотерапия – один из древнейших методов лечения медицинскими пиявками различных заболеваний, при этом аналогов среди современных методов лечения нет. Данный факт обусловлен особыми свойствами пиявочного секрета, содержащего биологически активные вещества, которые оказывают благотворное влияние на организм.

Медицинская пиявка — это маленький «шедевр» природы, известный людям уже более 2 тысяч лет. Гирудотерапия является традиционным методом для России и известной ветвью Аюрведической практики — древнейшему из методов врачевания, заимствованному из Индии.

Лечебный эффект при использовании пиявок получается тройственный. Во-первых, благодаря совершенно спокойно переносящейся больными потери некоторого количества крови и разгрузки региональных кровотоков пиявки оказывают механическое действие. Это нормализует давление, улучшает состояние сосудистого русла и оказывает общее благотворное действие на организм. Второй эффект - рефлекторный, сравнимый с воздействием иглорефлексотерапии, поскольку пиявка прокусывает кожу только в биологически активных (акупунктурных) точках, к которым подходит наибольшее количество нервных окончаний, связанных с различными органами и системами организма. Наконец, в-третьих, значимое значение имеет биологическое действие пиявок, вызванное ответной реакцией организма на секрет слюнных желез, который пиявка впрыскивает в кровь человека. Всего более 100 биологически активных веществ, обладающих целебным действием, входит в состав пиявочного секрета. Биологически активные компоненты,

входящие в состав секрета слюнных желез пиявки, обладают обеззараживающим эффектом.

Всего выделяют 3 основных группы компонентов секрета пиявки, отличающихся по характеру воздействия на организм человека. Первые оказывают влияние на иммунитет и патогенную микрофлору человека, а, следовательно, оказывают противовоспалительное, бактериостатическое и иммуномоделирующее действие. Вторая группа ферментов, обладает антиатеросклеротическим и противоишемическим действием путем воздействия на стенки сосудов. Наконец, ферменты третьей группы, изменяя вязкость крови и лимфоотток, обладают гипотензивным и лимфогонным действием.

Наиболее важные по своим свойствам функциональные белки, входящие в состав пиявочного секрета: гирудин, дестабилаза, оргелаза, декорзин, антистазин, эглин, калин и другие соединения.

Особенностью медицинской пиявки от всех синтетических препаратов является то, что она сама выбирает ту точку, на которую следует воздействовать для лечения человека. Важно указать, что пиявка не будет прикрепляться к коже там, где это не нужно, а затем, выполнив свою задачу по «снабжению» больного биологически активными веществами, пиявка отпадет сама.

СОСТОЯНИЕ БИОРЕГУЛЯТОРНОЙ СИСТЕМЫ ОКИСИ АЗОТА В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГАСТРОПАТИИ

Зуфаров П.С., Якубов А.В., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б., Мусаева Л.Ж.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить состояние биорегуляторной системы окиси азота (NO) в слизистой ткани желудка при экспериментальной гастропатии у крыс с адьювантным артритом (АА).

Материалы и методы. На экспериментальной модели АА у крыс путем введения индометацина в дозе 2,5 мг/кг в виде водной суспензии перорально в течение 5 дней вызывали гастропатию. Состояние системы NO-образования оценивали путем определения содержания продуктов NO и активности ферментов NO-синтетазы (NOS), нитрит-редуктазы (НР) в надосадочной фракции гомогената слизистой ткани желудка. Полученные результаты сравнивали с показателями группы без лечения.

Результаты. Установлено, что при индометациновой гастропатии в слизистой желудка происходят значительные изменения в системе NO-образования. Наблюдали увеличение общего содержания продуктов NO на 172,5%. Это сопровождалось истощением активности NOS и компенсаторным увеличением НР. В частности, отмечалось снижение активности NOS на 60,2% и увеличение активности НР на 241,7%.

Вывод. Повреждающее действие индометацина на слизистую желудка сопровождается нарушениями в системе NO-образования, которые характеризуются истощением механизмов синтеза NO и компенсаторным усилением механизмов ресинтеза.

ОПТИМИЗАЦИИ ВЫБОРА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ С ПОЗИЦИЙ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ

Маматова Н.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. На сегодняшний день антигистаминные препараты (АГП) являются одними из базовых средств лечения широкого спектра аллергических и воспалительных заболеваний и активно используются врачами в клинической практике.

Целью данного исследования явилось изучить эффективность и безопасность нового поколения антигистаминных препаратов Дезлоратадина с позиции фармакоэкономики. Было разработано и внедрено в клиническую практику множество препаратов данной группы. К H1-АГП I поколения способны проникать через гематоэнцефалический барьер и, седативно-снотворное действие при их приеме отмечается у 40–80% больных. Кроме того, высокие дозы некоторых АГП токсичны, особенно для детей. Следовательно, H1-АГП I поколения нельзя применять более 14 дней. Основными отличиями H1-АГП II поколения являются высокая избирательность и специфичность действия, отсутствие седативного эффекта и толерантности к препарату (тахифилаксии). АГП II поколения выделяют 2 подгруппы: - метаболизируемые препараты, которые оказывают терапевтический эффект только после трансформации в печени под воздействием изофермента CYP 3A4 системы цитохрома P450 с образованием активных соединений. К ним относятся: лоратадин, эбастин, терфенадин, астемизол; - активные метаболиты — препараты, поступающие в организм в виде активного вещества (цетиризин, левоцетиризин, дезлоратадин, фексофенадин). Обладают более благоприятным профилем безопасности, эффект этих препаратов более предсказуем и не зависит от активности ферментов системы цитохрома P450, поэтому их применение является более предпочтительным. Дезлоратадин характеризуется высоким уровнем безопасности при его применении. Он не вызывает негативных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов, не обладает снотворным действием и не влияет на когнитивные функции. Препарат может применяться пациентами с патологией гепатобилиарной системы и заболеваниями почек, разрешен к применению у детей с 1 года. Согласно международным и национальным согласительным документам, в качестве первой линии медикаментозной терапии аллергических реакции и поллиноза рекомендуется применение неседативных АГП II поколения. Дезлоратадин удовлетворяет всем критериям и рекомендуется в качестве первой линии лечения аллергических реакции.

Таким образом, Дезлоратадин может применяться при острых и хронических заболеваниях кожи как в форме монотерапии, так и в составе комплексной терапии. Приверженность пациента к определенному виду терапии и к конкретному препарату зависит от эффективности, уровня безопасности, удобства применения и стоимости препарата. Поскольку большинство аллергических заболеваний имеет хронический характер, и пациент оплачивает лечение из своих собственных средств, экономическая доступность лекарственного средства имеет большое значение. Увеличение ассортимента высокоэффективных и безопасных противоаллергических средств, расширяет выбор больным лекарства по фармакоэкономическим критериям, повышая доступность качественного лечения для большого числа пациентов с аллергическими заболеваниями.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матризаева Г.Дж., Мадримова К. К.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Перименопауза — период непосредственно перед менопаузой, характеризующийся эндокринными, биологическими и клиническими проявлениями и продолжающийся в течение 2 лет после последней самостоятельной менструации. В 75—80% случаев на фоне возрастного снижения и «выключения» функции яичников в климактерии могут наблюдаться симптомы дефицита женских половых гормонов.

Цель гормонотерапии в климактерии состоит не в восстановлении физиологических уровней эстрадиола (E2), характерных для молодых женщин, а в профилактике и терапии климактерических симптомов. Для коррекции эстроген-дефицитных состояний, обусловленных возрастным или хирургическим «выключением» яичников, а также

аменореей, препараты, содержащие эстрогены, применяют с 40-х гг. прошлого века. Существуют разные точки зрения о показаниях и противопоказаниях к ЗГТ. Патогенетически обоснованная гормональная терапия препаратами половых гормонов является одним из основных методов лечения женщин в климактерическом периоде, поскольку позволяет в известной мере восстановить возрастной гормональный гомеостаз и таким образом нормализовать в соответствии с возрастом функции как репродуктивной системы, так и других органов и систем, деятельность которых связана с половыми гормонами.

Существуют следующие основные режимы приема ЗГТ:
I — монотерапия эстрогенами или прогестагенами;

II — комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в циклическом режиме; III — монофазная комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в непрерывном режиме.

Раннее назначение ЗГТ способствует снижению сердечно-сосудистых заболеваний на 35% (1), остеопороза и переломов — на 27% (2), мочеполовых расстройств — на 90%. Один из главных результатов метаанализа 23 исследований с участием 39 049 пациенток свидетельствует о статистически значимом снижении смертности на 30% (3). Комбинированную ЗГТ можно применять в течение 5—7 лет, а монотерапию эстрогенами — до 10 лет и более.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Мехмонов М.С., Атаджанова З.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно что, при аэробном метаболизме организма образуются большое количество активных форм кислорода. Реактивные формы кислорода приводят к повреждению липидов в клеточных мембранах, окислению белков и повреждению ДНК. Это воздействие приводит к развитию возрастных заболеваний, таких как атеросклероз, онкологические заболевания, инсульт, артрит, возрастная пигментация, дерматит, катарактогенез, повреждение сетчатки, повреждение печени и др. Антиоксидантные нутрицевтики либо гасят реактивные формы кислорода, либо участвуют в качестве кофакторов ферментов, участвующих в детоксикации активных форм кислорода. Эпидемиологические исследования показывают значимость антиоксидантных нутрицевтиков для здоровья и профилактики возрастных заболеваний.

По химическому составу антиоксидантные нутрицевтики включают: токоферолы и токотриенолы, аскорбиновую кислоту, каротиноиды, полифенолы, альфа-липоевую кислоту — все эти вещества участвуют либо в детоксикации форм кислорода либо в мембране, либо в цитоплазме.

Процессы перекисного окисления липидов постоянно происходят в организме и имеют важное значение для обновления состава и поддержания функциональных свойств биомембран, энергетических процессов, клеточного деления, синтеза биологически активных веществ, внутриклеточной сигнализации.

Поскольку регулярный приём свежей растительной пищи уменьшает вероятность возникновения сердечно-сосудистых и ряда неврологических заболеваний, была сформулирована и широко растиражирована средствами массовой информации рабочая гипотеза о том, что антиоксиданты могут предотвратить разрушающее действие свободных радикалов на клетки живых организмов, и тем самым замедлить процесс их старения.

Многочисленные научные исследования пока не подтвердили этой гипотезы. Опубликованы ширококомасштабные исследования, которые указывают на то, что ПИЩЕВЫЕ

добавки с антиоксидантами, наоборот, могут быть опасны для здоровья. Мета-анализ клинических исследований, в которых участвовали более 240 тысяч человек в возрасте от 18 до 103 лет (44,6 % женщин), показал, что бета-каротин и витамин Е в дозах, превышающих рекомендуемую дневную норму, значительно повышает общую смертность. Новейшие данные позволяют предположить, что благотворное воздействие свежей растительной пищи на здоровье вызвано иными соединениями и факторами, нежели антиоксиданты.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СРЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мухаммадиева Г.Ш., Машарипова Ю.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

При выборе гипотензивных препаратов необходимо учитывать патогенетические механизмы и особенности клинического течения артериальной гипертензии. Во многих случаях для лечения осуществляется переход от монотерапии к комбинированной терапии, составляющими которой являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторы и диуретики. Представляет интерес их влияние на нормализацию артериального давления, а следовательно, их роль в профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы: фармакоэпидемиологический анализ терапии артериальной гипертензии в стационарных условиях.

Методы исследования: ретроспективный анализ 50 медицинских карт стационарных больных с артериальной гипертензией, госпитализированных в муниципальные учреждения здравоохранения города Ургенча от 2020 до 2021гг. В исследовании использованы аналитический и статистический методы.

Результаты. В 2020 г. в двухкомпонентной терапии преимущественно (в 59% случаев) использовались ингибитор АПФ + бета-блокатор (на примере эналаприл + метопролол). В трехкомпонентной терапии предпочтение отдавалось (61% случаев) комбинации «бета-адреноблокатор + ингибитор АПФ + диуретик» (бисопролол + эналаприл + гидрохлортиазид). В 2021 г. в двухкомпонентной терапии преимущественно (в 67% случаев) использовались бета-блокатор + ингибитор АПФ (бисопролол + фозиноприл). В трехкомпонентной терапии в 73% случаев препаратами выбора являлись бета-адреноблокатор + ингибитор АПФ + диуретик (бисопролол + фозиноприл + индапамид).

Выводы. Полученные результаты дают возможность сделать вывод, что соблюдение стандартов лечения с учетом особенностей локального фармакологического рынка оптимизирует проводимую фармакотерапию артериальной гипертензии и способствует эффективному достижению гипотензивного эффекта.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Зуфаров П.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Провести клинико-фармакологический анализ антимикробной терапии внебольничной пневмонии в многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской Академии (ТМА).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 170 пациентов в возрасте от 18 до 73 лет, госпитализированных в течение 2020 года в пульмонологическое отделение с рентгенологически подтвержденной внебольничной пневмонией (ВП).

Результаты. По ретроспективному анализу больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 36 (21,2%) больных с диагнозом внебольничная пневмония легкой степени. Во второй группе у 115 (67,6%) больных была диагностирована внебольничная пневмония средней степени тяжести. В третьей группе у 19 (11,1%) больных была диагностирована внебольничная пневмония тяжелое течение. У 93 пациентов (64,7%) имелись сопутствующие заболевания, среди которых превалировала сердечно-сосудистая и бронхолегочная патология. В первой группе у 20 больных проводилась монотерапия с использованием азитромицина 500 мг/сут и у 16 больных проводилась монотерапия ингибиторозащищенными пенициллинами (амоксциллин+клавулановая кислота) 1000 мг/сут. Во второй группе у 62 больных проводилась монотерапия цефалоспорины 3-го поколения по 1,0 2 р/сут (цефтриаксон, цефтазидин, цефоперазон/сульбактам) и у 33 больных монотерапия фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). У 20 больных имело место применение комбинации цефалоспорины+фторхинолоны. У 19 больных с тяжелой ВП применяли комбинацию цефалоспорины+фторхинолоны+макролиды. Продолжительность антимикробной терапии составила от 7,0±3,0 дней. Ступенчатая терапия имела место лишь у 19% пациентов. Во всех группах проводился контроль эффективности антимикробной терапии. Также проводился контроль безопасности фармакотерапии с заполнением карты-сообщения о развившемся побочном действии (приказ МЗ РУЗ №13 от 18.04.2018г.).

Выводы. Проводимая антимикробная фармакотерапия внебольничной пневмонии у госпитализированных больных в многопрофильной клинике ТМА соответствует современным клиническим рекомендациям. Учитывая тяжесть заболевания, бактериологические исследования, стандарты лечения пневмоний рекомендуем более широкое использование ингибиторозащищенных пенициллинов, макролидов, а также проведение ступенчатой терапии с переходом на пероральный прием антимикробных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ

Назирбаева З., Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

По данным Минздрава Республики в течение последнего десятилетия гипертензивные расстройства при беременности занимают 3-4 место среди причин материнской смертности. В развивающихся странах преэклампсия остается причиной 40-80% материнской летальности. Осложнениями преэклампсии являются HELLP-синдром, нарушения мозгового кровообращения, отслойка плаценты, плацентарная недостаточность с синдромом задержки роста плода, акушерские кровотечения. Последствия тяжелой преэклампсии и эклампсии снижают качество последующей жизни женщины, что связано с высокой частотой атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. У недоношенных детей от матерей с преэклампсией регистрируются нарушения физического и психического развития, высокий процент соматических заболеваний. Патологические изменения, обусловленные преэклампсией, во время беременности только прогрессируют, поэтому единственным эффективным методом лечения данного осложнения на сегодняшний день остается родоразрешение. В связи с этим, одной из основных задач современного акушерства является поиск ранних предикторов развития преэклампсии и разработка профилактических мероприятий. Однако на сегодняшний день причина развития преэклампсии не установлена. Семейная соматическая история (хроническая артериальная гипертензия у отца беременной женщины), соматическая

патология у беременной (хроническая артериальная гипертензия), акушерско-гинекологический анамнез (преэклампсия в прошлом, бесплодие), настоящая беременность, индуцированная в программе экстракорпорального оплодотворения, настоящая многоплодная беременность являются значимыми детерминантами тяжелой, а также ранней преэклампсии. Разработанная анамнестическая модель прогноза преэклампсии с достаточной специфичностью (до 83,7%) и чувствительностью (до 89,4%) позволяет выделить группу высокого риска развития преэклампсии в первом триместре беременности. Наиболее значимыми предикторами тяжелой преэклампсии в первом триместре являются показатели количества тромбоцитов (более $243,0 \times 10^9$ /л), липопротеидов низкой плотности (более 3,33 ммоль/л), эритропоэтина (менее 9,61 11 мМЕ/мл), систоло-диастолическое отношение в маточных артериях (более 3,25). Разработанная клиничко-лабораторно-инструментальная модель прогноза преэклампсии позволяет установить группу высокого риска развития данной патологии в первом триместре беременности со специфичностью до 88,1% и чувствительностью до 88,6% (для тяжелой преэклампсии до 98,7%). В динамике течения беременности, осложненной тяжелой или ранней преэклампсией, развивается анемия с перераспределительным дефицитом железа и неадекватной продукцией эритропоэтина, снижается количество тромбоцитов, наблюдаются провоспалительные изменения лейкоформулы со снижением показателей периферической крови на фоне увеличения маркеров эндогенной интоксикации и системного воспаления, регистрируются значительные прокоагуляционные сдвиги, повышение показателей функциональных проб печени и азотистого обмена, изменение электролитного статуса.

БОЛАЛАРДА БУЙРАК НЕФРОБЛАСТОМАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Нишанов Д.А., Авезов А.У., Матрасулов Р.С., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илимий-амалий тиббиёт
маркази, Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болаларда ўсмаларнинг эпидемиологияси катталардан фарқли равишда ўсмаларнинг ривожланиши маълум даражада географик ва ташқи муҳит омилларига боғлиқ деб қаралади. Бу маълумотлар жуда ҳам ишончли бўлмасада, миллион аҳоли истиқомат қилувчи маълум бир ҳудудга нисбатан олинганида хавфли ўсма касалликлари билан касалланганлар орасида 42 нафарни ташкил қилади. Болалар нефробластомаси билан АҚШда 8 000гача, Европа давлатларида эса 21 000 атрофида касалланиш ҳолатлари аниқланган.

Бошқа сабаблардан бири ёш болаларда ташқи муҳит, географик, иқлим шароитлари бевосита оналар орқали таъсир қилганлиги сабабли болалар ўсма касалликларининг эпидемиологияси бу оналар касалликларининг эпидемиологияси ҳамдир.

Вильмс ўсмаси – янги туғилган чақалоқлар ва ёш болалар орасида кўп кузатиладиган ўсма касаллигидир. Вильмс ўсмаси билан касалланиш даражаси 15 ёшдан кичик бўлган ҳар бир миллион болага 8,2 % ёки ҳар 10 000 та янги туғилган чақалоққа 1 та ҳолат тўғри келади. АҚШда йилига 650 ҳолат атрофида Вильмс ўсмаси янгидан ташхисланади. Осиё давлатлари аҳолиси орасида касалланиш даражаси бир мунча паст ҳолатда кузатилади. Вильмс ўсмаси(нефробластома) болалик ва ўспиринлик даврида барча онкологик касалликларнинг 5,5%ини ташкил қилади. Бу ўсма касаллиги болалар ўсмаларининг орасида энг кўп учрайдиган онкологик касаллиқдир. Германияда болалар саратони регистри бўйича (Майнц шаҳри) 14 ёшгача бўлган болалар ва ўспиринлар орасида нефробластома билан 100 та ҳолат янгидан рўйхатга олинишини келтириб ўтишади. Статистика бўйича 15 ёшгача бўлган болаларда ҳар 100 000 болага 1 та ҳолат тўғри келиши айтилган.

Вильмс ўсмаси бу эмбрионал ўсма бўлиб, кўпинча эрта ёшдаги болалар касалланадилар. Касалланганларнинг 16% и кўкрак ёшидаги янги туғилган чақалоқлар бўлса, 68%и 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади. Ўғил болаларга қараганда қиз болалар тез тез бу касалликка чалиниб туришади. Лекин Вильмс ўсмаси катта ёшдаги ва ўспирилик давридаги болаларда ҳам кузатилиши мумкин. Катта ёшдагилар бу ўсма тури билан кам касалланадилар.

Демак, Охирги йилларда олиб борилган такомиллаштирилган даво чоралари ҳисобига Вильмс ўсмаси билан касалланган 15 ёшдан кичик болаларда 5 йиллик яшовчанлик қобиляти 74%дан 88%гача ошганлигини кўрсатади.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Утарова М., Машарипова Ю.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Антибактериальная терапия составляет основу эффективного лечения пневмонии. Расходы на антибактериальные (АБ) препараты значительны, что определяет актуальность изучения эффективных схем лечения, отличающихся экономической рентабельностью.

Целью нашего исследования явилась фармакоэкономическая оценка различных схем антибактериальной терапии пневмонии.

Проведён ретроспективный анализ 89 историй болезни пациентов с тяжёлой внебольничной пневмонией.

Результат: Среди обследованных больных преобладали мужчины - 67 больных (75,3%). Средний возраст больных составил $59,7 \pm 3,4$ лет. Тяжесть течения пневмонии была обусловлена поздним обращением за медицинской помощью - 38 больных (42,6%), обширностью поражения лёгочной ткани - 34 больных (38,2%), наличием сопутствующей патологии - 51 больной (57,3%). При пневмонии тяжёлого течения применялись сочетания антибиотиков, которые способны обеспечить эффективное подавление наиболее вероятных возбудителей. В исследовании сравнивались 2 схемы антибактериальной терапии тяжёлой внебольничной пневмонии. Одна группа получала стандартную антибактериальную терапию: бета-лактамы в комбинации с макролитами для парентерального введения и респираторными фторхинолонами. Другая группа получала карбапенемы. Растёт затрат на основную 126 антибактериальную терапию заключался в определении средней стоимости суточной АБ терапии умноженной на среднюю продолжительность лечения. При тяжёлом течении пневмонии предпочитался внутривенный путь введения. Следует отметить, что при внутривенном применении антибиотиков стоимость расходуемых материалов была в 1,8 раза выше цены антибиотика. Затраты на курс основной АБ терапии составили 230000 сумов в группе стандартной антибактериальной терапии и 423750 сумов в среднем на одного пациента в группе карбапенемов. Стоимость дополнительной антибактериальной терапии в группе стандартной терапии составила 260000 сумов.

Вывод: Таким образом, фармакоэкономический анализ показал, что не смотря на высокую стоимость разовой дозы, наблюдалось снижение затрат на фоне использования кабапенемов у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией по сравнению со стандартной антибактериальной терапией за счёт уменьшения времени пребывания пациентов в ОРИТ и снижения затрат на назначение дополнительных АБ препаратов

ПЛАКВЕНИЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЧАСТОТА ПРИЕМА, ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА

Уразбаев И.Р. Ибрагимова Ф.Х., Султонова М.Х.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Оценить приверженность пациентов с СКВ к приему плаквенила в клинической практике, его дополнительные свойства.

Материалы и методы. Включено 60 пациентов с СКВ – 90% женщины, медиана возраста 34 [29-40] лет. Измерялись параметры ЭхоКГ.

Результаты. Медиана длительности СКВ составила 12 [10-14] лет. Основные клинические проявления СКВ на момент включения пациента в исследование – поражение почек (30%), гематологические нарушения (29%), поражение суставов (22%), серозных оболочек (12%) и кожи (7%). Иммунологические нарушения встречались у 92% (60/64) пациентов: позитивный антинуклеарный фактор выявлен у 91%, антитела к двуспиральной ДНК – у 73% больных СКВ. Сопутствующий антифосфолипидный синдром определен у 19%, синдром Шегрена – у 8%, другие синдромы 5% пациентов. Всем пациентам включенными в исследование был назначен Плаквенил – по схеме первые 10 дней по 400мг в сутки, далее по 200 мг в сутки в течение 2 лет. Эффективность и безопасность препарата оценивали после 3-, 6-, 12-, 18-, 24-месячного лечения. До конца исследования Плаквенил получали 88% больных СКВ. Причина отмены Плаквенил – самостоятельное решение пациента, нежелательных явлений (в том числе ретинопатии, переходящей скотомой) в исследуемой группе больных не выявлено. Медиана ежедневной дозы. Следующим этапом нашего исследования было сравнение пациентов, получающих Плаквенил (Плаквенил +, n=42, 70%), и не принимающих данный препарат (Плаквенил-, n=18, 30%). В обеих группах оценивались клинические и лабораторные проявления СКВ, уровни систолического и диастолического АД, липидного спектра, функциональные и структурные показатели сердца, определяемые по Эхо-КГ. В группе Плаквенил + по сравнению с Плаквенил - была больше концентрация антиВ2-ГП-1 класса IgG 8,8 [0,5-16,8] и 0,1 [0,1-2,9] Ед/мл и меньше толщина задней стенки ЛЖ – 8,2 [7,0-9,0] и 9,0 [8,3-9,3] мм соответственно, $p < 0,05$. АД нормально у получавших плаквенил в комбинировании с антигипертензивными препаратами. По остальным показателям значимых различий не обнаружено.

Выводы. Пациенты, длительно болеющие СКВ, не в полной мере выполняют рекомендации по обязательному приему Плаквенил. Кардиотоксичности (как по данным ЭХО-КГ), ретинопатии, обусловленной Плаквенил, в нашем исследовании не выявлено. Напротив, у пациентов, получающих Плаквенил, отмечено уменьшение толщины задней стенки ЛЖ, что потенциально может свидетельствовать о кардиопротективном свойстве препарата. Терапия Плаквенил не оказывала влияния на концентрацию глюкозы, общего холестерина и его фракций, частоту артериальных и венозных тромбозов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПРОИЗВОДНОГО ТИОКАРБАМАТА

Ўрунов Р.Х.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что фармакотерапия различных патологических процессов, в основе которых лежит воспаление, занимает ведущее место среди других методов лечения и его развитие связано с разработкой и использованием новых лекарственных препаратов,

обладающих высокой противовоспалительной активностью. Поэтому поиск и изучение новых противовоспалительных препаратов имеет важное практическое значение.

Цель работы – изучение противовоспалительных свойств одного из новых производных тиокарбамата с условным шифром БИК-116.

Материал и методы. Это соединение синтезировано на кафедре биологической и медицинской химии ТМА, представляет собой мелкокристаллический порошок, плохо растворимый в воде. Поэтому его применяли в виде суспензии на 3% - крахмальном клейстере.

Исследования проводили на белых крысах смешанной популяции массой 150-220 г и белых мышях смешанной популяции массой 18-22 г.

В качестве эталона для сравнения были использованы известные противовоспалительные средства: бутадиион (в дозе 100 мг/кг) и индометацин (10 мг/кг). Эти препараты в указанных дозах проявляют наиболее выраженную антифлогистическую активность.

Противовоспалительное действие БИК-116 изучалось на широко известных моделях артритов, вызванных формалином (1% раствор), каррагенином (2%), гистамином (0,1%), серотонином (0,2%) и простагландином E₂. Флогогенные агенты вводились в количестве 0,1-0,2 мл в тыльную поверхность апоневроза голеностопного сустава крыс.

Противовоспалительную активность препарата определяли с помощью плетизмометра (онкометрически) по разности объема лапок контрольных и подопытных животных. Исследуемое вещество вводилось внутрь по известной схеме за 72, 48, 24 и 2 часа до введения раздражающих веществ в дозах 25, 50 и 100 мг/кг.

Острая токсичность препарата изучалась на белых мышях при пероральном введении.

Результаты экспериментов обрабатывали с помощью пакета программного обеспечения Biostat 2009.

Результаты и обсуждение. Установлено, что под влиянием БИК-116 заметно подавляется развитие формалинового отека у крыс. Так, если у животных контрольной группы средний прирост объема лапок через 6 часов после введения формалина равнялся 105,7%, то у крыс, получавших БИК-116 в дозах 25, 50 и 100 мг/кг, средний прирост объема лапок составлял соответственно 78,5, 48,5, и 35,7%.

В аналогичных условиях под влиянием бутадииона и индометацина средний прирост объема лапок равнялся 75,7 и 56,3% соответственно.

Следовательно, противовоспалительная активность препарата БИК-116 в дозах 25, 50 и 100 мг/кг равнялась соответственно 25,7, 54,1 и 66,3%, бутадииона и индометацина – 28,4 и 46,8% по сравнению с контролем.

Примерно такие же данные были получены при изучении влияния БИК-116 на течение артритов, вызванных каррагенином, а также медиаторами воспаления – гистамином, серотонином и простагландином E₂.

У БИК-116 очень низкая токсичность и большая широта противовоспалительного действия. По этим показателям он имеет значительное преимущество перед бутадиионом и индометацином.

Следует отметить, что БИК-116 является весьма малотоксичным соединением. Так, при даче внутрь даже в дозе 2000 мг/кг, он не вызывает гибели мышей. Следовательно, его ЛД₅₀ находится за пределами вышеуказанной дозы. Согласно данным литературы, при пероральном применении у мышей ЛД₅₀ равна для бутадииона 430 мг/кг и индометацина 47 мг/кг. Сопоставляя эти данные, можно заметить, что БИК-116 более чем в 5 раз менее токсичнее бутадииона и 42 раза индометацина.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет заключить, что новое производное тиокарбамата (БИК-116) является малотоксичным и высокоактивным противовоспалительным препаратом, обладающим большой широтой терапевтического

действия. БИК-116 представляет практический интерес в качестве потенциального противовоспалительного препарата.

Выводы. 1. Новое производное тиокарбомата (БИК-116) обладает сильным противовоспалительным действием и в этом отношении он превосходит бутадиион и индометацин.

Примерно такие же данные были получены при изучении влияния БИК-116 на течение артритов, вызванных каррагенином, а также медиаторами воспаления – гистамином, серотонином и простагландином E₂.

У БИК-116 очень низкая токсичность и большая широта противовоспалительного действия. По этим показателям он имеет значительное преимущество перед бутадиионом и индометацином.

ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность лечения бактериального вагиноза при использовании различных вариантов пробиотикотерапии на основе анализа данных литературы.

Материалы и методы исследования: анализ источников научной литературы.

Результаты исследования. Длительная антибактериальная терапия инфекционных заболеваний влагалища может нанести вред здоровой микробиоте влагалища. Новые терапевтические стратегии включают использование пребиотиков и/или пробиотиков для профилактики этих осложнений. Пробиотики – это живые микроорганизмы, в основном образованные *Lactobacillus spp.*, используемые для восстановления физиологической микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе (БВ).

Несомненно, главной целью терапии БВ является обеспечение стойкой колонизации влагалища жизне- и конкурентоспособными лактобактериями, активно продуцирующими молочную кислоту. В систематическом обзоре 2013 г., проведенном Huang et al. уже подтвердили возможный благоприятный эффект пробиотиков для лечения БВ. Анализ включал 12 рандомизированных исследований, в которых пробиотики вводились перорально или вагинально с периодами продолжения от 4 недель до 6 месяцев. Результаты показали, что введение пробиотиков способно увеличить частоту излечения у женщин с БВ, хотя некоторые подгруппы анализов не смогли доказать положительный эффект введения пробиотиков при длительном лечении (> 1 месяца).

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании Cohen CR, et al (2020) показано, что использование *L. crispatus* CTV-05 (Lactin-V) два раза в неделю в течение 11 недель после окончания 5-дневного курса лечения вагинальным метронидазолом привело к значительному снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза через 12 недель по сравнению с плацебо, и эффект сохранялся до 24 недели. Russo R., et al (2018) оценена эффективность пробиотической смеси, включающей *Lactobacillus acidophilus* GLA-14 и *Lactobacillus rhamnosus* HN001, в комбинации с бычьим лактоферрином в качестве адьювантной терапии и метронидазола у женщин с рецидивирующим БВ. После лечения метронидазолом прием капсул лактобактерий с лактоферрином повторяли каждый месяц начиная с первого дня менструального цикла, в течение шести месяцев. Оба метода показали высокую эффективность в восстановлении числа лактобактерий и предотвращении рецидива БВ.

Долгушина В.Ф. и соавт. (2019) рекомендуют второй этап лечения БВ вести дифференцированно в зависимости от состояния лактофлоры. После лечения антисептиком обнаружение грамположительных полиморфных палочек при микроскопическом исследовании отделяемого влагалища по Граму в размере 2-15 мкм в умеренном количестве

позволяет использовать метод закисления влажной среды. Угнетение лактофлоры в мазке может являться показанием для дотации культуры лактобактерий.

В ходе исследования Зорниковым Д.Л. и соавт. (2015) было отмечено, что после лечения пробиотиками видовой состав лактофлоры не изменялся: доминирующий вид лактобактерий чаще оставался прежним, а если и менялся, то на вид, ранее присутствовавший в микробиоценозе в качестве сопутствующего.

Заключение. Таким образом, пероральное и местное применения пробиотиков, которые направлены на восстановление функции влажной среды, проходят разные этапы исследований. При этом необходимо учитывать, что результаты исследования могут зависеть от способа введения (пероральный/интравагинальный), дозировки, различия в используемых штаммах пробиотических бактерий, а также характеристики исследуемой популяции.

МЕСТО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саидов Ш.Б., Камолова М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность является одной из наиболее важных проблем современной медицины (Барышникова Г.А. и соавт. 2018). Лидирующую позицию среди всех нозологий занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) которая часто сочетается с артериальной гипертензией. Улучшение состояния пациентов, снижение смертности и частоты возникновения сердечно-сосудистых осложнений являются наиболее важной задачей лечения ИБС и АГ (Лутай М.И. 2020).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность антигипертензивной терапии комбинированным препаратом у пациентов с ИБС и АГ в динамике терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были обследованы 25 пациентов с ишемической болезнью сердца, которые имели сопутствующую АГ II степени. И из них мужчин 56% (n=14), женщин 44% (n=11), средний возраст $57,2 \pm 2,9$ лет. В качестве антиишемической и антигипертензивной терапии все пациенты получали комбинированный препарат престиллол содержащий периндоприл 10 мг как ингибитора ангиотензинпревращающего фермента, а также бисопролол 5 мг как бета-адреноблокатор 1 раз в день утром. Пациенты наблюдались в дни пребывания в стационаре длительностью 10 дней и через 4 недельной терапии. У всех пациентов изучали показатели систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Также изучали частоту сердечных сокращений (ЧСС). Данные показатели изучались в первые дни пребывания в стационаре, в день выписки и через 4 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования пациентов САД в первые дни составлял $167,6 \pm 4,8$ мм.рт.ст., в день выписки $134,6 \pm 3,5$ мм.рт.ст., через 4 недели $126,0 \pm 3,2$. Показатель ДАД у обследованных пациентов в первые дни составлял $95,2 \pm 4,2$ мм.рт.ст., в день выписки $78,2 \pm 4,5$ мм.рт.ст., через 4 недели $74,2 \pm 3,1$. В свою очередь уровень ЧСС в первые дни $81,4 \pm 1,4$ в минуту, в день выписки $71,9 \pm 1,6$ в минуту, в динамике терапии через 4 недели $65,6 \pm 1,4$ в минуту.

ВЫВОДЫ. Таким образом, прием комбинированного препарата престиллол, содержащего периндоприл и бисопролол в динамике терапии сопровождался эффективным снижением АД и ЧСС, что в целом отображает положительный результат применения комбинированного препарата.

АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саидов Ш.Б., Шарипова А.У., Абдувосиков Ж.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из основных причин смерти во всем мире является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая всё еще доминирует среди всех нозологий (Vardhan Shorewala 2021). При этом артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, вносящим значительный вклад в бремя сердечно-сосудистых заболеваний и инвалидность во всем мире. Оптимальная борьба с ней всё еще остается в значительной степени главным вопросом здравоохранения (Gianfranco Parati 2021). Одной из важной задачей лечения ИБС и АГ является снижение сердечно-сосудистых событий (Лутай М.И. 2020).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить антиремоделирующую эффективность антигипертензивной и антиишемической терапии комбинированным препаратом у больных с ИБС и АГ в динамике терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В данном исследовании было обследовано 25 больных с ИБС+АГ II степени (мужчин 56% (n=14), женщин 44% (n=11), средний возраст 57,2±2,9 лет). Всем больным помимо стандартной терапии назначили комбинированный препарат - престилол 5/10 мг (периндоприл/бисопролол) 1 раз в сутки, как антиишемическая и антигипертензивная терапия. У больных изучали показатели эхокардиографии (ЭхоКГ) в первый день и через 4 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования больных с ИБС+АГ II степени показатели ЭхоКГ в первый день терапии проявлялись в следующем: конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) составлял - 4,65±0,05 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) - 2,80±0,04 см, конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) – 131,20±3,51 мл, фракция выброса (ФВ) 56,6±0,9%. В динамике терапии КДР ЛЖ - 4,48±0,04 см, КСР ЛЖ - 2,68±0,05 см, КДО ЛЖ – 125,42±3,45 мл, ФВ 59,4±1,1%.

ВЫВОДЫ. Таким образом, комбинированный препарат сочетавший в себе периндоприл и бисопролол показал антиремоделирующую эффективность антигипертензивной и антиишемической терапии. Это эффективность проявлялась в снижении КДР ЛЖ на 3,7%, КСР ЛЖ – 4,3%, КДО ЛЖ - 4,4% и в увеличение показателя ФВ на 4,9%, тем самым отображая положительный результат применения комбинированного препарата.

ВЛИЯНИЕ ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

ВВЕДЕНИЕ. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) негативно воздействуют на функционирование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (Иконникова А.Ю. и соавт. 2019). Микроэлемент цинк исполняет важную роль для функционирования органов пищеварения (Подобед В.М. 2015). Местное воздействие цинк проявляется в стимуляции регенерации тканей, системное - влияя на нейроэндокринную и иммунную систему (Skrovanek S. et al. 2014).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эндоскопическую картину НПВП-гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в динамике терапии при использовании препарата цинка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были обследованы 25 пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в анамнезе которых отмечается приём НПВП. Мужчин 68% (n=17), женщин 32% (n=8), средний возраст $51,5 \pm 5,8$ лет. В обследованной когорте пациентов остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника был у 56% (n=14), остеохондроз поясничного отдела позвоночника - у 44% (n=11), остеоартрит (остеоартроз) коленных суставов I-II стадии - у 76% (n=19). У всех пациентов изучали эндоскопическую картину НПВП-гастропатии в первый день и на 10 день терапии. Все пациенты получали помимо базисной терапии препарат цинка (Иммуноцинк 50 мг/сут) с курсом лечения 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования эндоскопическая картина проявлялась в следующем. Эрозии в ЖКТ - 80% (n=20), из них единичные эрозии тела желудка - 36%, множественные - 8%. Единичные эрозии антрального отдела (АО) - 12%, множественные - 8%. Эрозии 12-перстной кишки (ДПК) - 16% (n=4). В свою очередь, встречаемость язв в ЖКТ составляло 20% (n=5), из них единичные язвы тела желудка и АО по 8% каждый, единичные язвы ДПК - 4%. В динамике терапии цинком эрозии в желудке составляло 44% (n=11), в 12-перстной кишке - 12% (n=3). Язвы, локализованные в желудке - 12% (n=3).

ВЫВОДЫ. Таким образом, проведенные исследования с применением препарата цинка дополнительно к базисной терапии при лечении НПВП индуцированной гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата выявило положительный сдвиг эндоскопической картины у данных пациентов, что в дальнейшем требует изучить полученные результаты с целью повышения эффективности терапии НПВП индуцированной гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИОКТАЦИДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Сапаева З.А.

Ургенский филиал Ташкенской медицинской академии

Цель: Настоящего исследования является изучение сравнительном аспекте эффективность препарата Тиоктацид у больных сахарным диабетом 2-типа с диабетической нефропатии

Материалы и методы: В исследование были включены 60 больных с клинически установленным диагнозом «Хроническая болезнь почек» с нефропатией диабетической этиологии находившиеся на стационарном лечении, в период с января по апреля 2021 года в течении 10 дней и последующим амбулаторным наблюдением в течении 20 дней. Для оценки эффективности проводимой антиоксидантной терапии использовались такие показатели, как динамика субъективных и объективных симптомов болезни, а также динамика лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, Нечипоренко, мочевины, креатинин, калий, общий белок, СКФ, ПТИ, фибриноген, Ультразвуковое исследование почек). Комплексное лечение включало: в ходе исследования больные получали сходные дозы Тиоктацид вводят внутривенно, медленно путем инфузий по 1 ампуле (600 мг восстановленного тиоктацида) + Хлорид Натрия 0.9 % - 200.0 1 раза в сутки течение 10 дней. Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования все больные до лечения имели клиничко-лабораторные признаки нефропатии умеренной и высокой степени активности. При поступлении были следующие показатели: СОЭ $20,1 \pm 1,8$ мм/ч, мочевины $15,6 \pm 2,4$ ммоль/л, креатинин $190 \pm 11,8$ ммоль/л, протеинурия $1,72 \pm 0,42$ г/л, СКФ $63 \pm 3,8$

мл/мин. После лечения у больных наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: СОЭ понизилась до $16,5 \pm 3,7$ мм/ч ($p < 0,05$); протеинурия умеренно уменьшилась до $0,99 \pm 0,6$ г/л ($p < 0,05$); показатель мочевины снизилась до $12,7 \pm 0,32$ ммоль/л ($p < 0,01$); креатинина до $168 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,001$), СКФ уменьшилась достоверно.

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

Препарат Тиоктацид хорошо переносится больными диабетической нефропатии.

Антиоксидант Тиоктацид при месячном курсе лечения привел к достоверному снижению уровня мочевины и креатинина, тем самым устраняя проявления эндотоксемии у больных с диабетической нефропатии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА КРЕЗОДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Собиров.Ю.А., Курязов А.К., Курбонов Д.Ф.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Актуальность работы: Лечение хронического верхушечного периодонтита является одной из важных и не полностью решенных проблем клинической стоматологии. Несмотря на совершенствование эндодонтического лечения и технологии появления большого арсенала лекарственных средств, процесс восстановления функции зубов остается актуальным. Учитывая, что перапикальные очаги воспаления при хронических формах периодонтитов могут приводить к развитию хронических одонтогенных очагов инфекции. организма, что требует поиск имеющей тенденции к снижению.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилась 30 пациента (20 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 20-64 лет. Диагноз хронического верхушечного периодонтита ХВП ставили после выяснения жалоб и объективного осмотра больных. Состояние периодонта и костной ткани изучали с помощью рентгенографии. 20 больных, составивших основную группу, лечились с применением раствором крезодента, 10 пациентов контрольной группы получали лечение с применением препарата 1% йодиола. Крезодент содержит в своём составе хлорфенол, активное бактерицидное вещество, камфору, дексаметазон 01%, смягчающую действие фенолов, обладающую седативными свойствами. Лечение заключалось во вскрытии полости зуба. Механическая обработка корневых каналов проводилась эндодонтическими инструментами, K-File, K-Reamer №15-40 пациентам основной группы и контрольной группы. Для пломбирования корневых каналов использовали пломбировочный материал для корневых каналов ТИОДЕНТ. После пломбировки осуществляли рентгенологическое исследование. Всего было вылечено 30 зуба с ХВП 22 однокорневых 8 многократных. Ватные турунды на корневой игле пропитывали антисептиком и 4-5 –кратно обрабатывали корневой канал до исчезновения запаха.

Результаты: Анализ клинических результатов показал, что при ХВП раствор крезодента примененный в качестве антисептика оказал благоприятное действие на микробную флору корневых каналов. После оставления турунды с раствором крезодента (герметично) больные жалоб не предъявляли. Через 3 дня при отсутствии жалоб повязки удаляли, корневые каналы просушивали и пломбировали. У лиц контрольной группы, которые лечились с применением 1% йодиола жалоб на боль отсутствовали. Гиперемия и отека окружающих зуб тканей не наблюдалось, корневые каналы пломбировали во второе посещение.

Выводы: Рентгенологическое исследование показало что у больных, леченных в ближайшие и отдалённые сроки наблюдения (6,8,12мес) обострения процесса не наблюдалось. Таким образом, применение раствора крезодента при лечении хронических форм периодонтитов эффективно в отношении различных микробов. Не вызывает аллергические реакции, благотворно влияет не только на макро и микроканалы, но и способствует полноценному восстановлению костной ткани.

РОЛЬ СТАТИНОВ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сони́на Е.В., Чуменко О.Г., Кучеренко В.С., Сонин Д.Н.

ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки

За последнее десятилетие учеными мира констатирован тот факт, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не только не снизилась, но и возросла, получила глобальное распространение и заняла одно из ведущих мест среди всех причин утраты трудоспособности. Основными причинами стали: ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания, удельный вес которых в общей смертности составляет до 60% и болезни кровообращения – до 28%. Одним из основных факторов риска ССЗ является повышение содержания холестерина, ведущее к развитию атеросклероза, а атеросклероз в свою очередь – основная причина развития ИБС. Эта проблема имеет важнейшее социальное значение и терапевтической целью является замедление течения болезни с помощью использования в лечении у данной группы пациентов статинов – ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-кофермента А редуктазы (ГМГКоА-редуктазы).

Целью работы являлось изучение возможности применения статинов в условиях коронавирусной инфекции у больных с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты и их обсуждение. Снижение холестерина (ХС) и липопротеидов в плазме крови происходит путем угнетения ГМГ-КоА –редуктазы и синтеза ХС в печени и за счет увеличения количества рецепторов к липопротеидам низкой плотности (ЛПНП) на мембранах гепатоцитов, что приводит к усилению поглощения и катаболизма ЛПНП. Пандемия COVID-19 оказала беспрецедентное воздействие на здоровье миллионов людей во всем мире, в том числе и на пациентов с ССЗ, которые вошли в группу риска ранних осложнений и высокой летальности. Данная вирусная инфекция быстро поражает сердечно-сосудистую систему, вызывая инфаркты миокарда, вирусные миокардиты, тахикардии и стрессовые кардиомиопатии. Учитывая необходимость применения статинов у данной группы пациентов нужно оценивать и их плеiotропные механизмы, а именно возможное ограничение патогенного действия вируса на организм, за счет влияния на липидные клеточные структуры (плазматические мембраны) и снижения в них концентрации липидов. Важно знать, что при использовании статинов возможно ограничение взаимодействия вируса с рецепторами ангиотензинпревращающего фермента-2 (АПФ-2). Противовоспалительный эффект заключается в блокировке молекулярных механизмов воспаления, включая NF-κB и NLRP3. Обладая высоким профилем безопасности защитный эффект против тяжелой коронавирусной инфекции может быть связан еще и с ингибированием связывающих способностей вируса. Для проникновения в клетки вирус использует не только молекулу АПФ -2, но и холестерин. Уменьшение уровня холестерина способствует снижению проникновения вируса в клетки. Превращая сосудосуживающий ангиотензин II в ангиотензин I развивается противовоспалительное, антифиброзное и сосудорасширяющее действие, а ACE 2 концентрируется в сердце и на альвеолярных эпителиальных клетках легких, где именно с ним и взаимодействует SARS-CoV-2, когда проникает в клетки. Ингибируя основную протеазу SARS-CoV-2 у пациентов с коморбидной патологией развитие «цитокинового шторма» ограничивается. В приоритете действия статинов еще и влияние на коагуляцию крови, возможное ограничение симпатической активности нервной системы.

Заключение. Пациенты с ССЗ при коронавирусной инфекции имеют худший прогноз. Использование статинов в лечении ССЗ патогенетически обосновано. Учитывая их плеiotропные механизмы, при коронавирусной инфекции больным с ССЗ необходимо применять статины в целевых дозах.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сулаймонова Г.Т., Бахранов Б.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования. Сравнить влияние двух вариантов комбинированной антигипертензивной терапии с использованием ингибитора ангиотензинпревращающего фермента и тиазидного диуретика и в сочетании их со статинами на показатели артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследованы 40 мужчин в возрасте 30–65 лет, страдающих мягкой и умеренной АГ согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999) Больные были разделены на 4 группы, сопоставимые по возрасту и другим параметрам.

Первая группа (n=22) получала нолипрел (периндоприл 2 мг/индапамид 0,625 мг) однократно утром, при недостижении целевого уровня АД – нолипрел форте (периндоприл 4 мг /индапамид 1,25 мг). Вторая группа (n=22) получала энзикс (эналаприл 10 мг/индапамид 2,5 мг) однократно утром, при неэффективности – энзикс дуо (эналаприл 20 мг/индапамид 2,5 мг). Третья группа (n=22) получала нолипрел (периндоприл 2 мг/индапамид 0,625 мг) однократно утром, при недостижении целевого уровня АД – нолипрел форте (периндоприл 4 мг /индапамид 1,25 мг) в сочетании с аторвастатином в стартовой дозе 10 мг/сут. Четвертая группа (n=22) получала энзикс (эналаприл 10 мг/индапамид 2,5 мг) однократно утром, при неэффективности – энзикс дуо (эналаприл 20 мг/индапамид 2,5 мг) в сочетании с аторвастатином в стартовой дозе 10 мг/сут.

У всех больных исходно и через 8 недель измеряли офисное АД, ЧСС, проводили суточное мониторирование АД с измерением коэффициента ригидности сосудистой стенки и оценивали качество жизни. Во всех группах состояние пациентов оценивали исходно и по окончании курса лечения.

Результаты. В 1-й группе за 8 недель лечения АД снизилось со $155 \pm 25 / 93 \pm 8$ до $128 \pm 0,10 / 79 \pm 0,5$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). ЧСС достоверно снизилась с $75 \pm 0,8$ до $71 \pm 0,6$ уд/мин ($p < 0,001$).

Во 2-й группе за 8 недель лечения АД снизилось с $157 \pm 0,14 / 94 \pm 0,8$ до $131 \pm 11 / 81 \pm 6$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). ЧСС достоверно снизилась с $75 \pm 0,4$ до $72 \pm 0,2$ уд/мин. За 8 нед лечения нолипрелом/ нолипрелом форте удалось снизить уровень САД на 27 % и ДАД на 13 %, что позволило достигнуть целевого уровня АД у 87 % больных.

В 3-й группе за 8 недель лечения АД снизилось с $159 \pm 23 / 93 \pm 8$ до $127 \pm 10 / 77 \pm 5$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). ЧСС снизилось с $74 \pm 0,7$ до $69 \pm 0,5$ уд/мин ($p < 0,001$).

В 4-й группе к 8 неделе лечения АД снизилось с $160 \pm 14 / 95 \pm 8$ до $129 \pm 11 / 81 \pm 6$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). ЧСС с $74 \pm 0,9$ до $70 \pm 0,5$ уд/мин ($p < 0,001$).

Выводы. После 8 недель лечения во всех 4 группах отмечались благоприятные изменения параметров суточного мониторирования АД получавших сочетанную со статинами терапию.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С., Сулейманов Ф.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Нарушения иммунной системы, выявляемые при воспалительных заболеваниях органов пищеварения, определенным образом влияют на течение патологии, способствуют хронизации воспалительного процесса и снижают механизмы репарации. Изменения в

системе иммунитета способствуют развитию хронического холецистита (ХХ). В связи с отмеченным мы изучили иммунную систему и провели иммунотерапию у больных ХХ.

Параметры иммунной системы были проанализированы у 68 больных с диагнозом ХХ от 35 до 77 лет, из них женщин было 46 (77%), мужчин – 22 (23%). 23 (33,8%) больных были прооперированы по поводу хронического калькулезного холецистита, остальные – 45 (66,2%) - лечились консервативно.

Клеточный иммунитет определяли с помощью моноклональных антител к CD-рецепто-рам (ООО «Сорбент-Сервис», Россия): Т-лимфоциты (CD3); Т-хелперы (Тх – CD4); Т-супрес-соры (Тс – CD8); В-лимфоциты (CD19) и иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - CD4/CD8. Уровень сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G определяли по Mancini (1968). Иммунологические параметры изучали дважды: на 2-5 сутки с момента госпитализации больного, а также спустя 1 месяц после проведения лечения. Контрольная группа состояла из 36 здоровых лиц. Препарат тимоптин (Узбекистан) получили 17 (35,5%) больных. Эффективность иммунокоррекции оценивали по формуле: $Ki = (B - A) / A \times 100\%$, где Ki – индекс иммунокоррекции, А – параметр до, В – параметр после лечения. Иммунокорректирующую терапию считали эффективной при $Ki > 10\%$.

У больных ХХ выявили уменьшение относительной величины CD3+ клеток до $36 \pm 2\%$ ($p < 0,001$), Тс (CD8+) ($p < 0,001$) по сравнению с контролем. Если в контрольной группе ИРИ составлял 2,1, то у больных ХХ ИРИ равнялся 3,4 ($p < 0,001$). Относительное содержание В-лимфоцитов (маркер CD19+) было выше контроля – $19 \pm 2\%$ ($p < 0,01$). У больных ХХ отмечался дефицит гуморального звена иммунной системы, что проявлялось в понижении уровней IgA и IgM. Тимоптин назначался на фоне общепринятого (традиционного) лечения, включавшего консервативную терапию и оперативное вмешательство. Иммуномодулин использовали в дозе 1 мл (0,01% раствор) внутримышечным способом в течение 10 - 12 дней.

У больных ХХ, не получивших иммунокорректирующего лечения тимоптином, не происходило восстановления иммунного статуса: CD3+ ($p > 0,05$). Введение же в схему комбинированного лечения тимоптина приводило к умеренному возрастанию клеточно-гуморального иммунитета, а именно увеличение общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) – $47 \pm 2\%$ ($p < 0,001$), В-лимфоцитов (CD19+) до $21 \pm 2\%$, а также снижение ИРИ (3,1) с увеличением доли Тс (CD8+), что, конечно, является предиктором эффективности от проведенной иммунотерапии. При этом Ki для CD3+ клеток составил 31%-34%, а для В-лимфоцитов (CD19+) – 10,5%-12,3%, что, несомненно, является отражением положительной динамики изменений от проведенной иммунокоррекции. Кроме этого, имела тенденция в снижении IgG ($p > 0,05$) в процессе иммунотерапии, однако IgM и IgA сохранялись на низком уровне.

Таким образом, ХХ сопровождается глубокой супрессией иммунного статуса, что обуславливает трудности в достижении эффекта при использовании традиционных методов лечения. Использование тимоптина приводило к эффективному устранению расстройств клеточного звена иммунитета (Т-лимфоцитов), улучшению клинического течения и снижению осложнений у больных ХХ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Таджиева З.Б.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Актуальность. Дизметаболическая нефропатия является одной из актуальных проблем современной педиатрии. Считается, что ДМН и МКБ относятся к болезням, распространенность которых в экологически неблагоприятных регионах стоит на одном из первых мест. Применение медикаментозной коррекции при ДМН проводится с целью

воздействия на обменные процессы и призвано снижать концентрацию литогенных веществ в сыворотке крови и моче.

Цели и задачи. Изучение клинико-лабораторной эффективности применения препарата Уролесан в комплексной терапии оксалатно-кальциевой нефропатии у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 детей в возрасте от 3-х до 14 лет, с диагнозом оксалатно-кальциевая нефропатия. Среди них 60% девочек и 40% мальчиков. В зависимости от терапии дети были разделены на две группы: основная – 45 детей, которые получали препарат Уролесан+диетатерапия; группа сравнения – 55 детей, которые получали традиционное лечение. Уролесан назначали по 5 мл 3 раза в день до еды, в течение 20 дней. Всем детям проводили определение уровня оксалатов в моче, УЗД почек.

Результаты и обсуждение. Большинство детей, которые вошли в группу исследования никаких жалоб не предъявляли. У 85% детей оксалаты в моче были выявлены случайно, на фоне ОРЗ. Со слов родителей у детей постоянно в анализе мочи определяли оксалаты, но никакого лечения или специальной диеты дети не получали. До лечения в моче уровень оксалатов составил 4 и более +. На УЗД исследовании у всех детей определялись соли в почках, у 18% детей интерстициальный нефрит, у 25% детей картина хронического пиелонефрита. Очень важным моментом в лечении оксалатной нефропатии является увеличение диуреза. При назначении Уролесана за счет содержащихся в нем терпенов возникает увеличение почечного кровотока, что приводит к увеличению диуреза. Кроме того, терпены выводятся с мочой в форме соединений с глюкуроновой кислотой, которая в моче играет роль защитного коллоида, препятствующего процессу кристаллизации мочи. Эфирные масла, которые имеются в составе препарата, обладают свойством растворять различные липиды, жиры, стерины.

После лечения у детей основной группы в моче оксалаты не определялись, тогда, как у 48% детей группы сравнения в моче определяли оксалаты ++ или ++++. Препарат хорошо переносился детьми, побочные эффекты не наблюдались.

Заключение. Фитотерапия, использующая растения и растительные экстракты, стремительно становится альтернативной формой лечения многих заболеваний. Это объясняется многими обстоятельствами, главными из которых являются доступность и безопасность их использования. Залогом эффективности терапии при оксалатно-кальциевой нефропатии является не только устранение дисметаболических нарушений, но и длительная поддерживающая коррекция с целью предотвращения рецидивов и трансформации в нефролитиаз. Уролесан является эффективным и безопасным препаратом растительного происхождения для терапии больных с оксалатно-кальциевой нефропатией.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.

Тожибаева Д.М., Матрасулова Д.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель работы: Оценить антигипертензивный и метаболический эффекты комбинированной терапии препаратами ИАПФ и АК у пациентов с АГ, с избыточной массой тела и сахарным диабетом типа 2.

Материалы и методы: В исследование включены 32 пациента в возрасте 34-68 лет. Продолжительность исследования составила 24 недели. Оценивались: динамика АД по сравнению с исходными показателями, снижение АД до целевого уровня, динамика биохимических показателей крови – глюкозы, липидного спектра, гликированного гемоглобина и массы тела.

Результаты:МС лежит в основе патогенеза таких грозных состояний, как АГ, СД типа 2, атеросклероз, которые являются основными причинами развития ССО и повышенной смертности. Контроль АД по эффективности улучшения прогноза ССЗ у

больных сахарным диабетом типа 2 занимает в настоящее время приоритетное место по сравнению с другими вмешательствами.

Очень важным критерием эффективности терапии является достижение целевых цифр АД. В группе больных, принимающих комбинированную гипотензивную терапию препаратами Лизиноприл (Лизинокор) 5мг и Адипин (Амлодипин) 5мг прослеживалось достоверное снижение САД по сравнению с исходными значениями уже через 2 недели регулярного приема препаратов и более выраженное через 4 недели. Колебания ДАД через 4 недели были существенно меньше. С учетом комбинированной терапии целевого уровня САД и ДАД ($АД \leq 140/90$ мм рт. ст.) достигли 29 пациентов (96,6%). Подтверждена высокая эффективность монотерапии Амлодипином (Адипин) у пациентов при легкой и умеренной АГ, составившая 72-76%. Отсутствуют также достоверные изменения ЧСС, свидетельствующие об отсутствии активации симпато-адреналовой системы препаратами из группы АК. В группе больных, принимавших комбинированную терапию отмечено достоверное снижение показателей глюкозы ($p \leq 0,01$); снижение гликированного гемоглобина до уровня менее 6,5%; отчетливая тенденция к уменьшению уровня общего холестерина и ХС липопротеидов низкой плотности. Соблюдение правильного образа жизни и диеты согласно рекомендациям врача способствовало более выраженной динамике снижения массы тела у больных, принимавших комбинированную терапию по сравнению с больными, находящимися на монотерапии Амлодипином. При комбинированной терапии не было отмечено ухудшения показателей липидного спектра и углеводного обмена. Через 6 месяцев установлено снижение уровня индекса массы тела и объемных показателей ОТ и ОБ.

Выводы. Таким образом, назначение ИАПФ (Лизинокора) и Амлодипина (Адипин) в комбинации с мероприятиями по изменению образа жизни и соблюдению диеты больным сахарным диабетом типа 2 с артериальной гипертонией способствовало достижению целевого уровня АД, уменьшению уровня холестерина, снижению уровня глюкозы натощак, постпрандиальной глюкозы и достижению уровня гликированного гемоглобина менее 6,5%, снижению веса. Медикаментозная комбинированная коррекция АГ является условием увеличения чувствительности тканей к инсулину и снижения риска развития ССО.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тожибаева Д.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Сахарный диабет (СД) – серьезная медико-социальная проблема всех стран и всех возрастов. Сочетание СД типа 2 (СД2) и ишемической болезни сердца (ИБС), по некоторым данным, составляет 70–80% у больных сахарным диабетом. Плохой гликемический контроль наиболее значимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений, что подтверждено в различных фундаментальных исследованиях. В современной диабетологии все большее внимание уделяется не только точечным измерениям гликемии и фиксации точек гипер- и гипогипогликемии, но и суточным экскурсиям уровня глюкозы крови, которые могут стать предикторами сердечно-сосудистых событий. Одним из перспективных направлений в фармакотерапии СД2 являются инкретиновые механизмы регуляции гомеостаза глюкозы, имеющие физиологичный, глюкозозависимый сахароснижающий эффект. Для того чтобы эффективно и безопасно улучшить уровень гликемического контроля у пациентов с СД2 и ИБС, необходимо тщательно изучить влияния различных вариантов комбинированной сахароснижающей терапии на углеводный обмен. *Цель* – оценить эффективность и

безопасность гликемического контроля у пациентов с СД2 и ИБС при применении ингибиторов ДПП-4 в сочетании с метформином.

Материал и методы. Пациентам с СД2 и стабильной ИБС в состоянии декомпенсации ($HbA_{1c} > 7\%$) на монотерапии метформином в суточной дозе не более 2000 мг, на первом этапе исследования проводятся клинический осмотр, лабораторные и инструментальные исследования, включая клинический анализ крови, биохимический анализ крови, суточное мониторирование глюкозы крови (CGMS), суточное мониторирование ЭКГ с расчетом вариабельности сердечного ритма. На втором этапе исследования будет проведена коррекция сахароснижающей терапии с целью улучшения показателей углеводного обмена. Для этого после рандомизации на 2 группы пациентам 1-й группы в дополнение к метформину будет добавлен ситаглиптин, а пациентам 2-й группы метформин в сочетании с гликлазидом. Продолжительность лечения составит 3 мес, после чего будет произведено контрольное обследование пациентов по прежнему плану.

Ожидаемые результаты. В ходе исследования планируется провести оценку изменения уровня вариабельности гликемии в исследуемых группах и получить максимально физиологические колебания вариабельности гликемии. Полученные данные позволят определить круг предпочтительных пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) у больных СД2 и ИБС, а также уточнить критерии оценки прогноза ИБС у пациентов данной категории.

ФЕНИЛГИДРАЗИНОВАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛА»

Фазилова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Гемолитические анемии – название группы заболеваний, общим признаком которых является усиленное разрушение эритроцитов, приводящее к анемии. При гемолитических анемиях происходит повышенное образование продуктов распада эритроцитов и активизация эритропоэза. Разработанный в НИИ гематологии и переливания крови новый отечественный препарат «Реоманнисол», способный влиять на метаболизм, и электролитный баланс, энергетический обмен на клеточном уровне, может помочь в решении данной задачи.

Цель: Сравнительная оценка влияния отечественного кровезаменителя «Реоманнисол» на некоторые метаболические, функциональные и структурные параметры жизнедеятельности организма в динамике развития экспериментальной гемолитической анемии.

Материал и методы: Для реализации задач исследования были использованы экспериментальные, биохимические и статистические методы исследования. На 120 крысах была воспроизведена модель гемолитической анемии, которую вызывали однократным внутривенным введением 2% раствора фенилгидразина в дозе 50 мг/кг массы животного. Препараты «Реоманнисол» и «Реосорбилакт» вводили в дозе 10 мл/кг веса животных на следующий день после введения фенилгидразина в течение 5 дней. Исследования производили через 1 – 2 – 5 сутки после введения препарата. Животные были разделены на группы: 1-я группа – без индукции гемолитической анемии (интактные), 2-я группа (контрольная) – с гемолитической анемией, 3-я группа (контрольная, сравнения) – с гемолитической анемией после лечения препаратом «Реосорбилакт», 4-я группа (основная, опытная) – животные с гемолитической анемией после лечения препаратом «Реоманнисол».

Результаты. Получены данные, способствующие более глубокому пониманию формирования патогенетических механизмов развития нарушений гемолитической анемии и изменения в периферической крови усиливались по мере увеличения срока наблюдения. Также гемолитическая анемия, характеризовалась значительным

эндотоксикозом. После лечения «Реоманнисолом» наблюдались изменения, свидетельствующие о более эффективном миелопоэзе: у животных увеличивалось количество всех форм предшественников эритроцитов, уменьшалась задержка ядерной дегенерации, что способствует нормализации созревания эритроцитов. Уже через сутки после начала лечения препаратом «Реоманнисол» было отмечено снижение всех показателей эндогенной интоксикации.

Заключение. Вместе с этим, оценка эффективности проводимой терапии позволила выделить высокое положительное действие нового отечественного кровезаменителя «Реоманнисол», проявлявшееся в максимальной коррекции патологических сдвигов в показателях изученных биохимических процессов и структурных компонентах печени и селезенки. Выраженный эффект препарата обусловлен наличием в его составе сукцината натрия и маннитола, являющийся важными метаболическими компонентами, проявляющие антигипоксическое, антиоксидантное, эритропоэтическое и дезинтоксикационное действие.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ИММУНОМОДУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ЎРНИ

Файзиева Ў. Р.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Кириш. Бугунги кунда педиатриянинг долзарб муаммоларидан бири, бронх-ўпка касалликлари асоратидан болалар ўртасидаги ўлим кўрсаткичи ортиши ёки болаларда иккиламчи иммунитет танқислиги синдромига сабаб бўлмоқда. Шу сабабли тиббиётга оид адабиётларда кенг камровли муҳокамага эга. Бир қатор махаллий ва хорижий адабиётларда иккиламчи иммунитет танқислигининг замонавий тушунчалари, унинг шаклланиши ва клиник-иммунологик хусусиятлари келтирилган. Иммунокорректорларнинг асосий вазифаси иммун тизимининг бузилган функцияларини тиклашдир. Иммуномодуляторларни тавсия қилиш учун асос нафас олиш аъзоларининг тез-тез учрайдиган инфекциялари билан иммунитет ҳолатидаги турли хил ўзгаришлар. Иммуномодуляторлар - терапевтик дозаларда организмнинг юкумли касалликларга қарши иммунитет ҳимоясини тиклайдиган дорилар.

Текшириш усуллари. Жами 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган 25 нафар шифохонадан ташқари зотилжам билан касалланган беморларда текширувлар ўтказилди. Асосий гуруҳ беморлари - 25 нафар бола, шу жумладан ўғил болалар - 14, қизлар – 11нафар. Назорат гуруҳига амалий соғлом болалардан иборат бўлиб, 20 нафар бола кузатувга олинди. Иммунологик тадқиқотлар Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси Иммунология ва одам геномикаси институти қошидаги Илмий-диагностика маркази лабораториясида ўтказилди. Интерлейкин-1 (ИЛ-1 α , β , γ), интерлейкин - 4 (ИЛ-4), интерферонлар ҳолати: - қон зардобидидаги интерферон -1 α , β , γ миқдори ўрганилди. Иммунофермент тахлил усули қўлланилди. Натижаларни статистик қайта ишлаш статистик 10.0 дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилди.

Олинган натижалар тахлили. Ўткир асоратланган зотилжамда базис терапия билан бирга иммуномодулятор дори воситаси полиоксидоний инъекцияда қўлланилди. Полиоксидоний препаратини қўллаш усули: Мушак орасига юборишда препаратни 1 мл инъекция учун сувда ёки 0,9% ли натрий хлориди эритмасида эритилди. Болаларга дори воситаси 0,1–0,15 мг/кг дозада буюрилди. Даво курси 5 кундан 7 кунгача берилди.

Хулоса. Пневмонияларни даволашда полиоксидонийни базис терапия билан биргаликда қўллаш, даволашнинг самарадорлигини оширди, даволаш муддатини қисқартирди, антибиотиклар, бронхолитик, муколитиклар қўллашни анча камайтириш имкониятини берди. Дори воситаси яхши ўзлаштирилди, поликлонал фаолликка, антиген

хусусиятларга эга эмас, замбуруғли, аллергия касалликларни чакирмади, мутаген, тератоген ва канцероген таъсирлари қайд этилмади.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ФЛАМАДЕКСА ПРИ БОЛЬЯ В СПИНЕ

Худайбергенов Н.Ю., Жаббаров М.Т.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования. Оценить и изучить эффективность препарата Фламадекса при комплексном лечении больных при болях в спине с вертеброгенными причинами.

Материал и методы исследования. Для оценки анальгетического, противовоспалительного эффекта препарата Фламадекса были обследованы 38 больных в возрасте 25-55 лет (средний возраст – 37,5 года), находившихся на лечении в неврологическом отделении частной клиники «Хоразм-Нейрон». Диагноз верифицировали с помощью МСКТ и МРТ исследований. Клинико-неврологические исследования: анализ интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), степени ограничения подвижности, выраженности симптомов натяжения.

Фламадекс (относится к нестероидным противовоспалительным средствам в составе декскетопрофен трометамол 50 мг, имеющий высокую противовоспалительную активность и мощный обезболивающий эффект) применяли по 50 мг (2,0 мл) в/м 1 раз в день, в течение 5 дней. Кроме этого препарата больным назначали общепринятую терапию. Группу сравнения составили 20 больных, получавших общепринятую терапию, включающую нестероидные противовоспалительные средства других групп.

Результаты и обсуждение. У 63,3% диагностирован рефлекторный синдром, у 39,8% - корешковый синдром. При анализе этиологических факторов выявлен распространенный остеохондроз (у 10), грыжа диска (у 18), протрузия диска (у 8). При оценке эффективности лечения в основной группе отличный эффект наблюдался у 24 больных, хороший – у 12, улучшение – у 2. В группе сравнения хороший эффект был у 10 пациентов, улучшение – у 5, отсутствовал – у 5. Все пациенты, получавшие Фламадекса, отмечали улучшение в виде снижения острого вертеброгенного болевого синдрома, положительно реагировали на лечение, у большинства пациентов наблюдалось быстрое наступление анальгетического эффекта. Переносимость препарата у большинства больных была хорошей. В основной группе при применении Фламадекса уже на 3-й день лечения наблюдалось отчетливое снижение выраженности болевого синдрома. Согласно результатам по шкале ВАШ, Фламадекс является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования вертеброгенного болевого синдрома.

Выводы. Фламадекс является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования вертеброгенного болевого синдрома. У более 75% пациентов наблюдался положительный эффект к 3-му дню лечения. Препарат оказывает мощное анальгетическое и противовоспалительное действие даже при краткосрочном курсе лечения, о чем свидетельствует уменьшение боли у большинства пациентов.

ХРОЗОФОРИН ПРЕПАРАТИНИНГ ГЕРИАТРИЯДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Худайкулова Ф.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўзбекистон мустақилликка эришгандан кейин тиббиётга эътибор, хусусан, халк таобати усуллари билан даволашга эътибор кучайди. Республикамизнинг кўплаб вилоятларида доривор ўсимликларни етиштириш, уларни қайта ишлаш ва янги дори препаратлари ишлаб чиқиш ривожланиб бормоқда.

Халқ табобатида Япон сафорасининг гул ғунчаси ва мевасидан олинган рутин моддаси турли касалликларни даволашда кенг қўлланилиб келмоқда. Рутин витамин Р, С етишмовчилигидан келиб чиқадиган касалликларда, қон томирлар девори ўтказувчанлигини камайтириш ва уларни мустаҳкамлигини оширишда қўлланилади. Япон сафорасининг ватани Хитой ва Япониядир. Ўзбекистон Мустақилликга эришгандан кейинги йилларда Ўзбекистонда манзарали дарахт сифатида ўстирилмоқда.

Кўп йиллик илмий изланишлар натижасида япон сафорасининг ўрнини босадиган, Ўзбекистон флорасида мавжуд бўлган Ошиқўт (*Chrozophora Sabulosak.et.k.*) нинг шифобахш хусусиятларининг аниқланиши катта ахамиятга эга бўлди. Бу борада Хоразмда халқ табобати ривожига улкан хиссасини қўшган олим Собиров Р.С. нинг хизматлари каттадир. Хоразм воҳаси бўйлаб қилинган экспедиция материаллари асосида йиғилган гербарийлар ичидан Қизилқумда ўсувчи Ошиқўтнинг ер устки қисмини ўрганиш натижасида, унда янги “Эпирутин” моддаси борлиги аниқланган. Эпирутиннинг рутин моддасидан фарқи шундаки, бу иккала модда флаваноид биозидлардан иборат бўлиб, рутиндаги глюкоза моддаси фураноз боғламга, рамноза моддаси эса пириноз боғламга эгадир; эпирутинда эса глюкоза пираноз боғламга, рамноза эса фураноз боғламга эга эканлиги аниқланди. Шунингдек, Эпирутиннинг физик- кимёвий хусусиятлари, УФ-ИК спектрофотометрик услубда олинган хулосалар бўйича Эпирутин янги модда эканлиги аниқланди.

Ошиқўтнинг таркибида янги Эпирутин ва витамин “Р” борлигини ҳисобга олган ҳолда, унинг ер устки қисмидан мацерация услубида “Хрозофорин” препарати яратилди. Халқ табобатида шундай таркибли “Иридофлан” ва “” Хоразм тоники” препаратлари ҳам қўлланилади. Хрозофорин таркиби флаваноид биозидлар, витамин “Р” ва эпирутин моддалар йиғиндисидан иборат. Препарат сариқ рангли, кичик кристалл кукунсимон модда бўлиб, у енгил аччиқ таъмга эга, сувда ёмон, спиртда эса яхши эрийди.

Тошкент Тиббиёт академиясининг фармакология кафедрасида профессор М.М.Азимов бошчилигида лаборатор жониворларда тажриба ўтказиб, “Хрозофорин” препаратининг капиллярлар ўтказувчанлигига таъсири ва зарарли хусусиятлари ўрганилган. Бунда, дастлабки олинган натижаларга асосланиб, яратилган янги “Хрозофорин” препарати зарарсиз бўлиб, ўз хусусиятларига кўра витамин “Р” ва рутинга ўхшаб қон томирлар, капиллярлар ўтказувчанлигини пасайтирувчи таъсир кўрсатиши аниқланган. Витамин “Р” ва рутин препаратлари билан солиштириб кўрганда, таъсир қилиш давомийлиги бўйича бир хил эканлиги аниқланди.

Гериатрия – клиник тиббиётнинг кексаларга хос касалликларни ўрганадиган, уларни даволаш ва профилактикаси усуллари ишлаб чиқадиган тиббиётнинг бир соҳасидир. Гериатрияда касалликларни даволаш учун кўпроқ таркибида доривор ўсимликлар ва улардан олинадиган препаратларни ишлатишга эътибор қаратилади.

“Хрозофорин” препарати капиллярлар ўтказувчанлигини пасайтирувчи дори сифатида гериатрик касалликларни: юрак- қон томир касалликлари, модда алмашинуви бузилиши билан кечувчи касалликлар, гастроэнтерологик ҳамда жигар касалликлари ва ҳ.к. ларни даволашда қўлланилди. Мазкур препаратни қабул қилган беморларда қуйидаги яхши натижалар кузатилди: бу беморларда тери ости қон қуйилиши, милклар қонаши, бурундан ва ичаклардан қон кетиши ҳолатлари камайиши, қонда холестерин миқдори камайиши.

Хулоса: ошиқўтнинг маҳаллий ўсимлик сифатида Ўзбекистон флорасида ўсишини ҳисобга олган ҳолда, хомашё базаси етарли бўлиши ва гериатрик касалликларни даволашда мумкинлиги илмий равишда тасдиқланганлиги, дорининг мутлақо зарарсиз эканлиги, капиллярлар ўтказувчанлигини пасайтирувчи дори сифатида гериатрик касалликларни даволашда кенг тавсия қилинади.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРИПАЗИМА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИИ

Худайбергганов Н.Ю., Жаббаров М.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В настоящее время на практике доказана эффективность применения Карипазима или его аналогов при консервативных методах лечения вертеброгенных дорсалгий.

Цель исследования – применить и оценить эффективность препарата Карипазим в комплексном консервативном лечении больных с вертеброгенными дорсалгиями на пояснично – крестцовом уровне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 46 пациентов (20 женщин и 26 мужчин) в возрасте 20-60 лет (средний - $39\pm 1,4$ года). Клинический диагноз у всех больных был подтвержден данными неврологического обследования и применением нейровизуализационных методов (КТ, МРТ). Для изучения выраженности болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ). Процедура с карипазимом (350 ПЕ) на электрофорезе. Карипазим имеют в составе (папаин, химопапаин А, химопапаин В, пептидаза А и В, лизоцим – муколитический фермент) с общей протеолитической активности.

Результаты и обсуждение. Из анамнестических данных было выявлено, что длительность последнего обострения заболевания составляла 2-4 мес. При объективном осмотре обнаружены позвоночные деформации в виде сглаженности поясничного лордоза у 26 больных и умеренного сколиоза у 18. Выявлены дискогенная радикулопатия L_v корешка у 18 пациентов, S_I корешка – у 22, L_v и S_I – у 6. Все больные имели выраженный болевой синдром в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях и по ВАШ он составлял $7,8\pm 0,5$ балла.

Все больные получали традиционное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение: медикаментозную терапию (НПВП, вазоактивные, биостимуляторы, антихолинэстеразные препараты, витамины группы В); лечебные блокады (корешковые, паравертебральные); физиолечение. Помимо этого, у части больных терапию дополняли препаратом Карипазим (350 ПЕ) на электрофорезе. Курс лечения 10 дней. В зависимости от терапии больные были разделены на две группы: 1-ю - 23 пациентов, получавших традиционную терапию, 2-ю - 23 больных, получавших традиционную терапию и электрофорез с Карипазимом.

При анализе эффективности проводимой терапии установлено, что в 1-й группе хорошие результаты лечения отмечены у 11 больных, удовлетворительные – у 5, неудовлетворительные – у 7; во 2-й группе – хорошие результаты лечения отмечены у 16 больных, удовлетворительные – у 5, неудовлетворительные – у 2;

Выводы. Таким образом, включение препарата Карипазим в комплексное консервативное лечение больных с дорсалгиями при вертеброгенной патологии позволяет увеличить эффективность терапии, тем самым способствует снижению процент инвалидизации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЯ GEMOROL В КОЛОПРОКТОЛОГИИ, В ЧАСТНОСТИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ВОСПАЛЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ, АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ

Хужабаев С.Т, Шакулов А.М, Хасанова М.Х

Самаркандский государственный медицинский институт

Состав суппозитория: Matricariae extractum spissum (31); экстрагент вода очищенная 50 мг Belladonnae radice extractum spissum (41); экстрагент этанол 70% v/v 20мг Extractum

compositium spissum (41) ex Cysti scoparli herba, Hippocostani cortice, Tormentillae rhizomate, Millifoliher а экстрагент этанол 40% v/v 80 мг Benzocaiunum 100 мг. Вспомогательные вещества Глицерин (E422) 150 мг Жир твердый до 2 г

Цель исследования: Эффективность применение суппозитория Gemorol в колопроктологии, в частности начальных стадиях воспаления геморроидальных узлов, анальных трещинах.

Актуальность: Геморрой – это заболевание, связанное с тромбозом, воспалением, патологическим расширением и извистью геморроидальных узлов, образующих узлы вокруг прямой кишки. Основными факторами развития является: ожирение, малоподвижный образ жизни или работа, нарушение оттока крови, частые запоры и т.д. Аноректальные заболевания часто встречаются и в нашей стране, как и во всем мире. Особенностью и актуальностью исследования является выбор эффективной тактики и препарата. Гемороль – это ректальные суппозитории, применяемые в лечении симптомов, характерных для геморроя. Гемороль также применяется при хроническом воспалении слизистой оболочки прямой кишки, раздражении и трещинах прямой кишки. Свечи Гемороль снимают боли благодаря обезболивающему действию бензокаина. Препарат также содержит компоненты, обладающие местным стягивающим, противовоспалительным и спазмолитическим действием.

Материалы и методы исследования: Материалами исследования являются 30 пациентов, поступивших с диагнозом Геморрой 1,2 степени в отделение проктологии клиники N1 СамМИ. В ходе исследования были рекомендованы консервативное лечение ректальными суппозиториями Gemorol (N 12 2x6), мазью левомеколя и лечебными ваннами.

Результаты исследование: Результаты показали что из 30 пациентов 24 чувствовали облегчение после 1-2 суток применения препарата, боли преимущественно снизились. Наблюдалась положительная гемодинамика больных на 5-7 день, боли практически не ощущались, размер геморроидальных узлов видно уменьшены, уменьшение отечности, не наблюдались аллергические реакции, покраснение и зуд. Из 30 пациентов у семерых пациентов была диагностирована трещина анального канала , у одного из которых наблюдались положительные прогнозы после лечения препаратом Гемороль. У 6 пациентов наблюдались усиление боли, кровотечения из анального канала и зуд.

Выводы: Исходя из исследований можно сказать , что в ранних стадиях воспаления геморроидальных узлов можно смело применять суппозитории Гемороль. Так как у 72% исследуемых пациентов наблюдалась выраженная положительная гемодинамика. Исследование показало , что даже при анальных трещинах препарат влияет благополучно, а при острых формах трещин не рекомендуется использование суппозитории.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Чуменко О.Г.

ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени святителя Луки

Проведение реабилитационного лечения больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) позволяет уменьшить расходы, связанные с нетрудоспособностью и улучшить качество жизни пациентов. Известно, что препараты корня солодки имеют мембранопротекторное, иммуностимулирующее, гепатопротекторное воздействие и способны положительно влиять на течение бронховоспалительных заболеваний, что дает возможность использовать их в реабилитации больных БА в сочетании с заболеваниями ЖКТ в частности с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ).

Цель работы - изучить влияние реабилитационной терапии с помощью сиропа корня солодки у больных БА в сочетании с ХНХ.

Материалы и методы. Под диспансерным наблюдением в течение 1 года после выписки находился 61 больной БА среднетяжелого течения в сочетании с ХНХ. Для медицинской реабилитации указанных больных был использован препарат сиропа корня солодки в дозе по 1 десертной ложке утром натощак в течение 14 дней после обострения БА. Случаев побочного действия названного препарата зафиксировано не было. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. В начале реабилитационного лечения у пациентов отмечались проявления респираторного, астено-невротического и диспепсического синдромов. К концу первого года исследования у пациентов существенно снизились проявления астено-невротического синдрома в виде уменьшения раздражительности, слабости, и диспепсического синдрома в виде снижения чувства тяжести в правом подреберье. Существенное влияние реабилитационное лечение дало на респираторный синдром. В течение одного года наблюдения количество обострений БА среди исследованных больных снизилась в среднем на 7,4%. Качество жизни у исследуемых пациентов улучшилось, в среднем, на 9,7%. Количество эпизодов клинической нестабильности ХНХ также уменьшилось примерно в 12,8% случаев, что можно объяснить антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным влиянием сиропа корня солодки на течение данной сочетанной патологии.

Вывод. Таким образом, реабилитационное лечение с использованием корня солодки способствует снижению количества обострений БА, улучшению качества жизни пациентов, а так же уменьшению эпизодов клинической нестабильности ХНХ.

СУРУНКАЛИ АРТРИТДА ҚОНДАГИ ИНТЕРЛЕЙКИНЛАР МИҚДОРНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Шукурлаев Қ.Ш., Якубова У.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муоммонинг долзарблиги: Бўғимларнинг яллиғланиш касаллиги-замоनावий педиатриянинг ревматология йўналишидаги долзарб муоммолардан биридир. Олдинлари бу касаллик ёши катталарда учраган бўлса, бугунги кунда бу касаллик ёшариб, болалар орасида кенг тарқалиб, кўпайиб бормоқда. Шу сабабли касалликни ривожланишини олдини олиш учун керакли дориларни ишлатиш муҳим. Азалдан беморларни фитотерапия билан даволаш кенг қўлланиб келинган. Ўсимликдан олинадиган фитопрепаратларнинг ноҳўя таъсири кам.

Тадқиқот мақсади: *Convolvulus arvensis* ва ибупрофен сақловчи гелларнинг сурункали артритда қондаги яллиғланиш олди (ИЛ-1β) ва яллиғланишга қарши (ИЛ-10) интерлейкинлар миқдорининг ўзгаришларини коррекциялашдаги фаоллигини қиёсий ўрганиш.

Convolvulus arvensis ва ибупрофен сақловчи гелларни тўлиқ Фрейд адьюванти билан чақирилган сурункали артритда қондаги интерлейкинлар миқдорининг ўзгаришларини коррекциялашдаги фаоллигини қиёсий ўрганиш бўйича ўтказилган тажриба натижалари шуни кўрсатдики, яллиғланишга қарши воситаларни профилактик юборилмаган назорат гуруҳи ҳайвонларида ИЛ-1β миқдори деярли 7 маротабага кўтарилди, шунингдек ИЛ-10 миқдорининг 9,3% га пасайиши билан бирга кечди. Аксинча, *Convolvulus arvensis* экстрактини сақловчи гел қўлланилган каламушлар гуруҳида, ИЛ-1β даражаси назорат гуруҳига нисбатан 56,2% кам бўлди. Ибупрофен қўлланилган каламушлар гуруҳида деярли бир хил таъсир кузатилди, бунда ИЛ-1β даражаси назоратга нисбатан 63,3% га кам бўлди. Бундан кўриниб турибдики, ўрганилаётган препаратларни маҳаллий профилактик қўллаш яллиғланишга олиб келувчи интерлейкинни ИЛ-1β юқори даражасини сезиларли қамайтди. Шу билан бирга, ўрганилаётган воситаларни профилактик қўллашдаги

таъсири ўртасидаги фарқлар сезиларсиз бўлди. Яллиғланишга қарши интерлейкин ИЛ-10 даражасини ўрганишда фарқли натижалар олинди. Шундай қилиб, назорат гуруҳини соғлом жониворлар билан солиштирганда, ушбу интерлейкин миқдори 14,1%га камайди, *Convolvulus arvensis* ва ибупрофен сакловчи геллар қўлланилган жониворлар гуруҳида назорат гуруҳига солиштирганда мос равишда 33,7% ва 45,3% га ошди. Шуниси диққатга сазоворки, ўрганилган геллардан фойдаланилганда каламушларда ИЛ-10 нинг миқдори ҳатто соғлом гуруҳ натижаларидан ҳам мос равишда 15,0% ва 25,0% юқори бўлди.

Хулоса: *Convolvulus arvensis* экстракти ва ибупрофенни таркибида сакловчи гелларни профилактик ва терапевтик қўллаш Фрейнд адъюванти билан чақирилган бўғимлардаги сурункали яллиғланиш жараёни ривожланишининг пасайишига олиб келди.

СОСТОЯНИЕ ОКСИДАЗ СМЕШАННОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ГАСТРОПАТИИ

Якубов А.В., Зуфаров П.С., Пулатова Н.И., Арипджанова Ш.С., Абдусаматова Д.З.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить состояние оксидаз смешанной функции (ОСФ) в слизистой желудка у животных с экспериментальным адъювантным артритом (АА).

Материалы и методы. Эксперименты проводились на белых крысах-самцах смешанной популяции половозрелого возраста. Экспериментальную модель АА вызывали путем подкожного введения адъюванта Фрейнда. Гастропатию вызывали путем введения индометацина в дозе 2,5 мг/кг в виде водной суспензии перорально в течение 5 дней. Состояние ОСФ оценивали путем определения содержания цитохрома Р-450 и активности НАДФН цитохром-С-редуктазы, амидопирин N-деметилазы в микросомальной и надосадочной фракции гомогената слизистой желудка. Полученные результаты сравнивали с данными группы АА без лечения.

Результаты. Установлено, что при индометациновой гастропатии значительно снижается содержание и активность ферментов ОСФ. Наблюдали снижение содержания цитохрома Р-450 на 30,0% и активности НАДФН цитохром-С-редуктазы, амидопирин N-деметилазы на 42,4% и 48,5%, соответственно.

Вывод. Одной из причин гастропатии, вызванной нестероидными противовоспалительными препаратами, является ингибирующее влияние препаратов на ферменты ОСФ в слизистой желудка. Учитывая ключевую роль ОСФ в синтезе защитного слизистого барьера, необходима дополнительная ее коррекция при лечении гастропатии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МУКОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ КАРБОЦИСТЕИНА И ПУЛЬМОСТИМА В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.,

Абдусаматова Д.З., Сайфиева Н.Х.

Ташкентская медицинская академия

Цель: сравнить эффективность применения карбоцистеина и пульмостима у пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 60 пациентов с обострением ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение. В первой группе (30 больных) дополнительно к традиционной терапии обострения ХОБЛ назначался сироп карбоцистеин по 15 мл 3 раза/сут. Вторая группа (30 пациентов), помимо традиционной терапии обострения ХОБЛ, получала сироп пульмостим по 15 мл 3 раза/сут. Оценка эффективности применения сиропов карбоцистеина и пульмостима оценивалась

клинически, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность кашля; характер и быстрота отхождения мокроты, переносимость препарата, наличие побочных явлений. Всем пациентам проводилась спирометрия.

Результаты: Средний возраст больных составлял -56,2 лет. Среди 60 пациентов - 43 мужчины, 17 женщин. Затруднение отхождения мокроты до начала лечения отмечали 94% пациентов. В основном больные поступали с кашлем средней степени выраженности. При приеме сиропа пульмостим интенсивность кашля уменьшалась, и на 3й день терапии у 43% кашель отсутствовал, у 57% был средней степени выраженности. На 7й день терапии у 93% кашель отсутствовал. Такие же данные наблюдали у больных, получавших сироп карбоцистеин. Данные спирометрии показали, что ОФВ₁ при поступлении в первой группе составило 49,6±5,7%, а во второй группе 47,9±6,3%. На фоне включения в терапию карбоцистеина и пульмостима, через 5 суток констатирован рост ОФВ₁ в первой группе до 57,7±3,3%, а во второй группе 58,9±5,7% (p>0,05). Субъективное улучшение отхождения мокроты отмечали пациенты обеих групп, начиная с 3 дня нахождения в стационаре.

Выводы: у пациентов с обострением ХОБЛ для облегчения отхождения мокроты в качестве муколитика рекомендуется использование сиропа карбоцистеина или пульмостима. Были получены сходные данные по эффективности препаратов. Следует отметить, что пульмостим является отечественным препаратом и кроме муколитического действия препарат оказывает также противовоспалительное, антимикробное и отхаркивающее действие, тем самым усиливая синергизм действующих веществ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИМ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ - ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ

Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Пулатова Н.И., Арипджанова Ш.С.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить клиническую эффективность препарата пульмостим на показатели спирометрии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 40 больных ХОБЛ II ст. в сочетании с АГ 1-2 ст., из них было 23 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 45 до 65 лет. Средний возраст составлял 58,7 лет. Все пациенты получали стандартную терапию ХОБЛ и АГ, согласно общепринятым рекомендациям и в дополнение к базисной терапии назначали сироп пульмостим по 1 десертной ложке 3 раза в день в течение 10 дней. Сироп пульмостим содержит пять активных компонентов (корень шток-розы розовой, корень солодки голой, листья подорожника большого, плоды шиповника, трава термопсиса). Всем пациентам проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением ОФВ₁ на аппарате SuperSpiro, так же проводился тест 6 минутной ходьбы (МХ) при поступлении и на фоне применения сиропа пульмостим.

Результаты: На фоне приема препарата мы наблюдали увеличение дистанции, пройденной в тесте 6МХ с 357±24,6 метра до 410±27,2 метра, что отражает улучшение качества жизни пациентов. Также нами выявлено увеличение ОФВ₁ на 66% и более у 69% пациентов при дополнении к базисной терапии сиропа пульмостим. Помимо вышеизложенного, у 55% пациентов отмечали уменьшение кашля, облегчение отхождения мокроты. Переносимость сиропов пульмостим у всех больных была хорошей, побочных реакций не наблюдалось.

Выводы: таким образом, выявлено достоверное улучшение показателей спирометрии и результатов теста с 6-ти минутной ходьбы у пациентов с коморбидной патологией - ХОБЛ в сочетании с АГ на фоне приема отечественного многокомпонентного сиропа пульмостим.

IMPORTANCE OF TREPAN BIOPSY IN PATIENTS WITH SUSPECTED BREAST CANCER

Akhmedov F. R, Djumaniyazova G.M.
Urgench branch of the Tashkent medical academy

Relevance: Biopsy plays a key role in the diagnosis of breast cancer. In medicine. If the correct diagnosis is the first step in the treatment of burns, this biopsy examination in oncology. The following biopsy is currently being developed in oncology hospitals types of fine-needle ultrasound-guided biopsy; vacuum aspiration trepan biopsy; incision biopsy (histological examination with a small incision in the fetus); Extraction biopsy (taking the whole product checker); Stereotactic trepan biopsy (Stereotaxic loop 1-2mm and larger)

The product is placed under X-ray observation and cut in the direction of the outer end of the loop complete inspection); Trepan biopsy (taking several incisions from the product using a Trepan needle controller). In the diagnosis of breast tumors in the detection of benign or malignant tumors of the fetus, in the determination of histological verification of cancer in the early stages of breast cancer trepan biopsy plays an important role in diagnosis. Breast tumors due to scientific research in the diagnosis of trepan biopsy was added to the main standard method.

Purpose of the study: good or bad using trepan biopsy in the diagnosis of breast tumors. Detection of quality tumors, subsequent treatment to determine the histological verification of breast cancer allowing you to choose your tactics. Detection in the early stages of breast cancer.

Discussion and results: Breast cancer is suspected in Xorezm regional oncology dispensary in 64 patients with trepan biopsy by local anesthesia in an outpatient setting transferred. The average age of patients was 59 + 20 years. Good quality in 9 (6.5%) of the patients on examination cancer, breast cancer was diagnosed in 58 (86.8%). Using trepan biopsy in 3 (4.2%) patients the diagnosis of breast cancer was not possible. 58 (86.8%) were diagnosed with breast cancer 8 (13.5%) patients had stage I, 15 (27%) had stage IIa, 19 (34.6%) had stage II b, Stage III was detected in 17 (32.76%) individuals. From 58 (86.8%) patients with breast cancer 24 (42.3%) had intrauterine carcinoma. Infiltrative carcinoma in 27 (48.7%) people. Histological verification of "cirrhotic carcinoma" was detected in 7 (9.6%) patients.

Conclusions: 1. Histological verification was detected in 58 patients with suspected breast cancer. Treatment tactics were determined according to the standard. The diagnostic potential of Trepan biopsy is 80% This is an important diagnostic method of trepan biopsy, a permanent pathway in oncology dispensary conditions indicates the condition of burning. In 56 (57%) patients, the primary I- of breast cancer 13 (25%), IIa - 17 (32.6%), IIb 16 (30.76%), III - 16 (30.7%). Histological verification of "cirrhotic carcinoma" was detected in 5 (9.6%) patients.

BOLALARDA XIRURGIK OPERATSIYALARDA PROMEDOL BILAN ANESTEZIYA QILISHNING ADEKVATLIGI.

Atashev A.R., Sobirov E.J.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Izlanishlarning asosiy maqsadi bolalarda xirurgik operatsiyalarda promedol bilan og'riqsizlantirganda perefirik (PG) va markaziy (MG) gemodinamika ko'rsatkichlarining o'zgarishini aniqlashdir.

Materiallar va metodlar. Izlanishlar asosan ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va siydik chiqarish yo'llari (SChY)rivojlanishining tug'ma nuqsonlarini (RTN) rejali operatsiyasiga tayyorlangan 30 ta bolada o'tkazildi. Bemorlar 2 guruhga bo'lindi: 1-guruh (15 bola) – promedol (1-2 mg/kg) va oksibutirat natriy (100 mg/kg) bilan og'riqsizlantirildi ; 2-guruh (15 bola) – promedol (1-2 mg/kg), seduksen (0.4 mg/kg), va ketamin (3 mg/kg) bilan og'riqsizlantirildi. Premedikatsiya (atropin 0,1 % -0,01 mg/kg + seduksen 0,5 % -0,3 mg/kg + promedol 1%-0,1 ml/yosh). Mioplegiya arduan (0.06 mg/kg) bilan amalga oshirildi Natijalar va muhokamalar. Narkozni kiritish bosqichida boshlang'ich ko'rsatkichlarga qaraganda YuQS ning 32,68% ga,

preferik solishtirma qarshilik(PSQ) ning 23,77 %ga, zarb indeksi (ZI) ning 9,41%ga oshishi kuzatilgan. Avvalgi bosqichlar bilan solishtirganda operatsiyaning og'ir jarohatli davri yurak indeksi (YuI) ning 37,27%ga , YuQS ning 41,65%ga, zarb indeksi(ZI)ning 12,22%ga oshishi xarakterlanadi. Sezilarli gemodinamik reaksiyalar namoyon bo'lmagan paytda adekvat spontan nafas olish paydo bo'lgandan so'ng ekstubatsiya bajarildi. Operatsiyadan keyingi davrda 6 soat davomida qo'shimcha og'riq qoldiruvchi vositalarni kiritishga bo'lgan zaruriyat kuzatilmadi.

2 yoshli bolalardan olingan natijalar boshlang'ich ko'rsatkichlarga qaraganda YuQS ning 25,27%ga va PSQ ning 24,52%ga oshishi bilan harakterlanadi. Ushbu guruhdagi bolalarda narkozni kiritish davrida boshlang'ich ko'rsatkichlarga qaraganda YuI ning 10,64%ga pasayishi, YuQS ning 15,46%ga va PSQ ning 25,58%ga oshishi kuzatildi. Shu bilan bir qatorda anesteziyaning oldingi bosqichi bilan solishtirganda ZI, AB va YuI kam miqdorda o'zgaragan.

Hulosa. Promedolning ketamin va seduksen bilan birgalikdagi anesteziyasi, hamda promedol + oksibutirat natriy anesteziyasi qo'llanilganda PG va MG sezilersiz o'zgarishlari qayd qilingan. Bu esa bola organizmining operatsiyadagi jarohatlardan samarali himoyasi haqida darak beradi. Bolalarda xirurgik jarroxlilklarda promedol bilan markaziy og'riqsizlantirish qon aylanish tizimiga jiddiy salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

METABOLIK SINDROMNING OLDINI OLISH USULLARI VA DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI

Bekmatova Sh.Q., Qulmatov G`.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Ko'pgina insonlar orasida hozirgi vaqtda keng tarqalgan va o'limning asosiy sababchisi bo'lgan Metabolik sindrom (semizlik, ateroskleroz, arterial gipertoniya, gormonal buzilishlar giperinsulinemiya, insulinorezistentlik) ni uchrashi juda katta muammoga sabab bo'lmoqda. Metabolik sindromning oldini olish uchun bu sindromning kelib chiqish xususiyatlarini o'rganish va davolashda qo'llaniladigan dori vositalarini roli katta ahamiyatga ega.

Mavzuning maqsadi: Metabolik sindromning oldini olish usullari va davolashda qo'llaniladigan dori vositalarini o'rganish maqsadida Xorazm viloyat Urganch shahar shifoxonasida davolanayotgan 50 ta bemorda o'z hohishiga binoan tekshiruv va tadqiqot o'tkazdik. Tekshirishdan maqsad semizlik, yurak qon tomir kasalliklari va giperinsulinemiya kabi kasallik larning simptomlari bor bemorlarga jismoniy mashqlarni bajarish, dietaga amal qilish va dori vositalarini qo'llash orqali bemorlardagi ijobiy o'zgarishlarni aniqlash va dori preparatlarining samaradorligini o'rganish.

Materiallar va tadqiqotlar usullari: Metabolik sindromning oldini olishda, ortiqcha tana vazni va yog' bosishini yoshga bog'liq oshishini pasaytirish lozim va bu sindromning oldini olish uchun asosan kuniga 30 minutdan kam bo'lmagan davomiylikda, jismoniy mashqlar bilan tez- tez shug'ullanish lozim. Tekshirish o'tkazishdan oldin Xorazm viloyat Urganch shahar shifoxonasida Terapiya bo'limida davolanayotgan 22 ta ayol va 28 ta erkak jami 50 ta bemor tekshirildi. Tekshirish davomida bemorlarning semizliki, ovqatlanishi, oilaviy ahvoli, nasliyligi kabi ko'rsatkichlari o'rganildi. Semizlik bor bemorlarga kuniga 1 mahal 1 ta tabletkadan Lipoksin kapsulasi 2,5 oy davomida ichish uchun buyurildi. Ovqatlanishi va dori preparatini vaqtida ichishi nazorat qilib borildi. Jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanishdan va Lipoksin kapsulasini ichishidan keyin bemorlarning tana vazniga qanchalik ta'sir qilishini aniqladik, ya'ni bemorlarning tana vazni sezilarli kamaygan.

Tadqiqot natijalari: Metabolik sindromning oldini olish va davolashda qo'llaniladigan dori vositalarini ta'sirini aniqlash maqsadida bemorlarni 2 ta guruhga bo'ldik (ayollar va erkaklar). Ayollardan 22 tasi qatnashdi ular Lipoksin kapsulasini ichishni boshlagandan so'ng 2 oy o'tgandan keyin bel aylanasi 8- 10 sm ga kamaydi, son aylanasi esa 3-5 sm ga kamayganini kuzatdik. Erkakalardan esa 28 tasi qatnashdi ularga ham Lipoksin preparatini berdik ularda 2,5 oydan so'ng bel aylanasi 7-9 sm, son aylanasi esa 4 -5sm kamayganini kuzatdik. Bemorlarning

qonidagi umumiy xolesterin miqdorini bioximik analiz orqali tekshirganimizda, tekshiruvda qatnashgan jami erkaklardan 78 % ida qonda xolesterin miqdori kamayish kuzatildi ,tekshiruvda qatnashgan ayollardan esa 82% ini qonida xolesterin miqdori kamayish kuzatildi.

Xulosa: Metabolik sindromning klinik ko`rinishi ya`ni yurak- qon tomir kasalliklari va semizlik kuzatilganda jismoniy mashqalarni bajarish va Lipoksin preparatini parxezga rioya qilgan xolda berish usulini qo`llash samarasi ijobiy ekanligi aniqlandi .

SOG'LIQNI SAQLASHNING BIRLAMCHI POG'ONASIDA AYOLLARDA SUT BEZI SARATONI ERTA ANIQLASHNING AHAMYATI

Djumaniyazova G.M., Axmedov F.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarliligi. Ko'krak bezi saratoni dunyoda uchinchi o'rinda turadi va ayollar o'sma kasalliklari ichida etakchi o'rinni egallaydi. So'nggi 60-70 yil ichida kasallikning uchrash va yosharishi yuqori o'sishi kuzatildi. Barcha mamlakatlarda kasallanish, o'lim darajasi asta -sekin o'sib bormoqda. Ma'lumki, erta bosqichda aniqlangan sut bezi saratoni deyarli 95-100% hollarda samarali davolanadi.

Ammo, afsuski ko'krak bezi saratonining 50% dan ko'prog'i oxirgi bosqichlarda aniqlanadi va kasallikning kechishi salbiy natijalarga olib keladi. Ayollarimizning ko'krak bezi saratonining kech tashxis qo'yilishining sabablaridan biri bu e'tiborsizlik va onkologik kasalliklar xaqidagi bilim darajasining pastligidir. Ko'p ayollar buni sezmaydilar, chunki bu jarayon boshlang'ich bosqichlarda ko'pincha og'riqsiz kechadi. Shu sababli shifokorga murojat qilishga shoshilmaydilar. Keltirilgan sabablar tufayli ko'krak bezi saratoni va saraton kasalliklarining kech aniqlanishi oshmoqda

Tadqiqot maqsadi. Ayollarning ko'krak bezi saratoni va xavf omillari haqidagi bilimlarini oshirish baholash.

Materiallar va uslublar. Ambulatoriya asosida biz ko'krak bezi saratoni rivojlanishining xavf omillari va ko'krak bezing turli kasalliklari bo'lgan 19 va undan katta yoshdagi 115 ayollarni o'rgandik. Ulardan 80 nafari ko'krak bezi kasalliklari bilan og'rigan, 4 tasi saraton kasalligiga chalingan (II-III darajali), 3 ta ayol mastektomiya amaliyotini o'tkizgan, 28 ayol ko'krak bezi saratoni rivojlanishining ma'lum xavf omillariga ega edi. Tadqiqot davomida ayollar uchun ularning onkologik xabardorligini baholash uchun so'rovnoma tuzildi va barcha ayollar ko'krak bezi saratonining oldini olish va erta tashxis qo'yish bo'yicha savollarga javob berishdi

Tadqiqot natijalari. Ayollar uchun so'rovnomaning o'rganish natijalari tahlili shuni ko'rsatdiki, 96% ayollar ko'krak bezi saratoni belgilari va har oy ko'krak bezini o'zini-o'zi tekshirishi zarurligi va yillik skrining, ya'ni. mamografiya tekshiruvkari haqidagi tasavvurga ega emas. Yana 25 foizi ko'krak bezi saratoni profilaktikasi va erta tashxisi haqida kam ma'lumotga ega, 72 foizi yaxshi ma'lumotga ega, lekin bu ayollar faqat ko'krak kasalliklari bilan shifokorga murojaat qilganlarida kasallik haqida ma'lumotga ega bo'lganlar va umumiy amaliyot shifokorlarining atigi 10 foizi ayollarga profilaktika choralari zarurligi sut bezlarini o'z-o'zini tekshirish va mamografik tekshirish. haqida ma'lumot beradi

Xulosa:

1. Har bir ayolga ko'krak bezi saratoni belgilari va o'z vaqtida skrining tekshiruvlari kerakligi haqida ma'lumot berish kerak, agar sut bezlarida o'zgarishlar aniqlansa, shifokorga murojaat qiling.

2. Umumiy amaliyot shifokori har bir ayolga har oyda ko'krakni o'z-o'zini tekshirishni o'rgatishi kerak.

3. Shifokorlar 40 yoshdan oshgan ayollarni va yuqori xavf omillari aniqlangan 25-35 yoshli ayollarni mamografiya yuborishlari kerak

4. Kasallikning oldini olish va erta tashxis qo'yish uchun umumiy amaliyot shifokorlari ko'krak bezi saratoni rivojlanishining xavf omillari va ularga qaratilgan chora -tadbirlarni bilishlari kerak

5. Har yili o'tkaziladigan tibbiy ko'rik rejasiga ayollar uchun sut bezlarini tekshirish va palpatsiyasini kiritish kerak. 40 yoshdan boshlab va katta xavf guruhiga kirgan ayollar sut bezlarida biron bir o'zgarish aniqlansa, darhol mammologga yuborilishi kerak.

MAHALLIY TARQALGAN KO'KRAK BEZI SARATON KASLLIGI BO'LGAN BEMORLARDA TURLI XIL DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Djumaniyazova G.M., Axmedov F.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarliligi. Bugungi kunga kelib, mahalliy tarqalgan ko'krak bezi saratoni bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda. Ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorlar orasida shubhasiz, kech tashxis, qo'yish va shuningdek umumiy amaliyot shifokorlarining onkologik hushyorligi yo'qligi.

Maqsad. Oxirgi 3 yilda Xorazm viloyatida mahalliy tarqalgan ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarni davolashning eng samarali usulini o'rganish

2017-2020 yillar davrida.

Materiallar va uslublar. Tadqiqotda Xorazm viloyatida 2017-2020 yillardagi dispanserda kuzatilgan 48 ta ayol ishtirok etdi

Natijalar. Davolash usuliga yondashuviga qarab barcha bemorlar uch guruhga bo'lingan. Birinchi guruh mahalliy tarqalgansut bezi saratoni bilan og'rigan, va operatsiyagacha nur terapiya va neadyuvant kimyoterapiya olgan ayollar kirgan (22 ta holat, 45,8%). Ikkinchi guruhga jarrohlik amaliyotigacha faqat neadyuvant kimyoterapiya olgan bemorlar kirgizildi (15 ta holat, 31,3%). Uchinchi guruhga neadyuvant kimyoterapiya o'tkazishning iloji bo'lmaganligi sababli jarrohlik aralashuvi darhol amalga oshirilgan ayollar kirgan (qon ketish va o'simtalarning parchalanishi), (11 ta holat, 23,9%).

Keyin har uch guruhga yil davomida, kompleks davolanishni o'tkazish, diqqat bilan kuzatish va tekshirish quyidagi natijalarni ko'rsatdi: birinchi va ikkinchi guruh, bu davrda retsdiv va uzoqlashgan metastazlar kuzatilmagan. Uchinchi ayollar guruhida, 50% kasallikning qaytalanishi va 25% uzoqlashgan metastazlar bo'lgan.

Xulosa. Shunday qilib, mahalliy tarqalgan ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan ayollarda (T3-4N1-2M0). Davolashning eng samarali usuli - operatsiyadan oldingi davrda neadyuvant kimyoterapiya va qarshi ko'satmalar bo'masa, nur terapiyasi. Natijada, uzoq muddatli davolanish natijalari hayot sifatining yaxshilanishiga va o'limning kamayishi erishiladi.

OSTEOARTROZ KASALLIGIDA DIASERIN DORI VOSITASINING SAMARADORLIGI

Jovlieva D.N., Muhammadiyeva S.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Osteoartroz negizida tog'aylar degeneratsiyasi va distruksiyasi yotib keyinchalik suyaklar bo'g'im qisimlarining zararlanishi bilan kechadi.

Tadqiqot maqsadi: Diaserin dori preparatining Osteoartroz (OA) kasalligini davolashda samaradorligini baholash.

Bemorlar va usullar: Bemorlar Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining ixtisoslashgan artrologik davolash bo'limida kuzatuvga olindi. Tadqiqot o'tkazish uchun 35 nafar bemor olindi. Shundan 25 nafarini ayollar, 10 nafarini erkaklar tashkil etdi. Bemorlarning yoshi 35 dan 65 yoshgacha, o'rtacha $46,4 \pm 3,4$ yoshni tashkil etdi. OA tashxisini qo'yish uchun klinik va rengenologik usullardan foydalanildi. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarga umum klinik va laborator hamda zararlangan bo'g'imlar rentgenogrammasi o'tkazildi. Gonartroz – 20 ta, koksartroz – 5 ta, qo'l panja bo'g'imlari artrozi – 10 ta bemorda tashxislandi. Kasallikning

davomiyligi 2 yildan 10 yilgacha muddatni, o'rtacha 6 yilni tashkil etdi. Tadqiqot uchun Diaserin dori vositasidan foydalanildi. Barcha bemorlarga dori vositasi 6 oy davomida kuniga 50 mgdan 2 maxal berildi.

Natijalar: Kuzatuvdagi bemorlarning og'riq sindromini Vizual Analogli Shkala (VASH) bo'yicha baholaganda 24 tasida 8 ballni, yani juda kuchli og'riqni, 11 tasida 5 ballni, yani o'rtacha og'riqni tashkil etdi. Zararlangan bo'g'imlar rentgenogrammasi Kellgren bo'yicha bosqichlarga bo'lindi: I- bo'g'im harakatchanligi biroz cheklangan va tirqishi toraygan, yuzalari va chekkalarida ilk osteofitlar; II- bo'g'imda harakatchanlik cheklangan va qarsillash, mushaklar yengil atrofiyasi, bo'g'im yoriqlarining sezilarli torayishi, yirik osteofitlar shakllanishi va suyak to'qimasida subxondral osteoskleroz yuzaga kelishi; III- bo'g'im deformatsiyasi va xarakatchanligi keskin cheklanishi, yoriqlarning yo'qolishi, yaqqol namoyon bo'lgan suyak deformatsiyasi, yirik osteofitlar, subxondral kistalar, bo'g'im "sichqonchalari" mavjudligi. Rentgen bosqichlaridan 5 ta bemorda III-bosqich, 20 tada II-bosqich, 10 tasida esa I-bosqich aniqlandi. Laborator ko'rsatkichlardan eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) ning oshishi, yani 15mm/soatdan ortiq bo'lishi bemorlarning 34% da aniqlandi. O'tkir faza sinamalaridan S-reaktiv oqsilning me'yoriy ko'rsatkichdan yuqoriligi 55% bemorda kuzatildi. Diaserin dori vositasini kuzatuvdagi barcha bemorlar yaxshi qabul qildilar, kuzatuv davomida nojo'ya ta'sirlar kuzatilmadi. Tadqiqot davomida VASH bo'yicha bemorlar baholaganda davoning 3-oyda kuzatuvdagi 24 ta bemorda 4 ballni, 11tasida 2 ballni tashkil etdi. Barcha bemorlarda davoning 6-oyda og'riq 1-ni tashkil etdi. ECHT va S-reaktiv oqsil ham normallashdi. Davo yakunida bemorlarda rentgenologik bosqichning jadallashmaganligini kuzatdik.

XULOSA. Tadqiqot natijalariga ko'ra Diaserin dori vositasi 6 oy davomida bemorlarga qo'llanilganda bemorlarda kuzatilgan davodan oldingi og'riqlarning keskin kamayganligi bemorlardagi rentgenologik bosqichlarning jadallashmaganligi kuzatilib, diaserin dori vositasi OA kasalligini davolashda samarali yordam ko'rsatganligini ko'rishimiz mumkin.

THE ROLE OF MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS IN THE PREVENTION OF CARDIAC ARRHYTHMIAS

Islomov I.I., Djumaniyazova Z.F., Fayzullayev B.R..

Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Urgench.

Abstract. The data on the positive effect of aldosterone antagonists on cardiac arrhythmias in patients with chronic cardiac insufficiency, which served as a theoretical basis for the wider use of mineralocorticoid receptor antagonists in clinical practice, are presented.

Goal. To study the effects of mineralocorticoid receptor antagonists on cardiac arrhythmias in patients with chronic heart failure.

Material and methods of research. As part of a prospective follow-up, 42 patients aged 53-74 years were examined who were on inpatient treatment in the department of general Therapy of the clinic of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy. The study included patients with chronic heart failure of functional class II, III and IV according to the classification of the New York Heart Association. Patients with acute heart failure, acute myocardial infarction, unstable angina, idiopathic cardiomyopathy, pericarditis, rheumatic heart defects, and myocarditis were excluded from the study. All patients underwent conventional research methods (clinical and biochemical blood tests, general urine analysis, electrocardiography, echocardiography, 6-minute walk test, clinical condition assessment scale. To diagnose arrhythmia, a physical examination of patients, a short-term recording of electrocardiography in 12 leads and daily Holter monitoring were performed.

Results. According to Holter monitoring, electrocardiography in 12 leads and short-term electrocardiography, cardiac arrhythmias were detected in 31 (73.81%) patients before and after complex treatment with the inclusion of aldosterone antagonists, respectively: permanent form of atrial fibrillation – in 18 (42.85%) and 18 (42.85%) patients ($p < 0.05$), single ventricular extrasystoles - in 22 (52.38%) and 13 (30.95%) patients ($p < 0.05$), a combination of

supraventricular extrasystoles and ventricular extrasystoles – In 12 (28.57%) and 9 (21.43%) patients ($p>0.05$), frequent ventricular extrasystoles in 8 (19.04%) and 8 (19.04%) patients ($p>0.05$). Among these patients, the functional class according to the clinical condition assessment scale and the 6-minute walk test were identified as follows: chronic heart failure II functional class – in 15 (35.71%), III functional class – in 18 (42.85%), IV functional class – in 9 (21.42%) of patients. All had coronary heart disease, mainly represented by stable angina pectoris with an average functional class of 2.86 ± 0.75 . Arterial hypertension was detected in 31 (73%) patients. The mean systolic blood pressure was 136.6 ± 18.0 mmHg and the diastolic blood pressure was 74.8 ± 18.31 mmHg. The initial level of the ejection fraction was $46.62 \pm 12.4\%$. The average pulse rate was 81.2 ± 24.6 beats per minute.

Conclusion. Thus, antagonists of mineralocorticoid receptors are able to reduce the occurrence of cardiac arrhythmias and improve the quality of life against the background of complex treatment of patients with chronic heart failure.

EPOETIN ALFA-EPBX IS USED TO TREAT ANEMIA

Kurbanniyozova Y.A.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

This medication is used to treat anemia in people with long-term serious kidney disease, people receiving zidovudine to treat HIV, and people receiving chemotherapy for some types of cancer (cancer that does not involve the bone marrow or blood cells). It may also be used in anemic patients to reduce the need for blood transfusions before certain planned surgeries that have a high risk of blood loss. Epoetin alfa-epbx works by signaling the bone marrow to make more red blood cells. This medication is very similar to the natural substance in your body (erythropoietin) that prevents anemia.

This medication is given as an injection under the skin or into a vein as directed by your doctor, usually 1 to 3 times a week. Patients getting this medication before surgery may have a special dosing schedule. Hemodialysis patients should receive this medication by injection into a vein.

If you are using this medication at home, learn all preparation and usage instructions from your health care professional.

Do not shake this medication. Before using, check this product visually for particles or discoloration. If either is present, do not use the liquid. If you are injecting this medication under the skin, before each dose, clean the injection site with rubbing alcohol. Do not inject into an area of skin that is tender, red, bruised, hard, or has scars or stretch marks. Recommended injection sites include the upper arms, abdomen, front of the middle thighs, or upper outer area of the buttocks. Change the injection site each time to lessen injury under the skin.

The dosage is based on your medical condition, weight, and response to treatment. Blood tests should be done often to check how well this medication is working and to decide the correct dose for you. Consult your doctor for more details.

Use this medication regularly to get the most benefit from it. To help you remember, use it on the same day(s) of the week as directed.

Do not increase your dose or use this drug more often or for longer than prescribed. Your condition will not improve any faster, and your risk of side effects will increase.

It may take 2 to 6 weeks before your red blood cell count increases. Tell your doctor if your symptoms do not get better or if they get worse.

Headache, body aches, cough, or injection site irritation pain may occur. If any of these effects last or get worse, tell your doctor or pharmacist promptly.

Remember that your doctor has prescribed this medication because he or she has judged that the benefit to you is greater than the risk of side effects. Many people using this medication do not have serious side effects.

Epoetin alfa-epbx may sometimes cause or worsen high blood pressure, especially in patients with long-term kidney failure. This effect may be caused by the number of red blood cells increasing

too quickly, usually within the first 3 months of starting treatment. If you have high blood pressure, it should be well controlled before beginning treatment with this medication. Your blood pressure should be checked often. Ask your doctor if you should learn how to check your own blood pressure. If high blood pressure develops or worsens, follow your doctor's instructions about diet changes and starting or adjusting your high blood pressure medication. Lowering high blood pressure helps prevent strokes, heart attacks, and further kidney problems. Keep all lab appointments to have your red blood cell count/hemoglobin level tested regularly to reduce the chance of this side effect.

EFFICIENCY OF SERETID MULTIDISK WITH EXACERBATIONS CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMANARY DISEASE

Komolova F.D., Akbarova D.S.
Tashkent medical academy

Inhaled drugs are the main therapy in bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Their use allows you to create a high concentration of the active substance and directly affect the target organ- breathing ways, including distal parts (small bronchus).

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of a combination drug for inhalation therapy salmeterol / flutikazona propionate (seretid multidisk 50 mkg / 250 mkg) – in hospitalized patients with exacerbation with COPD (chronic obstructive pulmonary diseases).

Materials and methods. The 45 hospitalized patients with exacerbation with COPD average age- 65 age, average volume forced exhalation in the first second (EFS1) – 1,1 L, who took Seretid Multidisk on 1 breath 2 times (once) a day. The duration of therapy was 10 days. The effectiveness of the drug was assessed if the general condition of patients, assessing the indicators of the function of external respiration.

Results. When analyzing the dynamics of clinical and functional indicators, it was found significant improvement in respiratory rate during therapy. Reduction of shortness of breath but the third day of therapy, there was also a positive trend in the indicator EFS1 after 1 hour on the third day. Meaning forced vital capacity of the lungs significantly increased by the seventh day of the therapy.

This way of combination drug therapy Seretid Multidisk well tolerated by patients development of serious adverse reactions, requiring discontinuation of the drug there weren't no. Use of powder inhalers with low internal resistance allows develop a high volumetric inspiratory flow rate for the patient, provides a large shipped fraction and large fraction of small particles, which certainly has clinical meaning.

QIZLARDA VULVOVAGINITNING ENTEROBIOZ BILAN KECHISHI VA OLIB BORILISHI

Raxmanova N.X., Salayeva N.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Qizlarning ginekologik kasalliklari tarkibida vulvit va vulvovaginit 60-70% ni tashkil qiladi. Bu qizlarning qin va vulva fiziologiyasining ba'zi xususiyatlariga bog'liq. Qizlarda bu organlarni qamrab oluvchi skvamoz epiteliya oz sonly qatlamlardan (5-8) iborat, uning hujayralari keratinlanmaydi, deyarli glikogenni o'z ichiga olmaydi, shuning uchun qizning qinida sut kislotasi fermentatsiyasi uchun sharoit yo'q. Qizning qinida shartli patogen mikroorganizmlar (odatda Staphylococcus epidermidis) yashaydi, ishqoriy reaksiyaga ega.

Enterobioz tufayli vulvovaginit, odatda, vaginaga ichak florasining kiritilishi natijasida kelib chiqadigan yallig'lanish jarayonidir. Tuxum qo'yadigan ichakdan chiqib ketgan urg'ochi qurtlar qizlarning terisini teshib, qichishish va og'riq keltiradi. Bu jarayon vaginaga yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradigan ichak florasini, ko'pincha escherichia coli yoki enterococcusni

kiritadi. Aralash infeksiya ko'pincha bu ikki mikroorganizmning kombinatsiyasi tufayli kuzatiladi. Tashxisni aniqlashtirish uchun bolaning bezovtalanadigan uyqusini, perineum va tashqi jinsiy a'zolar terining qichishishidan shikoyat qilgan ota –onalarning to'liq anamnezi yordam beradi. Ba'zida qiz tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi og'riqdan yig'lab, qichqirib uyg'onadi.

Tashqi jinsiy a'zolari tekshirganda, anal burmalarining qalinlashishiga, ularning giperemiyasiga e'tibor qaratiladi. Vaginal oqindi ekinlarida *E. coli*, enterokokk va boshqa turdagi ichak florasi uchraydi. Enterobioz keltirib chiqaradigan vulvovaginitni davolashda qin har kuni yuviladi, anusda tashqi jinsiy a'zolar gigiyenasi o'tkaziladi va patogen flora sezgir bo'lgan kanamitsin yoki boshqa antibiotikli shamchalar yuboriladi. Shu bilan birga, enterobioz uchun terapiya o'tkazish kerak. Shu maqsadda, vermoks, albendazol, mebendazol va gelmintlarni yo'q qiladigan boshqa preparatlar buyuriladi. Antigelminterapiyasi bir oydan keyin takrorlanishi kerak. Ota –onalar bolaning gigiyenasi, enterobiozning butun oila a'zolariga ta'sir qilish ehtimolini hisobga olishlari kerak bo'ladi.

Xulosa: qizlarda vulvovaginit davolash sxemasiga enterobioz terapiyani qo'shish maqsadga muvofiq bo'lib, bu albatta enterobioz diagnostikasi bilan olib borilishi kerak.

IMMUNOMODULATING THERAPY OF CHRONIC DUODENAL ULCER

Suleymanov S.F., Suleymanov F.S., Suleymanova G.S.

Bukhara state medical institute

In chronic duodenal ulcer (CDU) observed changes in the immune system of patients. In this case, immunopathology can be completely corrected with immunomodulators.

The purpose of work: To study the immune system and conducting of immune of correction in patients with CDU.

Materials and methods. Immune system was studied in 47 patients with CDU. Cellular immunity was studied using monoclonal antibodies.

Ig classes A, M and G were determined by Mancini (1965). Immunological survey conducted both before and 1 month after treatment.

Results. Patients CDU (n = 30) reported decrease in the total pool (CD3+)-lymphocytes to $41.3 \pm 1.8\%$ ($p < 0.001$), the subset of T cells: Th (CD4+) to $24.3 \pm 0.9\%$ ($p < 0.001$), Ts (CD8+) to $18.2 \pm 1.3\%$ ($p < 0.01$) and B-lymphocytes (CD19+) – $10.5 \pm 1.4\%$ ($p < 0.05$). Reduced immunoregulatory index (IRI) to 1.5 at a rate of 2.1 confirms the given imbalances in the system of CD4+/CD8+ in patients CDU.

It was revealed stress of humoral immunity: an increase in IgG to 19.4 ± 0.7 g/l ($p < 0.01$) decrease in the level of IgM. For the purpose of correction of secondary immunodeficiency in the second group (n = 15) patients CDU used thymoptinum (Uzbekistan) in a dose of 1 ml (0.01% solution), the intramuscular route for 8 - 10 days, which was used against the traditional conservative treatment.

1 month after immunotherapy recorded increase in the total pool of T (CD3+) cells - up to $57.5 \pm 1.4\%$ ($p < 0.001$), B (CD19)-cells to $15.2 \pm 1.6\%$.

Also revealed an increase in the subset of T (CD4+) helper cells ($p < 0.01$), reducing the proportion of T (CD8+) suppressor and simultaneously increase the IRI to 2.3 (normal IRI = 2.1), which is a favorable diagnostic sign, indicating to reduce autoimmune reactions in patients with marked pathology.

If patients CDU noted an increase in B-lymphocytes (CD19+) and IgA levels compared with those before treatment ($p < 0.001$), then, on the other hand, it also recorded a moderate decrease in the level of IgG.

Conclusions:

1. Patients with CDU observed violation of the immune status.
2. Thymoptinum effectively eliminated immunodeficiency patients CDU and has immunomodulating and therapeutic action.

STEP -BY-STEP LEVOFLOXACIN THERAPY IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Musaeva L.J.

Tashkent medical academy

One of the ways to reduce the length of hospital stay and the cost of medical care while maintaining a high clinical efficacy of therapy is to transfer the patient from parenteral to non-parenteral drug administration (step therapy).

Purpose of the study: to study the clinical efficacy of fluoroquinol levofloxacin and the possibility of using it as a stepwise therapy.

Materials and methods: The study was carried out in the pulmonary department of the 1st clinic of TMA in 27 patients with community-acquired pneumonia of moderate severity aged 18 to 76 years. The average age of patients was 35.5 ± 4.65 years, the majority were women (about 62%). The patients were admitted to the hospital within 2 to 7 days from the onset of the disease. The diagnosis of pneumonia was confirmed by X-ray. Upon admission, all patients in the first three days were prescribed intravenous levofloxacin in a daily dose of 500 mg once a day, then, with positive dynamics, patients were transferred to oral administration of levofloxacin in a daily dose of 500 mg once a day. All patients also received detoxification and expectorant therapy.

Results: During parenteral therapy with levofloxacin, body temperature in 71% of patients returned to normal on days 2-3, in 29% - on days 5, with X-ray control, the infiltration of lung tissue was completely resolved on days 10-13 in 90.0% of patients. Sputum cultures for flora and sensitivity were performed in 81.8% of patients. Pneumococcus and Haemophilus influenzae were isolated from sputum in 64% of patients, in 36% sputum culture did not give growth. With parenteral administration of levofloxacin in average therapeutic doses of 500 mg per day, 3 patients had side effects - nausea, epigastric pain, dizziness. When transferred to the oral route of administration of levofloxacin, these side effects disappeared. All patients were monitored for the effectiveness of antimicrobial therapy. Also, the safety of pharmacotherapy was monitored by filling out a message card about the developed side effect (order of the Ministry of Health of the RUZ No. 13 of 17/04/2018).

Conclusions: The data obtained allow us to speak about the clinical efficacy of fluoroquinolones in the treatment of community-acquired pneumonia and the possibility of using levofloxacin in stepwise therapy.

THE VALUE OF SURFACTANT PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES

Yuldashev S.D., Burkhanova D.S.

Samarkand State Medical Institute

Relevance. Long-term clinical studies of several pulmonary surfactant preparations in the treatment of acute respiratory distress syndrome have shown their high efficiency. Currently, the drug Surfactant-BL is used in Uzbekistan and on the territory of Russia for the same lung pathology. However, there were few positive results from the trial. Because there is very little information in the literature indicating about this drug and its results.

Objective of the study The time spent on the ventilator is shortened, because the use of natural preparations of pulmonary surfactant when prescribed in complex treatment helps to treat acute respiratory distress syndrome, prevents the development of ventilator-induced and nosocomial pneumonia, and reduces mortality from respiratory failure. For the first time, the analysis of the reasons for the "failures" of the third phase of multicenter randomized clinical trials of Surfactant B1 preparations in the treatment of acute respiratory distress syndrome has been carried out, and information about new directions in the development of synthetic and powder preparations of pulmonary surfactant has been provided.

Materials and methods. For the treatment of acute respiratory distress syndrome, several analyzes and publications have been carried out regarding the composition and properties of pulmonary surfactant, as well as its use and for prevention.

Results. When were the results on the prevention and treatment of acute respiratory distress syndrome in patients with pneumonia and inhalation lesions, complications of chest surgery, reperfusion syndrome, operations on the heart and aorta, with severe pathology in the obstetric-gynecological clinic and with sepsis carried out? also for influenza A / H1N1.

Output. Analysis of the literature on the use of surfactant preparations in surgical resuscitation conditions convinces us of the high efficiency of this technology in the complex prevention and treatment of acute respiratory distress syndrome, which makes it possible to reduce mortality in this syndrome by 2–4 times.

Ш-БЎЛИМ: ФИТОТЕРАПИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ

ПОЛЕЗНЫЕ И ВРЕДНЫЕ СВОЙСТВА ФИТОТЕРАПИИ

Ахунбабаева Г.О., Омонова Г.С., Дусчанова Р.Ю.
Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Аннотация: Данная статья исследует особенности фитотерапии, в частности преимущества и недостатки. По мнению автора, преимуществам этого типа терапии относятся их натуральность, экологичность и хорошая доступность.

Однако с этической точки зрения необходимо установить объем и пределы применения этих препаратов чтобы избежать побочных эффектов. В этой статье исследуются возможные преимущества использования лечебных трав и их значения для медицины образования и здравоохранения.

Ключевые слова: фитотерапия, растительные лекарства, витаминный баланс, фитопрепараты, биологически активные вещества, фармакологический.

Annotatsiya: Ushbu maqolada o'simlik dorilarining xususiyatlari, xususan, afzalliklari va kamchiliklari o'rganilgan. Muallifning so'zlariga ko'ra, ushbu turdagi terapiyaning afzalliklari orasida ularning tabiiyligi, ekologik toza va yaxshi mavjudligi mavjud. Biroq, etik nuqtai nazardan, nojo'ya ta'sirlarning oldini olish uchun ushbu dorilarni qo'llash doirasi va chegaralarini belgilash zarur. Ushbu maqolada dorivor o'tlardan foydalanishning mumkin bo'lgan foydalari va ularning tibbiyot ta'limi va sog'liqni saqlashga ta'siri o'rganiladi.

Kalit so'zlar: o'simlik dori-darmonlari, o'simlik preparatlari, vitaminlar balansi, o'tlar, biologik aktiv moddalar, farmakologik.

Abstract: This article examines the features of herbal medicine, in particular the advantages and disadvantages. According to the author, the advantages of this type of therapy include their naturalness, environmental friendliness and good availability. However, from an ethical point of view, it is necessary to establish the scope and limits of use of these drugs in order to avoid side effects. This article explores the possible benefits of using medicinal herbs and their implications for medicine education and health care.

Key words: phytotherapy, herbal medicines, vitamin balance, phytopreparations, biologically active substances, pharmacological.

Фитотерапия – это лечение травами. Данный метод исцеления используется на протяжении многих веков, когда о химических препаратах даже и не мечтали. Наши предки могли излечивать практически любое заболевание безопасно, эффективно и результативно. Несмотря на то, что развитие фармацевтики в последнее время приобрело широкие масштабы, не следует забывать о вреде, который наносят химические препараты организму человека. В нашей статье мы расскажем вам об особенностях фитотерапии, о его преимуществах и недостатках, что поможет вам определиться с методами лечения большинства заболеваний.

Фитотерапия – одна из самых древних веток в медицине, однако парадоксальным считается, что она не изучена и наполовину. Это объясняется тем, что лечение травами имеет более широкий спектр воздействия, чем лечение фармакологическими препаратами, так как каждое растение имеет в своем составе вещества, воздействующие на организм комплексно.

Фитотерапия – это лечение заболеваний при помощи лекарственных растений. Она включает в себя такие ключевые понятия как фитопрепараты и биологически активные вещества. Фитопрепараты – это конечный продукт, который получается в процессе переработки растительного материала и используется для исцеления заболеваний. В

качестве материала может применяться как целое растение, так и его отдельные части, эфирные масла или экстракты. Биологически активные вещества – это компоненты, которые находятся в клетках растений. Они являются главными воздействующими элементами, которые помогают достичь нужного результата при лечении. Это такие как: алкалоиды, эфирные масла, флавоноиды, органические кислоты, витамины, гликозиды, камеди и другие.

Малоизученность фитотерапии объясняется также тем, что фауна планеты насчитывает более полумиллиона разновидностей лекарственных растений, лишь половине из которых даны описания в книгах о лекарственных травах. Остальная половина относится к малоизученным и используемым исключительно в народной медицине. Доступность препаратов и трав исключает выгоду для фармакологической промышленности. Поэтому к фитотерапии скептически относятся в медучреждениях и препараты на растительной основе являются некоммерческими и не дают большого дохода. В медицинских институтах народная медицина изучается очень поверхностно или вообще не изучается, поэтому большинство врачей неграмотны в этой сфере и чаще всего назначают химические препараты, находясь в глубоком убеждении, что фитопрепараты являются малоэффективными и бесполезными.

Несмотря на свою простоту и легкодоступность фитотерапия является эффективным методом лечения большинства заболеваний, не вызывая при этом побочных эффектов, привыкания и кратковременных улучшений. В то время, когда химические препараты снимают лишь симптом заболевания, фитопрепараты его полностью излечивают. Растения способны излечивать такие болезни как: бронхиальная астма, рак, гипертония и гипотония, заболевания желудочно-кишечного тракта и двенадцатиперстной кишки, сердечную недостаточность, бронхолегочные заболевания, язву желудка и другие. Эти болезни считаются неизлечимыми для приверженцев химических препаратов, однако результаты после лечения травами говорят сами за себя.

Отличительным различием в применении фармакологических и фитопрепаратов является то, что последние воздействуют более мягко и медленно на организм человека, однако при длительном постоянном использовании способны полностью вылечить тяжелые болезни. В то время как фармацевтические препараты действуют быстро и точно, не распространяясь на работу других систем и не налаживая попутно их. Благодаря постепенному сбалансированному воздействию на организм человека в целом, растительные препараты выражают терапевтический эффект и многократно увеличивают сопротивляемость организма. Они способны запускать механизмы самовосстановления и обновления на клеточном уровне, что дает возможность за определенное количество времени наладить работу не только больного органа, но также и работу других систем жизнеобеспечения.

Следует учитывать, что многие травы имеют в своем составе ядовитые вещества, поэтому беспорядочно употреблять их очень опасно. Фитотерапия требует серьезного к себе отношения и точной дозировки. Поэтому самолечение может быть опасным для человека, так как каждое растение имеет показания и противопоказания к его использованию.

При изготовлении фитопрепаратов самостоятельно следует точно знать какое растение пригодно в качестве материала, какую часть нужно использовать для переработки и как правильно приготовить из него лекарство. Немаловажным являются знания правильного употребления таких препаратов, особенно это касается беременных женщин и детей.

Преимущества фитотерапии. Чтобы определиться с методом лечения, следует знать все плюсы и минусы данного метода.

Главным преимуществом лечения растительными препаратами является их натуральность и экологичность.

В процессе такого лечения практически не появляются побочных эффектов. Травы отлично усваиваются нашим организмом, так как мы также являемся частью природы. Главное, правильно их использовать, не нарушая дозировки и предписаний.

Длительное применение фитолечения не наносит вреда организму тогда, как фармакологические препараты используются короткими курсами и могут вызвать зависимость.

Траволечение назначается даже самым маленьким детям, так как они очень редко вызывают аллергические реакции и являются более легкими в использовании в виде отваров, ванн или настоек.

Растения воздействуют на организм мягко не вызывая привыкания.

Эти препараты общедоступны и менее дорогие. При чем эффективность их воздействия часто выше, чем у химических препаратов.

Недостатки фитотерапии

Ошибочно считать, что растительные препараты способны справиться с любым заболеванием. Применяя их в отдельных случаях, можно усугубить положение и сделать выздоровление невозможным. К таким случаям относится инфаркт, генетические заболевания, аппендицита, инсульт и переломы. Применять травы можно во время выздоровления для общего укрепления организма и активаций иммунной системы.

Использование фитопрепаратов без грамотной консультации или на свой страх и риск может привести к плачевному результату. В процессе лечения очень важно использовать точное количество препарата, в противном случае вы можете получить отравления, ожоги слизистой, обратный эффект или тяжелые ухудшения состояния.

При самостоятельном изготовлении лекарств из трав вы должны иметь достаточный опыт, знания и практические навыки, а также знать, как подготовить сырье и как сделать из него именно тот препарат, который вам нужен.

Следует учитывать, что некоторые растения не сочетаются с фармакологическими препаратами. Они могут усиливать или нейтрализовать их эффект и свести все лечение на нет. Поэтому, прежде чем использовать народную медицину, проконсультируйтесь с грамотными врачами сведущими в этой отрасли.

Следует учитывать, что даже покупая травы в аптеке, вы можете не получить качественного сырья, так как в нашей стране не производится соответствующий контроль в этой сфере.

Используя лекарства из растений, часто очень сложно отмерить нужную дозу, так как в разных случаях она может быть разной. Не соответствующее количество лекарства может повлечь за собой тяжелый вред для организма.

Фитопрепараты используют после тщательного исследования человека и установления его точного диагноза. Следует так же учитывать склонность больного к аллергическим реакциям, нарушениям стула, повышение или понижение артериального давления, а также непереносимость отдельных компонентов, входящих в состав препарата. При помощи лекарственных растений можно вылечить:

- заболевания центральной нервной системы.
- нарушение иммунитета.
- заболевания щитовидной железы.
- устранить проблемы в лимфатической системе.
- бронхолегочные заболевания.
- очистить сосуды и наладить кровообращение в них.
- излечить болезни мочеполовой системы.
- вылечить кожные заболевания, а также многие наружные заболевания от механических повреждений такие как: ожоги, порезы, укусы и другие.
- восполнить витаминный баланс и количество полезных микроэлементов.
- укрепить иммунитет и повысить сопротивляемость организма к вирусным заболеваниям, особенно в осенне-весеннее время.

Большинство растения используют для приготовления отваров или настоек. Их берут в количестве одной столовой ложки сбора на стакан воды. При лечении болезней желудочно-кишечного тракта фиторепараты используют натощак. Если растения содержат в своем составе жирорастворимые витамины, их пьют после приема пищи. Обязательно следует учитывать индивидуальный биоритм человека. Психостимуляторные и энергетические растения употребляют утром, седативные и снотворные – вечером.

Фитотерапия — сложнейшее, наукоемкое направление. Кто в полной мере использует природный фармакологический потенциал, кто найдет рациональный алгоритм использования фитосредств, тот найдет ключи если не к бессмертию, то к ощутимому повышению продолжительности и качества жизни.

Литература:

Ковалёва Н. Г. Лечение растениями. Очерки по фитотерапии. — М.: Медицина, 1972. — 352 с. — 25 000 (допечатка) экз. — УДК-615.322

Свиридонов Г.М. Здоровья кладезь — природа. — М.: Молодая гвардия, 1990. — 271 с.

Непокойчицкий Г. А., Губанов И. А., Балакирев Г. В., Самохина Е. Б., Чумакова А. В., Чумакова Р. В. Большая энциклопедия народной медицины. — М.: АНС, 2007. — 1120 с. — ISBN 978-5-17-043922-5.

THE IMPORTANCE OF SAFFRON IN FOLK MEDICINE

Omonova G.S., Omanova A.S., Komilova A.B.
Urgench branch of the Tashkent medical academy

Abstract: This article discusses the saffron medicinal plant, its occurrence, history, pharmacological effects and role in folk medicine.

Key words: saffron, medicinal purposes, flower formula, traditional medicine.

Saffron is obtained from the dry stigmas of the saffron saffron flower, the yeris family. Nowadays it is a food coloring and a spice, and in ancient times was used as an incense, a precious medicine, a dye and a fine seasoning for food.

Each of the vitamins and trace elements contained in the spice plays its own therapeutic role in improving the body and treating various diseases: magnesium, iron, selenium, manganese, copper, zinc, calcium, potassium - and that's not all. Vitamins that are most important for the smooth functioning of vital organs are also present: C, A, group B.

With the help of potassium, the work of the entire cardiovascular apparatus will be improved. It is not for nothing that saffron is included in the list of healthy foods for the heart.

The beneficial properties of saffron help to strengthen blood vessels, reduce blood pressure. The condition of patients at the initial stage of angina pectoris, hypertension, ischemia and atherosclerosis will be relieved. Thanks to saffron, the cells of the brain and the whole body are stimulated. A good spice and as an antiseptic and tonic. Saffron will effectively help with nervous disorders, relieve various types of pain. Healers advise taking a spice for menstrual irregularities, diseases of the genitourinary system.

Saffron is also very useful for sight. Especially with age-related changes. The spice reduces the level of fatty acids in cells and has an antioxidant effect.

There is evidence that the beneficial properties of saffron have a positive effect on cancer diseases. Taking saffron tincture slows down tumor growth by stopping malignant cells.

Saffron is a powerful aphrodisiac, thanks to its use, blood rushes to the reproductive organs, which contributes to sexual desire. No wonder he was so popular in the East, there, in the harems of the sultans, they knew a lot about love affairs.

A small dose of the spice will help relieve the hangover syndrome.

The kidneys and the bladder are cleansed - the sand is removed.

In addition, saffron is effective for:

Cold.

Menstrual pain.

Asthma.

Insomnia.

Depression.

Certain diseases of the gastrointestinal tract.

How to take saffron for health:

For the treatment of most diseases, saffron is taken in the form of a water infusion. I wrote below how to do it correctly, but now read carefully how to take the infusion:

For medicinal purposes, take an aqueous saffron infusion one tablespoon three times a day. It will be more effective if you begin to do this beforehand. The effect of the infusion increases if you add ginger and black pepper.

Mastopathy. With inflammation of the mammary glands, compresses from gruel are applied. The spice acts as an emollient and anti-inflammatory agent.

Diseases of the genitourinary system. With urolithiasis, cystitis, urethritis, an aqueous infusion of spice is taken. Another collection: take an equal amount of daisy flowers, cornflower, 1 gr. saffron. Hemorrhoids. Water infusion of the spice also helps with hemorrhoids - relieves pain, relieves inflammation. Saffron should be used in the form of compresses.

Eye diseases - cataracts. Make lotions from a water infusion of saffron. The spice rejuvenates the muscles of the eyes, it is shown with age-related weakening of vision. Conjunctivitis will be cured by compresses from the following collection: take cornflower flowers, lion's throat, calendula in equal proportions, add a gram of saffron and make an aqueous infusion.

Cardiovascular diseases, angina pectoris. Pour one gram of spice with a glass (200 ml.) Boiling water. When 20 minutes have passed, strain and take a spoonful before each meal. Another good thing to do is use a teaspoon of the mixture (in equal proportions) of saffron and evening primrose flowers. Pour in 300 ml boiling water and strain after 30 minutes. Drink every 2-3 hours.

Enhanced sexual activity. Use the water infusion in combination with black pepper and ginger.

Healing of wounds, especially purulent ones. Use saffron water to compresses.

Bronchitis. Water infusion of spices helps: pour 2 gr. saffron with a glass of boiling water. After 20 minutes, strain and take two tablespoons before meals.

How to make saffron infusion:

To prepare an aqueous infusion of saffron, take a teaspoon of saffron stigmas and pour a glass of boiling water (200 ml.). Let it stand for half an hour and strain thoroughly.

How to take saffron essential oil:

Saffron essential oil is widely used for respiratory diseases. It will help with insomnia, increase appetite. Use an aroma lamp with a few drops of saffron essential oil.

Saffron - how to take for the beauty of hair and skin. Saffron mask. Make a gruel of saffron and water, and lubricate dry, rough and dull skin. The skin will receive a powerful vitamin charge, moisturize, become soft and acquire an even healthy color. The mask is applied for 20 minutes. Hair mask will help strengthen hair, reduce hair loss. Make a mask of saffron gruel for 20 minutes.

How to take saffron for children?

The beneficial properties of saffron are also used in pediatric medicine. The spice will help with dry cough, whooping cough - babies are given a water tincture of safran. The infusion of water acts as a mild sedative, especially for children with hysteria.

Saffron is a rather toxic plant. Therefore, it is worthless to recklessly accept it. Read carefully about the contraindications of the plant and be careful. Do not forget that even the most wonderful medicines can bring not only health, but also harm if taken incorrectly. In the case of saffron, an overdose is especially dangerous.

It is categorically contraindicated to use saffron for women who are expecting a baby. The plant stimulates the tone of the uterus, which can provoke a miscarriage. Healers do not recommend saffron for small children, especially under two years old. An overdose of saffron, more than 2 grams at a time, sometimes causes vomiting or severe diarrhea. With hypertension, an overdose of the plant can also cause irreparable harm: severe dizziness and even convulsions

may appear. Some cardiovascular diseases may also be a contraindication. Don't eat saffron for diabetes.

Saffron stories

Saffron has long been the most expensive spice. In the East, in ancient times, it was 15 times more expensive than black pepper! This is explained by the fact that the collection process is very laborious. Only three stigmas are collected from each flower, and to get a kilogram of spice, as many as 80,000 saffron flowers are needed.

The plant has been known since ancient times, not so long ago, on one of the islands of the Aegean Sea, Tire, in 2004 ancient frescoes were found, the age of which is amazing: three and a half thousand years. The fresco depicted a goddess guiding the collection of the plant. In those days, saffron was known and used as a medicine.

But you will gasp with surprise even more if you find out that saffron paints were found in Iran, while exploring a prehistoric site of people! It is difficult to imagine how long ago saffron was used by humans. In Russia, saffron was famous, our ancestors baked saffron bread. And in "Evenings on a Farm near Dikanka" it is said about a saffron-brewed vodka.

And now interest in the plant has not faded away, even more - saffron is becoming more popular, especially among women who monitor their weight. It turns out that the plant helps to get rid of extra pounds.

Bulbous perennial plant with colorful flowers, flowering duration 1-2 days. It is used as a spice in cooking, as an active ingredient in many oriental medicines.

Inmedicine.

The beneficial properties of saffron are widely used in the pharmaceutical industry in the East, in the arsenal of which there are about 300 medicinal preparations with the extract of this plant. Saffron extract is used as a part of biologically active additives (Lifevita saffron, Chavanprash). Since ancient times, Asians have cured cataracts with saffron infusion, now it is part of eye drops.

Some previously known drugs (Gu-feland baby powder, tincture of cabbage, saffron-opium tincture, syrups, plasters) had saffron in their composition. In stigmas, plants are used for convulsive coughing, spastic phenomena in children.

Pharmacological properties:

Saffron is not a pharmacopoeial plant and is not used in official domestic medicine, but it is widely used in traditional medicine in other countries, for example, in Asia.

In traditional Chinese medicine, saffron is used as a stimulant, psychoactive agent. Saffron stimulates enzymatic activity, thereby promoting the elimination of protein from the human body. The herb stimulates uterine activity and may have abortive effects. Crocus contains a fairly high content of riboflavin, hence the ability of the herb to lower cholesterol levels in the blood.

According to V. Dobronravov, saffron is able to excite the activity of the nervous system in small doses and, conversely, in large doses has a sedative effect (causes drowsiness, lethargy). In the days of Hippocrates, saffron, they likened opium, claiming its stimulating effect in small doses.

As a result of modern studies of oriental medicine, the effectiveness of saffron treatment of neurodegenerative Alzheimer's disease in its mild and moderate forms has been proven. Taking saffron twice a day for 15 mg is equal to the effectiveness of using the drug Donepezil at a dosage of 5 mg twice a day. Saffron has been shown to lead to significantly fewer side effects and reduced nausea symptoms.

In 2007, Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry reported that 15 mg of crocus petals is as effective as 10 mg of Prozac in the treatment of depression (mild to moderate).

Application in traditional medicine:

Raw saffron is used in the form of aqueous infusions for the treatment of certain heart diseases, leukemia, angina pectoris. Saffron infusion has analgesic, sedative, anticonvulsant, diuretic, antispasmodic, anti-inflammatory, bactericidal effects. It is effective in cystitis,

uroolithiasis, urethritis, and is used to relieve seizures in epileptic patients. Infusion of stigmas is used as a means of stimulating sexual activity and toning the nervous system.

Literature:

1. Dudchenko LG, Koz'yakov AS, Krivenko VV Spicy-aromatic and spicy-flavoring plants: Handbook / Otv. ed. K. M. Sytnik. - K.: Naukova Dumka, 1989. - 304 p.
2. Lavrenov VK Modern encyclopedia of medicinal plants. - M.: ZAO OLMA Media Group, 2007. - 272 p.
3. Lavrenova GV, Onipko VD Thousands of golden recipes for traditional medicine. - St. Petersburg: Publishing House "Neva", 2004. - 352 p.
4. Medicinal plants. Use in folk medicine and everyday life / L. V. Pastushenkov. - Spb.: BHV - Petersburg, 2012. -- 432 p.
5. Maznev VI Highly effective medicinal plants. - M.: Eksmo, 2012. - 608 p.

NA`MATAK MEVASINING FITOTERAPIYADA TUTGAN O`RNI. UNDAN OLINADIGAN DORI VOSITALAR. KOVIDDAN KEYINGI DAVRDA UNING SAMARALI TA`SIRLARI

Xabibullayeva Sh.M., Axmedova M.K.

Toshkent farmatsevtika instituti

Annotatsiya. Ushbu maqolada na`matakning tibbiyotda ahamiyatli turlari, mevasining o`ziga xos xususiyatlari, tarkibidagi vitamin va makro- va mikroelementlar, na`matakni qo`llashga ko`rsatmalar, dozalari, qarshi ko`rsatmalar, na`matakdan olinadigan dori vositalar haqida ma`lumotlar keltirirgan. Shuningdek, koronavirus infeksiyasi bilan og`rigan bemorlarda reabilitatsiya davrida uning samarali ta`sirlari haqida ma`lumotlar mavjud.

Аннотация. В этой статье представлена информация о наиболее важных в медицине видах шиповника, специфических свойствах плода, содержании витаминов и макро- и микронутриентов, инструкции по применению шиповника, дозировке, противопоказаниях, препаратах, полученных из шиповника. **Данных.** Также есть данные о его эффективности при реабилитации пациентов с коронавирусной инфекцией.

Annotation. This article provides information on the most important types of rose hips in medicine, specific properties of the fruit, the content of vitamins and macro- and micronutrients, instructions for the use of rose hips, dosage, contraindications, preparations derived from rose hips. **Data:** There is also evidence of its effectiveness in the rehabilitation of patients with coronavirus infection.

Kalit so`zlar: Dori kasalligi, Begger na`matagi, oshlovchi moddalar, antioksidant, karotin.

Ключевые слова: лекарственная болезнь, шиповник Беггера, добавки, антиоксиданты, каротин.

Key words: drug disease, Begger's rose hips, additives, antioxidants, carotene.

Keyingi yillarda kimyo fanining rivojlanishi, sintez yo`li bilan yangi kimyoviy birikmalar hamda o`ta kuchli kimyoterapevtik moddalar olinishi tufayli o`simliklarni qo`llash ikkinchi darajali bo`lib qoldi. Tibbiyotda o`ta faol kimyoviy moddalar ko`plab qo`llanishi oqibatida «Dori kasalligi» paydo bo`ldi, bunday bemorlar soni kundan kunga ortib bormoqda. Jahon Sog`liqni Saqlash Tashkiloti keltirgan raqamlarga ko`ra, kasalxonadagi bemorlarning 2,5—5% ini dori moddalarning nojo`ya ta`siridan azob chekkanlar tashkil etadi. Shuning uchun hozirgi kunda shifobaxsh o`simliklar bilan davolashga katta ehtiyoj tug`ilgan, bu borada izlanishlar olib borish shu kunning dolzarb muammolaridan biri bo`lib qoldi. Ular o`zining nojo`ya ta`sirlarining kamligi, organizm tomonidan yaxshi o`zlashtirilishi bilan dori-preparatlardan ustundir. Shunday shifobaxsh o`simliklardan biri bu-na`matakdir. Na`matak mevasi-Fructus rosae. Oilasi: Ra`noguldoshlar-Rosaceae. Tarkibida askorbin kislotasining miqdori Davlat Farmakopeyasi talablariga javob beradigan quyidagi na`matak turlari ishlatiladi:

Rosa cinnamomea L. -may na`matagi

Rosa acicularis – tikanli na`matak

Rosa davurica – Dauriya na`matagi

Rosa Beggeriana – Begger na`matagi

Rosa Fedtschenkoana – Fedchenko na'matagi
Rosa Canina – itburun na'matagi va boshqalar.

Na'matak mahsulotining tashqi ko'rinishi: tayyor mahsulot har xil shakldagi (sharsimon, tuxumsimon yoki cho'ziq) va kata-kichiklikdagi (uzunligi 0,7-3 sm, diametri 0,6-1,7 sm), to'q sariq – qizil yoki to'q qizil rangli soxta mevaning iborat. Soxta mevaning uchida teshikchalari bor. Mahsulotning ustki tomoni yaltiroq, burishgan, ichi xira. Yong'oqchalari qattiq, sariq rangli, tuklar bilan qoplangan. Mahsulot hidsiz, nordon – shirin, biroz burishtiruvchi mazaga ega. Kimyoviy tarkibi. Mahsulot tarkibida 4-6, ba'zan 18% gacha vitamin C, 203% mg % vitamin B₂, K, 12-18 mg % karotin, 18% qandlar, 4.5% oshlovchi moddalar, 2% atrofida limon va olma kislotalar, 3.7% pektin moddalar bor. Dorivor preparatlari esa quyidagicha : Askorbin kislota – vitamin C - paroshok, tabletka, ampula holda chiqariladi. Mevaning damlamasi, ekstrakt, sharbat tayyorlashadi. Ishlatilishi. Xolosas preparati jigar kasalligini davolashda ishlatiladi. Urug'lari siydik haydovchi dori sifatida ishlatiladi. Urug'idan yog' olishda ham foydalaniladi. Xolosas preparati asosan o't haydovchi dori moddasi sifatida qo'llaniladi. Bu jigar va o't pufagining surunkali yallig'lanishi (xoletsistit, xoletsistogepatit) va o't tosh kasalliklarida qo'llaniladi. O't haydovchi dorilar o't hosil bo'lish jarayoniga bevosita va neyrohumoral regulyatsiya sistemasi orqali ta'sir etadi. Xolosas preparati bitta shaklda mavjud – ichkarida ishlatiladigan sirop. Xolosas kimyoviy tarkibi tabiiy ingredientlarga asoslangan. Preparat tarkibidagi ekstrakt miqdori 25% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, dori tarkidagi ta'mni yaxshilash uchun zarur bo'lgan suv va shakar mavjud. Dori ko'pincha tananing umumiy mustahkamlanishi va o'z-o'zini davolash uchun olinadi. Na'matakning foydali ekanligi shubhasiz ko'rinsada, u har qanday dorivor o'simlik kabi me'yorga amal qilinmasa organizmga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun, uning damlamasi yoki preparatlarini qo'llashdan oldin salbiy va ijobiy ta'sirlarini bilish lozim.

Na'matak foydasi: shamollashning oldini olish va davolash uchun tavsiya etiladigan na'matakning mevalarining damlamasi – askorbin kislota yoki vitamin C ning tabiiy manbai sanaladi. Na'matak tarkibidagi vitamin C ekzotik limon va apelsinga qaraganda 50 barobar, qoraqat tarkibidagidan esa 10 barobar ko'proq. Bundan tashqari mevasi tarkibida mikroelementlar ya'ni kaliy, magniy, kalsiy va natriyning ko'pligi bilan ajralib turadi. Na'matak damlamasi kuz – qish davrida ichish tavsiya etiladi. U bir qancha xususiyatlarga egadir.

Organizmning himoya kuchlarini mustahkamlaydi va kuchaytiradi;

Qon tomirlarini mustahkamlaydi;

Yurak ishini barqarorlashtiradi;

Qon bosimini pasaytiradi;

Hazm qilish tizimini me'yorga keltiradi;

Xolesterin darajasini pasaytiradi;

Organizmi hujayra darajasida intoksikatsiya qiladi (na'matak kuchli antioksidant ta'sirga ega);

Barcha a'zolar regeneratsiyasini rag'batlantiradi.

Zararlari va qarshi ko'rsatmalar:

Na'matakdan shifobaxsh vosita sifatida foydalanish uchun ko'plab ko'rsatmalar mavjudligiga qaramay, u inson organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatishi ham mumkin. Na'matakni qabul qilish quyidagi hollarda tavsiya etilmaydi:

- Oshqozon sekretsiyasining oshishi (kislotalik darajasi ortishi);
- Gastrit rivojlanishiga moyillik yoki kasallik tashxislanganligi;
- Anamnezda pankreatit mavjudligi;
- Allergik (dermatologik) holatlarga moyillik;
- Tomirlarda tromblar shakllanishi, tromboflebit rivojlanishi;
- Endokardit (yurak mushaklarining yallig'lanishi).

Ba'zi holatlarda esa uni ehtiyotkorlik bilan qabul qilish tavsiya etiladi:

- Tish emalining yupqalanishini tezlashtiradi;
- Safro sekretsiyasini sekinlashtiradi;
- Ich qotishiga sabab bo'ladi

- Обструктив сариқ касаллик ривожланish ehtimoli mavjud.

Na'matak mevasidan profilaktika va davolash vositasi sifatida foydalanilganda ushbu ogohlantirishlarni e'tiborsiz qoldirmaslik lozim. Yodda tutish kerakki, salbiy oqibatlat ko'pincha dori – darmonlarning dozasini noto'g'ri tanlash natijasida rivojlanadi. Ushbu o'simlikning odam uchun kundalik me'yori – 10 ta mevasini qabul qilishdan iboratdir. Bunda ularni maydalab, choyga qo'shish lozim. Uning tarkibidagi askorbin kislotasi, polifenollar sababli koviddan keying davrda organizmning tiklanishida yuqoridagi qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan holda qo'llash bemor umumiy ahvolidning qisqa muddatda tiklanishiga yordam beradi. Bunda polifenollar viruslarning hujayraga birikishini qiyinlashtirsa, askorbin kislotasi ishtahani ochishi, metabolizmni yaxshilashi, temirning o'zlashtirilishi, fagositoz reaksiyalarining normal o'tishida qatnashadi. Antioksidant sifatida hujayra alteratsiyani oldini oladi.

Foydalanilgan adabiyotlar va internet –resurslar:

1. FARMAKOGNOZIYA I QISMH.X.XOLMATOV, O'.AAHMEDOV -Toshkent: "Fan" nashriyoti, 2007.
2. FARMAKOGNOZIYA II QISMH.X.XOLMATOV, O'.AAHMEDOV -Toshkent: "Fan" nashriyoti, 2007.
3. <https://www.jv.ru/news/6-produktov-kotorye-uskoryat-vosstanovlenie-posle-kovida>
4. <https://uz.denimetr.com/docs/768/index-97155-1.html?page=28>

ГИРУДОТЕРАПИЯ – ХАЛҚ ТАБОБАТИ АМАЛИЁТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Абдуллаев И.К., Реймбергманов Ж.И.
Тошкент тиббиё академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги шундаки, ҳозирги даврда дунёнинг диарли барча мамлакатларида турли хилдаги касалликларни даволашда халқ табобатининг асосий даволаш йўналиши гирудотерапия долзарб усуллардан бири бўлиб қолмоқда. Касалликларни даволашда унинг асосий қулайликлари, биринчидан мазкур усул кенг миқёсда қўлланиладиган биотерапия усули бўлса, иккинчидан бугун замонавий тиббиётда кенг қўлланилаётган ўнлаб кимёвий дори воситаларининг ҳар хил ножўя таъсирларини камайтириш саналади ва қолаверса, иқтисодий жиҳатдан беморлар учун нисбатан қулай ва арзон. Тадқиқотнинг асосий мақсади Гипертония касаллиги билан оғриган беморларни гирудотерапия усули билан даволашдаги олинган ижобий самаранинг айрим ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва баҳолишдан иборат.

Гирудотерапия даволаш усули билан гипертония касаллиги бўйича Урганч шаҳрида фаолият кўрсатаётган 1-сонли “ХИЖАМА & ЗУЛИК” хусусий шифохонасида мазкур усул ёрдамида даволанган жами 147 та бемор олиб ўрганилди ва уларнинг даволаниш жараёнида тўпланган маълумотларни таҳлил қилишда ижтимоий гигиеник ва санитария-статистик усуллардан кенг фойдаланилди. Ўрганилган беморларнинг 95 таси эркаклар ва 52 таси аёллар ташкил этса, 110 тасини шаҳар аҳолиси ва 37 тасини қишлоқ аҳолиси ташкил қилди. Даволанаётганларни ёшлари билан тақсимлаганда, уларнинг 9,0%и -30-40, 26%и -41-50, 28%и -51-60, 24%и -61-70 ва 13 % -71-80 ва ундан катта ёшдагиларга тўғри келди. Кўриниб турибдики, гипертония касаллиги билан клиникада даволанаётганларнинг 68%ини 30 ёшдан 60 ёшгача бўлганлар ташкил этиб, айниқса шу ёшдагиларнинг гирудотерапиядан кенг фойдаланаётганликлари аниқланди. Гирудотерапия билан даволанганларнинг 30-41 ёшдагилардан ташқари барча ёш гуруҳларида мурожаатлар эркакларда сезиларли даражада юқори. Айниқса 41-50 ёшдагиларда бу даража эркакларда 4,9 маротабага, 51-60 ёшдагиларда 1,8 маротабага юқорилиги қайд этилди.

Эътиборили жиҳати шундаки, зулик билан қон босими касаллигини даволашда эркаклар аёлларга нисбатан диарли икки баробар юқори эканлиги маълум бўлди. (эркаклар-65%, аёллар -35%). Ўрганилган беморларни уларнинг фаолият йўналишлари бўйича тақсимлаганда, уларнинг асосий қисмини (60%) хизматчилар, 29%ини нафақахорлар, 9%ини ишчилар, 2%ини ногиронлар ташкил этиб, даволанган беморлар ичида ишсизлар умуман аниқланмади. Даволаш бошлангандан сўнг, нечта гирудотерапия муолажасидан

кейин қон босими меъёрлашганлиги тахлил қилинганда куйидаги маълумотлар олинди: 3та муолажадан кейин -9% беморларда, 4та муолажадан кейин -25% ида, 5 та муолажадан сўнг -23%ида, 6та муолажадан кейин -29%ида 7 та муолажадан сўнг -15% ида ва 8та муолажадан сўнг -7% беморларда қон босими меъёрга келганлиги аниқланди.

Юқорида келтирилган маълумотлардан келиб чиқиб хулоса қилиш мумкинки, минг йиллар давомида ўзини исботлаган, халқ табобатида қўлланилиб келаётган гирудотерапия усули, ўнлаб касалликларни, жумладан гипертония касаллигини даволашдаги самарали аҳамияти бугун ҳам ўз долзарблигини йўқатгани йўқ ва кўплаб манбалардаги келтирилган илмий хулосаларга қараганда замонавий тиббиёт усуллари қаторида айниқса махсус ташкил этилаётган хусусий клиникаларда кенг қўлланилиб келмоқда

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ХАЛҚ ТАБОБАТИ ВА ФИЗИОТЕРАПИЯ

Абдуллаев Р.Б., Исмоилова О.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Экологик жиҳатдан ноқулай ҳисобланган Хоразм вилояти шароитида сурункали гепатит (СГ) касаллигини даволашнинг самарали усулини таклиф этиш илмий текшириш ишимизнинг мақсади эди.

Кузатувимизда бўлган жами 51 бемор (31 эркак, 20 аёл) даволаш мажмуасига қараб 4 гуруҳга бўлинди: 1- гуруҳдаги 15 бемор, уларга СГ ни даволаш учун умум қабул қилинган базис даво (УД) қўлланилди (контрол гуруҳ) ; 2- гуруҳдаги 12 беморга УД га қўшимча магнитотерапия киритилди; 3- гуруҳдаги 14 бемор УД мажмуасига Хоразм шароитида яхши ўсадиган игир илдизпоясининг дамламаси қўшиб даволанди; 4- гуруҳдаги 10 бемор УД билан бирга магнитотерапия ҳамда игир дамламаси қабул қилишди. Барча гуруҳдаги беморларнинг ёши, жинси, касалликнинг оғирлик даражаси, даволаниш фасли ва шароити бир биридан кескин фарқ қилмади. СГ ташхиси учун умум клиник, лаборатор, биокимёвий ва ультратовуш билан текшириш усуллари қўлланилди.

Игир – кўп йиллик ўтсимон ўсимлик бўлиб, Марказий Осиё, Қозоқистон, Сибирда, Европа қисмининг асосан жанубида учрайди. Дарё, кўллар, ховузлар ва ботқоқликларнинг қирғоқларида ўсади. Илдизпоясида: 5% гача эфир, анорин гликозиди, 25%гача крахмал сақланади. Баргида эфир мойи, танидлар ва 150мг%гача витамин- С бор. Табобатда игир илдизпоялари жигарнинг ўт ажратиш фаолиятини ҳамда ўт пуфаги тонусини нормаллаштириши тажриба йўли билан исботланган. Ўсимлик таркибидаги экстрактида оғриқ қолдириш ва спазмларни бартараф қилиш хусусиятига эга бўлган моддалар аниқланган. Тайёрлашда: қуритиб майдаланган игир илдизпоясини (15гр) сирланган идишга солиб, устига 0,5л қайнаган сув қуйилади ва идиш қопқоғи ёпилади. Қайнаб турган сувда 30 дақиқа қўйилади, кейин ундан олиниб 10 дақиқа тиндирилади ва сузиб олинади. Тайёрланган дамлама 1чой қошиқдан кунига 3 маҳал 18-20 кун давомида ичилади.

Магнитотерапия Россия Федерациясида ишлаб чиқарилган АМТ- 01 магнитер асбоби ёрдамида амалга оширилди. Бунинг учун 15 кун давомида, кунига бир маротаба, ўнг қовурга ости соҳасига 30Мга кучланишдаги паст частотали магнит майдони (50Гц) билан 20 минут давомида таъсир қилинди. Магнитотерапия муолажасини қўллашнинг назарий асосланиши унинг репаратив регенерация жараёнларига ижобий таъсири, яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантирувчи самараси, микроциркуляцияни яхшилаш хусусиятлари билан изоҳланади.

Терапевтик самара мезони сифатида беморларда клиник сиптомлар ва шикоятларнинг камайиши, умумий ахволининг яхшиланиши, лаборатор курсаткичларнинг меъёрга қайтиши, беморларнинг шифохонада ётиш муддати инобатга олинди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, СГ билан касалланган беморларнинг шифохонада ётиш муддати, умумий ахволининг яхшиланиш муддати, шикоятларининг

камайтиши 4-гурухда энг кам вақтни ташкил этди. Худди шундай ижобий кўрсаткичлар клиник симптомларнинг сўниш муддатида, лаборатор кўрсаткичларнинг яхшиланишида ҳам 4-чи гурухда яққол намоён бўлди.

СГ касаллигини даволашда умумий даволаш мажмуасига магнитотерапия ва ватанимизда ўсадиган даволовчи ўсимлик сифатида қўлланиладиган игир дамламасини қўллаш ишончли ижобий клиник самара беради.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИТОТЕРАПИИ

Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Таджиходжаева Ю.Х., Сайпназарова Х.Б.
*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический медицинский
институт*

Цель исследования – оценить эффективность фитопрепарата Имунап в лечении и реабилитации острого трахеобронхита на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Материал и методы. Пациентов с ОРВИ, осложненной острым трахеобронхитом, разделили на основную (I) и контрольную (II) группы, по 21 в каждой. Эффективность лечения оценивали в баллах (0-3): кашель, мокрота, интоксикация и общее самочувствие по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Пациенты I группы получали традиционное симптоматическое лечение, а пациенты II группы дополнительно получали фитопрепарат Имунап в течение двух недель, по 2 таблетке 3 раза в день, за 5-10 минут до еды. Оценка состояния пациента изучали исходно (1-й визит), через три дня от начала терапии (2-й визит), через неделю после начала терапии (3-й визит) и к концу второй недели (4-й визит). Критерии отбора пациентов; температура тела ниже 38°C; частота дыхательных движений менее 22 в мин.; насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO₂) более 95%; отсутствие одышки, клинической и аускультативной картины пневмонии. Лечение в амбулаторных условиях проводилось под строгим контролем состояния пациента.

Результаты. Острый трахеобронхит проявлялся кашлем (сухой или со скудной слизистой мокротой), чувством жжения и заложенности в груди. У пациентов II группы он уменьшался уже к третьему дню лечения, а у пациентов основной группы ближе к седьмому дню. Схожая динамика наблюдалась по характеристике мокроты. Проявления интоксикационного синдрома значительно уменьшились также через 3 дня у пациентов II группы, раньше, чем таковые в основной группе. Оценка самочувствия с использованием метода ВАШ выявила достоверную разницу в тенденции улучшения самочувствия в группе Имунап, особенно на третий день терапии. В основной группе эти изменения выявлены в более поздние сроки. Менее 14 дней препарат принимали 7 пациентов (33,3%), входящих во II группу. Из них 4 пациента (51,1%) в связи с выздоровлением и отказом от дальнейшего лечения выбыли из исследования. В составе фитопрепарата есть девясил, аир болотный, алоэ, гвоздичное дерево, анис, душица обыкновенная, золотой корень, шиповник, валериана, мята перечная. Он уменьшает гиперсекрецию мокроты и отек, поддерживает функции бронхо-легочной системы, стимулирует неспецифический иммунитет. Может применяться как вспомогательное средство при продолжительной антибиотикотерапии заболеваний, сопровождающихся снижением иммунитета, как общеукрепляющее средство и в качестве дополнительного источника витаминов, фитонцидов, аминокислот. Это указывает на положительную роль Имунап в лечении и реабилитации бронхитов. К сожалению, тяжелые вирусные пневмонии, такие как MERS-CoV и SARS-CoV-2 (возбудитель COVID-19), могут вначале протекать как ОРВИ. Любой случай ОРВИ (температура >37,5°C и один или более из следующих признаков: кашель – сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, SpO₂

≤ 95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза, считается подозрительным на COVID-19.

Выводы. Имунап значительно облегчает течение острого трахеобронхита на фоне вирусной инфекции и значительно ускоряет исчезновение его симптомов, что может быть основой для применения его в схемах лечения и реабилитации пациентов с этой патологией.

ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Известно что, фармакологические эффекты биологически активных добавок (БАД) достигаются при внесении в организм веществ, обладающих выраженной биологической активностью в отношении животных и человека. Эти соединения выступают в качестве: субстратов для биохимических реакций; кофакторов ферментативных реакций; ингибиторов ферментативных реакций; абсорбентов-секвестрантов реактивных или токсичных веществ; лигандов, которые активируют или подавляют активность рецептов; усилителей абсорбции и стабильности основных питательных веществ; селективных факторов роста для естественных желудочно-кишечных бактерий; ферментационных субстратов для естественных бактерий в ротовой полости, желудка или кишечнике, селективных ингибиторов вредных кишечных бактерий. Синтетические БАД отличаются от натуральных по ряду причин. Во-первых, чистота изготовления приводит к отсутствию микропримесей природного происхождения, которые в натуральном аналоге существенно влияют на биологическую активность основных компонентов. Во-вторых, синтетические препараты могут содержать транс-изомеры, отсутствующие в натуральном сырье, на которые ферментные системы человеческого организ-ма не могут отреагировать правильно. В-третьих, синтезированные вещества представляют собой рацемическую лево- и правовращающую смесь изомеров, при том, что биологическая активность есть только у одного типа изомеров. В-четвёртых, природные витамины и витаминоподобные вещества представлены множеством соединений (витамин С — 6, витамин Е — 10, каротиноиды — более 600, флавоноиды — более 6000), в то время как синтетические аналоги на практике представлены одной химической формулой (аскорбиновая кислота, α -токоферол ацетат, β -каротин, рутин).

К активным веществам, получаемым из растительных источников, относятся терпеноиды, фенолы, алкалоиды и другие азотсодержащие соедине-ния. Согласно сообществу химической промышленности США, эти соедине-ния могут препятствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии, онкологических заболеваний, воспалению, паразитарных инфекций, психотических заболеваний, спазматических состояний. БАД, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, благо-приятно влияют на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Потребление омега-3 ненасыщенных жирных кислот оказывает положительное влияние на протекание заболеваний нервной системы: существуют данные, свидетельствующие о благоприятном их действии на течение болезни Альцгеймера, также у больных биполярным расстройст-вом головного мозга принятие омега-3 ненасыщенных жирных кислот при дозировки 9,6 г в день улучшало течение заболевания при в сравнении с группой, принимавшей оливковое масло.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ГИЁХЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Каримова Д.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Қандли диабет сурункали касаллик бўлганлиги сабабли, бу касалликка шифо бўлиши мумкин бўлган шифобахш гиёҳлар табиатда кўп учрайди. Лекин улардан ўз ўрнида фойдаланилса касалликнинг белгилари камайишига ёрдам берган бўламиз, куйида анашундай шифобахш гиёҳлардан тайёрланадиган дамламанинг тайёрланиш тартиби келтирилади. Бу шифобахш гиёҳлардан тайёрланган дамламалар жигарнинг функциясини яхшилади, қондаги қанд миқдорини камайтириш учун хизмат қилади ва шамоллашга қарши ҳамда организмни иммунитетини тикловчи восита сифатида таъсир қилади.

Мойчечак гуллари - 10 грамм, ловия донлари қобиғи - 20 грамм, қирқбўғим гиёҳи - 15 грамм, оддий черника барглари - 20 грамм, наъматак мевалари - 15 грамм, чойўт гиёҳи - 10 грамм, аралия илдизлари - 10 грамм олиб, барча гиёҳлар яхшилаб майдаланиб, аралаштирилади ва унинг 2 ош қошиғига кечки пайт 500 мл қайноқ сув солиб, термосда эрталабгача сақланади ва филтрланади.

Тайёр дамламани овқатдан ярим соат олдин кунига 2-3 маҳал 1/3 стакандан 3-4 ҳафта давомида ичилади. Орада 10-15 кун танаффус қилгандан сўнг, даволашни яна қайтариш мумкин бўлади. Бир йил давомида бу гиёҳлар таркиби билан 3-4 марта даволаниш мумкин.

REPTIN-PLANT DORIVOR MODDASINING TARKIBI VA XUSUSIYATLARI

Курбанийозова Y.A

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Reptin-Plant tarkibida immunitetni mustahkamlovchi, yallig'lanishga qarshi ya'ni noyob biologik faol qo'shimcha mavjud. Uning tarkibi Eryx turiga kiruvchi ilonlar biomassasidan tayyorlangan lipidli konsentratdan iborat bo'lib, immunitetni rag'batlantiradi, umumiy mustahkamlovchi va tonusni oshiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Ilon go'shtining shifobaxsh xususiyatlari haqida Ibn Sino ham yozgandi, u ilon go'shtini turli yallig'lanish jarayonlarida najot va hatto uzoq umr ko'rishning o'ziga xos eleksiri deb hisoblagan. Qadim zamonlardan buyon tabiblar o'z amaliyotida xalqda ko'lvor-ilon deb ataluvchi muayyan turdagi ilonlarning go'shti va yog'idan foydalanib keladi. Aslida bu zahri yo'q sudralib yuruvchi Eryx turiga mansub ilondir.

O'zbekistonda Turkiston tog' oldilarida (Xovos), Nurota, Zarafshon tizma tog'lari, Ko'hitang va Hisor tizma tog'lari etaklarida Ko'lvor ilon uchraydi. Bu ilon kobraga nisbatan ancha ko'p tarqalgan.

Ko'lvor ilon ancha yirik bo'ladi, yo'g'onligi odamning bilagidek keladi. Tanasining uzunligi 160 sm cha, dumi esa 20 sm dan ortiq emas. Eng og'ir ko'lvor ilonning massasi 3 kg cha keladi. Usti och yoki to'q kul rang, sarg'ish yoki jigarrang tusli. Naqshi xilma-xil cho'qqi-qirradi bo'ylab yirikroq va gavdasining yon tomonlarida esa maydaroq dog'lari bo'ladi. Qorni och rangli bo'lib, ayrimlarida mayda nuqtalari bo'ladi.

Asosan, mayda qushlar va kemiruvchilar, ba'zan kaltakesaklar bilan oziqlanadi. Ko'lvor ilonlar ba'zan ancha yirik o'ljani ham tutib eydi.

O'rta Osiyo respublikalarida ko'lvor ilon iyulda tuxum qo'yadi. Yosh ilonlar avgust-sentyabrda chiqadi. Uch yoshida jinsiy voyaga etadi. Tutqunlikda odatda uch yilcha yashaydi.

Ilonlardan har 25—30 kunda bir marta zahar olinadi. O'zbekistonda uchraydigan ilonlardan kuzoynakli ilon (kapcha ilon) va ko'lvor ilon (gyurza)da ko'p, charx ilon va bo'sh ilon (qalqontumshuq ilon)da kamroq, cho'l qora iloni (gadyuka)da juda kam zahar bo'ladi. Har galda ko'pi bilan 0,1 g quruq zahar olish mumkin. O'zbek olimlari S.V.Akbarov va V.A.Akbarov 1989-yildayoq boshlang'ich biomassani tarkibiy komponentlarga parchalash imkonini beruvchi noyob biotexnologiyani ishlab chiqqandi. Organizmning o'z resurslarini rag'batlantirish orqali turli

organlar va to'qimalarning hujayra tuzilmalari faoliyatini tiklash, mustahkamlash va yaxshilash ushbu komponentlarning asosiy samarasi hisoblanadi.

Reptin-plant preparatining o'ziga xos xususiyatlari: Tabiiy tarkib; Kimyoviy reagentlarni qo'llamagan holda amalga oshirilgan texnologik jarayon; Kichik yoshdagi bolalar uchun oziq-ovqat mahsulotlarining gigiyenik xavfsizlik talablariga muvofiqligi; Tarkibi bo'yicha boy yakuniy mahsulot – hujayralar darajasida oziqlanish.

ЗНАЧЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Махмудова М. М.,Наджмитдинов Х.
Самаркандский медицинский институт

Аннотация: За всю историю медицины сформировался такой вид лечения как фитотерапия. Фитотерапия представляет собой лечение, при котором в качестве лекарственных средств используется растения. «Фито-лечение» представляет собой одно из перспективных направлений медицинской практике не только среди взрослого, но и детского населения, что обусловлено ее многоплановым действием, среди которых общеукрепляющее, иммуномодулирующее и защитное являются первостепенными.

Ключевые слова: Фитотерапия, органопротекторный эффект лечение, профилактика, растение

Материалы: В последние годы популярность фитотерапии, несмотря на большие успехи в создании химических лекарств, возрастает. Интерес к природным целительным веществам и препаратам, создаваемым на их основе, увеличивается благодаря как уникальным свойствам фитопрепаратов, так и стремительно развивающимся технологиям исследований в биологии, медицине и производстве лекарственных препаратов.

Фитопрепараты обладают следующими преимуществами: низкая токсичность при достаточно высокой эффективности; широкий спектр терапевтического действия; комплексный органопротекторный эффект; гармонизирующее воздействие на все органы и системы организма; минимальное количество побочных эффектов; относительная дешевизна по сравнению с синтетическими препаратами; возможность приготовления в домашних условиях.

Фитотерапия нашла применение в качестве первичной и вторичной профилактики различных заболеваний, оздоровления и реабилитации широких слоев населения в условиях воздействия негативных факторов окружающей среды, в качестве средства повышения адаптационных резервов здорового организма, в спортивной медицине.

Вывод: В настоящее время фитотерапия занимает важное место в терапии многих хронических заболеваний как среди взрослого, так и среди детского населения. Особое внимание заслуживает и фитопрофилактика как средство, оказывающее нормализующее влияние на разнообразные адаптогенные расстройства, стабилизирующее устойчивость физиологических реакций организма. Приоритет данного направления обусловлен возможностью укрепления истощенных резервов и повышения неспецифической резистентности организма без развития побочных реакций.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Мехмонов М.С., Атаджанова З.Ю.
Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Известно что, при аэробном метаболизме организма образуются большое количество активных форм кислорода. Реактивные формы кислорода приводят к повреждению липидов в клеточных мембранах, окислению белков и повреждению ДНК.

Это воздействие приводит к развитию возрастных заболеваний, таких как атеросклероз, онкологические заболевания, инсульт, артрит, возрастная пигментация, дерматит, катарактогенез, повреждение сетчатки, повреждение печени и др. Антиоксидантные нутрицевтики либо гасят реактивные формы кислорода, либо участвуют в качестве кофакторов ферментов, участвующих в детоксикации активных форм кислорода. Эпидемиологические исследования показывают значимость антиоксидантных нутрицевтиков для здоровья и профилактики возрастных заболеваний.

По химическому составу антиоксидантные нутрицевтики включают: токоферолы и токотриенолы, аскорбиновую кислоту, каротиноиды, полифенолы, альфа-липоевую кислоту — все эти вещества участвуют либо в детоксикации форм кислорода либо в мембране, либо в цитоплазме.

Процессы перекисного окисления липидов постоянно происходят в организме и имеют важное значение для обновления состава и поддержания функциональных свойств биомембран, энергетических процессов, клеточного деления, синтеза биологически активных веществ, внутриклеточной сигнализации.

Поскольку регулярный приём свежей растительной пищи уменьшает вероятность возникновения сердечно-сосудистых и ряда неврологических заболеваний, была сформулирована и широко растиражирована средствами массовой информации рабочая гипотеза о том, что антиоксиданты могут предотвратить разрушающее действие свободных радикалов на клетки живых организмов, и тем самым замедлить процесс их старения.

Многочисленные научные исследования пока не подтвердили этой гипотезы. Опубликованы широкомасштабные исследования, которые указывают на то, что пищевые добавки с антиоксидантами, наоборот, могут быть опасны для здоровья. Мета-анализ клинических исследований, в которых участвовали более 240 тысяч человек в возрасте от 18 до 103 лет (44,6 % женщин), показал, что бета-каротин и витамин Е в дозах, превышающих рекомендуемую дневную норму, значительно повышает общую смертность. Новейшие данные позволяют предположить, что благотворное воздействие свежей растительной пищи на здоровье вызвано иными соединениями и факторами, нежели антиоксиданты.

НОВЫЕ ВИДЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ФИТОТЕРАПИИ

Никонова М.И., Круглая А.А., Круглый С.Д.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования.
Волгоградский государственный медицинский университет.*

На сегодняшний день фитотерапия не утратила своей актуальности. Многие объекты лекарственного растительного сырья широко используются в лечении и профилактики различных заболеваний. Наряду с этим помимо классического их применения активно внедряются в фармакологическую практику, так называемые, технологии безотходного изучения и использования лекарственных растений. В научной литературе все чаще встречаются данные о комплексном изучении всех морфологических частей лекарственных растений. Так как, иногда, из-за слабой изученности многих лекарственных растений возникают трудности в выделении главных фармакологических свойств. А это является одним из основных аспектов рациональной фармакогнозии и фитотерапии.

Цель исследования: провести анализ перспективных малоизученных представителей рода *Inula* для их изучения и внедрения в медицинскую практику.

Материалы и методы: материалом служила надземная часть некоторых представителей рода *Inula* - девясила восточного (*Inula orientalis* L.), **девясила германского** (*Inula germanica* L.), девясила глазкового (*Inula oculus-Christi* L.), девясила японского (*Inula japonica* Thunb.), девясила шероховатого (*Inula aspera* Poir.), девясила

коровякового (*Inula thapsoides* (Willd.) DC.), девясила мечелистного (*Inula ensifolia* L.), собранная в период цветения в разных районах Северного Кавказа и республики Крым. Для изучения использовали физико-химические (хроматография, УФ – спектрофотометрия, ГЭЖХ, ВЭЖХ), ресурсоведческие методы.

Результаты: Ресурсоведческие исследования были проведены в различных районах Северного Кавказа (Ставропольский край, Минераловодский район, Карачаево-Черкесская Республика, Кабардино-Балкарская Республика) и республики Крым (Бахчисарайский район, Симферопольский район, Ялтинский район - гора Ай-Петри), в результате были выявлены заросли почти всех представителей в зависимости места и условий произрастания.

Для определения подлинности изучаемых видов установлены макроскопические и микроскопические признаки лекарственного растительного сырья. Проведены качественные реакции на установление основных групп биологически активных веществ (БАВ) (фенольные соединения, сапонины, эфирные масла). При изучении состава БАВ методом ВЭЖХ в составе фенольных соединений выявлены галловая, кофейная, хлорогеновая кислоты, а также рутин, кверцетин, гиперозид и др. вещества. В результате проведенного анализа на наличие аминокислотного состава было обнаружено 16 аминокислот, из которых 7 незаменимых и 9 заменимых. Все исследуемые образцы содержат макро- и микроэлементы. Результаты скрининговых фармакологических исследований показали наличие противовоспалительной и антибактериальной активностей.

Выводы: в результате проведенных исследований получены новые данные о ресурсах, о составе биологически активных веществ, фармакологической активности некоторых представителей рода *Inula*.

SURUNKALI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA FITOTERAPIYANING AHAMIYATI

Omonova G.S., Allaberganov M.Yu.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Adabiyotlardan ma'lumki, inson tanasida moddalar almashinuvi, kimyoviy, biokimyoviy jarayonlar natijasida hosil bo'ladigan ballast hamda zararli moddalarni tashqariga chiqarishda buyraklarning ahamiyati kattadir. Ushbu a'zolar organizm ichki muhitining doimiyligini ta'minlashda, suv-tuz, elektrolitlarning bir me'yorda saqlanishida ishtirok etadi. Ushbu a'zolar faoliyatining izdan chiqishi esa nefrit, pielonefrit va tsistit singari kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bunday hollarda buyrak kasalliklarini davolashda diuretik ta'sir qiluvchi o'simliklar, ulardan tayyorlanadigan vositalarni qo'llash maqsadga muvofiqdir. Dorivor o'simlik preparatlarining shifobaxsh ta'siri kuchsizroq bo'lsa ham ularni buyrak kasalliklarida berish mumkin. Chunki, ular organizmga ancha yumshoq hamda shikast yetkazmaydigan ta'sir ko'rsatadi. Ayniqsa, ular tanada hosil bo'ladigan suvda eriydigan va erimaydigan ishqorli, mineral, moyli tuzlarni eritishda, buyrakda va siydik yo'llarida tosh hosil bo'lishidan saqlashda yaxshi natijalar beradi. Quyida xuddi shunday xossaga ega bo'lgan hamda viloyatimizda sevib iste'mol qilinadigan sabzavot hamda poliz mahsulotlarining shifobaxshlik xususiyatlari haqida to'xtalib o'tmoqchimiz.

Shunday tabiat nematlaridan biri tarvuz hisoblanadi. Uni lotin tilida *Citrullus vulgaris* deyiladi. U bir yillik o't o'simlik bo'lib, O'zbekistonning barcha viloyatlarida iste'mol qilinadigan madaniy o'simlik sifatida ekiladi. U qovoqdoshlar oilasiga kiradi.

Tarvuzning yumshoq qismida qandlar, dag'al to'qima, oqsillar, pektin, kraxmal, organik kislotalar, B1, B2, B6, C vitaminlari, shuningdek, K, Ca, Mg, Fe, F singari mikroelementlar, fitosterin, karatinoidlar mavjud. Uning yumshoq qismining 80% ni suvdan tashkil topgan.

Tarvuz halq tabobatida peshob haydovchi, quvvat beruvchi, ishtaha ochuvchi, qabziyatning oldini oluvchi, jigar kasalliklarida tanadan ortiqcha suvni haydab chiqarish bilan,

jigar xujayralarini oson so'riluvchi qand bilan ta'minlovchi vosita sifatida ishlatiladi. Shuningdek, tarvuz urug'i buyrak va o't tosh kasalligida va gijjalarni haydash uchun tavsiya qilinadi. Ushbu tabiat ne'mati yurak-qon tomir, buyrak, o't yo'llari, hamda tosh kasalliklarida, tsistit, surunkali kalit va kamqonlikda ham tavsiya etiladi. Tarvuz tarkibida ishqoriy moddalar kislotali sharoitda hosil bo'ladigan toshlarning oldini olish, shuningdek, uning tarkibidagi temir moddasi hisobiga kamqonlikning oldini olishda tavsiya etiladi.

Navbatdagi tabiat nemati oshqovoq- Cucurbita moschata bir yillik, poyasi 4-5 m ga yetadigan o't o'simlik bo'lib, uning vatani Meksikadir, mamlakatimizning ko'pgina tumanlarida bu o'simlik poliz ekini sifatida o'stiriladi.

Oshqovoqning 90% suvdan tashkil topgan, pishgan oshqovoqning rangi to'q sariq bo'lib, uning tarkibida shakar, karotin moddalar, B guruh hamda C, A, Ye, K vitaminlari, yog'lar, oqsillar, uglevodlar, tsellyuloza, pektin moddalar, mineral moddalar, shu jumladan, kaliy, kaltsiy, temir, rux, selen moddalar mavjud. Oshqovoq tarkibidagi karotin moddasi sabzidagidan 5 marta, mol jigaridan 3 marta ko'proqdir.

Oshqovoq tarkibidagi pektin moddalar organizmdan zaharli moddalarni va xolesterinni chiqarib tashlanishiga omil bo'ladi.

Tibbiyotda oshqovoqning mag'zi, moyi, sharbati va urug'i davo maqsadida ishlatiladi.

Oshqovoqning mag'zi-etidan parhezboq ovqat mahsulotlari tayyorlanadi. Pishgan oshqovoq mag'zi a'lo darajadagi mineral moddalarga boy, u peshob haydovchi xossaga ega, shu bilan birga oshqovoq mag'zi organizmdan xlor tuzlarini chiqarib tashlanishini tezlashtiradi. SHU sababli ham oshqovoq eti jigar va buyrak kasalliklarini davolashda qo'llaniladi.

Keyingi sabzavot bu bodringdir. U lotin tilida Cucumis sativus deyiladi. Bodring bir yillik o't o'simlik bo'lib, O'zbekistonning barcha viloyatlarida iste'mol qilinadigan madaniy o'simlikdir. U qovoqdoshlar oilasiga kiradi.

Bodring mevasi o'z tarkibida ko'p miqdorda suv, oqsillar, qandlar, yog', pektin, kraxmal, organik kislotalar saqlaydi. Bundan tashqari B1, B2, B6, B15, PP1, C, K1 vitaminlari, K, Ca, Mg, Al, Zn, Fe singari mikroelementlar mavjud. Halq tabobatida bodring mevasi va urug'ida chanqoqni qondiruvchi, siydik haydovchi, me'da ishini yaxshilovchi xossalarga ega bo'lganligi sababli jigar kasalliklarini davolashda ishlatiladi. Unda peshob haydovchi xususiyat ham bor. Uni suvchechak, me'da og'rig'ida, qabziyat shirasi asal bilan aralashtirilib ichilishi mumkin. Bodring me'da shirasi ajralishini va uning harakatini oshirib, jigardan o't ajralib chiqishini kuchaytiradi, ichak harakati va faoliyatini jonlantirib ovqat hazm bo'lishini tezlashtiradi hamda qabziyatni yo'qotadi, shuning uchun hazm yo'llari kasalliklarida ham qo'llanilishi mumkin.

Xulosa sifatida shuni aytilish mumkinki, yuqorida keltirilgan shifobaxsh sabzavot va poliz ekinlarini peshob yo'llari, hazm yo'llari kasalliklarining oldini olish maqsadida, shuningdek, kamqonlikda ham ishlatilishi mumkin.

XORAZM VOHASIDA O'SADIGAN AYRIM SHIFOBAXSH O'SIMLIK FITOPREPARATLARINING HAZM A'ZOLARI YALLIG'LANISHLARINI DAVOLASH VA OLDINI OLISHDAGI AHAMIYATI

Omonova G.S., Karimova D.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ma'lumki, kasalliklarni davolashdan ko'ra ularning oldini olish muhim ahamiyatga ega. Shu ma'noda ayniqsa surunkali kasalliklarni davolashda shifobaxsh o'simliklar bezarar hamda benazir tabiat in'omlari, deyish mumkun. Mamlakatimiz hududi, jumladan vohamiz hududi shifobaxsh o'simliklarga juda ham boy. Xududda o'sadigan qizilmiya, zig'ir, oddiy igit o'simliklaridan alohida tayyorlangan fitopreparatlar (damlama, qaynatma) yoki fitoyig'malar borki, ulardan hazm yo'llari yallig'lanish kasalliklarining oldini olish va davolashda foydalanish mumkin. Ulardan o'z o'rnida va samarali foydalanish esa aholi orasida kasallanishlar sonining

kamayishi, inson umrining uzayishiga zamin yaratadi. Shunday shifobaxsh giyohlarning dastlabkisi qizilmiya o'simligidir.

Qizilmiya - Glyzyr'iza. Xorazm shevasida uni Suji bo'yon deb nomlanadi. Qizil miyaning ildizi va ildizpoyasidan foydalaniladi. Ayniqsa uning flavanoidlar yig'indisini saqlagan "Likviriton" fitopreparati mahalliy yallig'lanishga qarshi va spazmatik ta'sirlarga ega, shuningdek, unda me'da sekretsiasini susaytirish xossasi bor. Shu sababdan "Likviriton" giperatsid gastritda va xlorid kislotani oshishi bilan kechadigan me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida ishlatiladi.

Yana bir nabiat shifobaxsh ne'mati piyozdir. Uni lotin tilida *Allium* deyiladi.

Er yuzida madaniy sharoitda ko'plab ekib o'stiriladi. U o'zbekistonning barcha viloyatlarida sug'oriladigan yer maydonlariga ekiladi.

Piyoz tarkibida efir moyi, flavonoidlar, fitontsidlar, kislotalar va boshqa mavjud. Piyozning efir moyi tarkibida o'ziga xos xid va ta'm beradigan oltingugurtli birikmalar mavjud. Shuningdek, piyoz tarkibida C-, B₁ - va B₂ vitaminlari saqlaydi.

Piyoz me'da shirasining ajralishini kuchaytiradi, ishtaxani ochadi, ovqat hazm bo'lishini yaxshilaydi.

Navbatdagi shifobaxsh o'simlik oddiy igir - *Acorus celamus*, bo'lib, u ko'p yillik o't o'simlik hisoblanadi, viloyatimiz hududidan tashqari respublikamizning Samarqand viloyatlarida uchraydi.

O'simlikning ildiz poyasida 5% efir moyi, achchiq akorin glikozidi, oshlovchi moddalar, smola va kraxmal saqlaydi. Igir bargi tarkibida efir moyi, ko'p miqdorda C vitamini va oshlovchi moddalar mavjud.

Igir fitopreparatlari giperatsid gastritda antatsid vosita sifatida qo'llaniladi. Bunda ildizning kukuni yoki damlamasini kuniga 4-5 marta qabul qilish tavsiya etiladi.

Igir o'simligi ildizining kukuni "Vikalin" va "Vikair" kompleks preparatlari tarkibiga kiradi. Ular me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida keng ishlatiladi. Igir damlamasi 1:20 (10,0-200ml) nisbatda tayyorlanib ¼ stakadan kuniga 3-4 marta ichishga tavsiya etiladi.

SHIFOBAXSH O'SIMLIKLAR

Omanova A.S., Raximov M.D.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Shifobaxsh o'simliklardan – odam va hayvonlar organizmida uchraydigan kasalliklarni davolash, kasalliklarning oldini olishda, shuningdek, oziq-ovqat sanoatida, atir-upa va kosmetika sanoatida keng foydalaniladi. Yer yuzida shifobaxsh yoki dorivor o'simliklarning 10—12 ming turi borligi aniqlangan. O'zbekiston hududi shifobaxsh o'simliklarga boy maskan hisoblanib, unda dorivor o'simliklarning 700 dan ortiq turi mavjud. Tibbiyot amaliyotida shifobaxsh o'simliklarning quritilgan poyasi, kurtagi, ildizi, ildizpoyasi, tuganagi, piyozi, po'stlog'i, bargi, guli, g'unchasi, mevasi (urug'i), danagi, sharbati, qiyomi, toshchoyi, efir moyi va boshqalardan dori-darmon sifatida foydalaniladi.

Shifobaxsh o'simliklarning dorivorlik hususiyati ba'zi o'simliklarning kurtagi, bargi yoki poyasida, ba'zi o'simliklarning guli yoki mevasida, ba'zilarida ildizi yoki po'stlog'ida to'planadi. Shuning uchun tibbiyotda o'simliklarning asosan biologik aktiv moddalari ko'p bo'lgan qisimidan foydalaniladi. O'simliklarning ildizi, ildizpoyasi, piyozi va tuganagi, odatda, o'simlik uyquga kirgan davrda — kech kuzda yoki o'simlik uyg'onmasdan oldin — erta bahorda tayyorlanadi. O'simlikning meva va urug'lari pishib yetilganda yig'iladi, chunki ular bu paytda dori moddalariga boy bo'ladi. Yangi yig'ib olingan dorivor o'simlik mahsuloti tarkibida (yer ustki a'zolarida 85% gacha, ildizida 45% gacha) nam bo'ladi. Bu nam quritish yo'li bilan yo'qotilmasa, o'simlik chirib, dori moddalari parchalanib, yaroqsiz bo'lib qoladi. Shifobaxsh o'simliklardan tibbiy maqsadlarda foydalanish borasida Abu Ali Ibn Sinoning "Al-qonun" asarida 476 ga yaqin o'simlikning shifobaxsh xususiyatlari va ularni ishlatish usullari to'g'risida ma'lumotlar keltiriladi. Hozirgi vaqtda shifobaxsh o'simliklar ko'payib, xalq tabobati dorivor o'simliklar bilan

boyigan. Shifobaxsh o'simliklardan - anor, achchiqmiya, bodom, dorivor gulxayri, yong'oq, jag'-jag', zubtutum, isiriq, itburun, pistadaraxti, sachratqi, choyo't, qizildo'lana, shirinmiya, shuvoq, yantoq, yalpiz, kiyiko't, tog'rayhon, qizilcha, qoqio't va boshqa ko'plab o'simliklarning shifobaxshlik xususiyatidan foydalanilmoqda.

QURITILGAN ANJIRNING TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI

Qurbonov F.F.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Qadimgi Sharqda anjir mevasi va uning damlamasi yo'talni davolovchi vosita sifatida foydalanilgan. Abu Ali ibn Sino tomoq yallig'lanishida anjir mevasidan tayyorlangan damlama bilan tomoq chayishni bemorlarga tavsiya etgan. Tibbiyotda surgi dori sifatida qo'llaniladigan Kafiol preparati tarkibida ham anjir mevasi mavjud. Zamonaviy tibbiyotda vitiligo kasalligini davollashda qo'llaniladigan Psoberan preparati tarkibi anjir mevasidan iborat. Anjir mevasining siydik haydovchi, terlatuvchi, issiqni tushuruvchi xossalari borligi ham tajribalar orqali asoslangan.

Qurtilgan anjir o'zida 78% gacha qand, vitaminlar (B1, B2, C, E, PP), karotin, organik kislotalar (oksalat, olma, sirka kislotalar) tutadi. Mevalarida oqsillar, o'simlik fermentlari – fisin, amilaza, proteazalarni saqlaydi. Bu o'simlikning hamma qismlarida furokumarinlar – psoralen va berganten, glikozidlar mavjud. Anjir tarkibida fisin fermenti, qand moddasi va kaliy bo'lganligi tufayli yurak-qon tomir yetishmovchiligiga uchragan kasallarga juda foydalidir. Anjir urug'i o'zida 29,4% gacha moy saqlaydi. Anjir tindirmasi quyidagicha tayyorlanadi: yanchilgan anjir qoqisining 5 gramm miqdori ustiga 70%li etil spirit 50 ml miqdorida quyiladi va 10 kun davomida qorong'i joyda saqlanadi, bunda uning tarkibidagi biofaol moddalar ajralishi kuzatiladi. Filtr qo'oz orqali suzib olinib, ovqatdan oldin 25 tomchidan kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi. Tindirma shaklidagi anjirdan tayyorlangan dori vositasi tabiiyligi, shular bilan birga yuqori samaradorligi bilan diqqatga sazovor. Ushbu tindirmani yurak-qon tomir yetishmovchiligi kasalliklarida, moddalar almashinuvi kasalliklarida va kamqonlik, kamquvvatlik holatlarida davo usuli sifatida hamda asosiy davoni potensirolovchi, qo'shimcha davo sifatida ham qo'llash mumkin.

SELECTION OF FLAVONOIDS WITH ANTIMICROBIAL ACTIVITY AND LOW CYTOTOXICITY FOR PROCESSING EXPLANTS IN CELL THERAPY

Syrov V.N., Khushbaktova Z.A., Yusupova S.M., Polyarush S.V., Masaidova I., Ryskulov F.T.
Aripova T.U.

Institute of Chemistry of Plant Substances named after Academician Yunusova S.Y. of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Institute of Immunology and Human Genomics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan.

Flavonoids are biogenic phenolic compounds isolated from medicinal plants that have been used in folk medicine for a long time. A number of flavonoids have an antibacterial effect, which is important because the antibiotic resistance of bacteria is constantly increasing. Another important feature of flavonoids is their low toxicity.

The modern arsenal of remedies has expanded significantly, especially due to the introduction into practice of cell therapy, used, for example, in some forms of diabetes mellitus. In this case, the patient is implanted with a pancreatic β -cell explant of an autogenous or heterogeneous nature. One of the most important factors in the preservation of the explant's cell culture is the absence of bacterial cell contamination (endogenous or exogenous microbial contamination). For this purpose, bacteriostatic compounds are introduced into the cell culture.

The aim of this study was to identify flavonoids with antimicrobial properties, including those for use as bacteriostatics in cell culture.

The inhibitory properties of the studied flavonoids were determined in relation to the *Escherichia coli* ATCC 25922 and *Bacillus cereus* ATCC 14579 strains, which are the most common endogenous contamination factor. Screening for antimicrobial activity was performed using the disk diffusion method. In this case, the minimum inhibitory concentration (MIC) of flavonoids was determined in liquid media: LB broth (Sigma) by the method of serial dilutions. The effect of flavonoids on the viability of eukaryotic cells (on a culture of β -cells of the rat pancreas) was also determined using the MTT test.

As a result, it was found that the flavonoids glabranin (R1 = OH, R2 = R3 = R5 = R6 = R7 = H, R4 = Pr *) and morin (R1 = R2 = R3 = R5 = R7 = H, R4 = R6 = OH) have a stable and pronounced antimicrobial activity against *E. coli* and *B. cereus* at concentrations of 100 and 70 μ g / ml of the medium, respectively. At the same time, incubation of β -cells of rat pancreas in vitro in RPMI-1640 medium (Sigma) with the addition of glabranin or morin at the above-indicated concentrations under sterile conditions has no cytotoxic effect. Cell viability / vitality was at least 87%.

Thus, glabranin and morin can be used in cell therapy both for preserving cells and as a bacteriostatic agent for processing an explant cell culture.

KORONAVIRUS INFEKSIYASI BILAN OG`RIGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA FITOTERAPIYANING AFZALLIKLARI

Sobirova S.Q., Raximberganov S.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Keyingi yillarda kimyo fanining rivojlanishi, sintez yo`li bilan yangi kimyoviy birikmalar hamda o`ta kuchli kimyoterapevtik moddalar olinishi tufayli o`simliklarni qo`llash ikkinchi darajali bo`lib qoldi. Tibbiyotda o`ta faol kimyoviy moddalar ko`plab qo`llanishi oqibatida «Dori kasalligi» paydo bo`ldi, bunday bemorlar soni kundan kunga ortib bormoqda. Bundan tashqari koronavirus infeksiyasi bilan og`rigan bemorni davolashda antiviral preparatlar ta`sirida organizmning vaqtinchalik umumiy ahvoli og`irlashib oladi. Shuning uchun hozirgi kunda shifobaxsh o`simliklar bilan davolashga katta ehtiyoj tug`ilgan, bu borada izlanishlar olib borish shu kunning dolzarb muammolaridan biri bo`lib qoldi. Dorivor o`simliklar bilan davolash — fitoterapiyaning afzalligi quyidagilardan tashkil topgan bo`lib, u o`z ichiga bir qancha xususiyatlarni oladi:

1. Shifobaxsh o`simliklar ko`p asrlar mobaynida sinovlardan o`tib kelayotgan omil hisoblanadi, organizmga fiziologik ta`sir ko`rsatadi, chunki tabiatdagi uzluksiz shakllanish tufayli o`simliklar va odam organizmi hujayralarining tuzilishi bir-biriga juda yaqin. Sintez yo`li bilan olingan kimyoviy moddalar esa odam organizmi uchun yot hisoblanadi, ular o`ta faol bo`lib, organizmning murakkab molekulari tuzilishini buzishi, ba`zan yanada faolroq, hujayralar uchun zaharli yangi birikmalar hosil qilishi, shu orqali metabolizmni o`zgartirishi mumkin.
2. Shifobaxsh o`simliklarning davolash doirasi keng, chunki ular kimyoviy jihatdan juda boy, ularning tarkibida glikozidlar, alkaloidlar, fermentlar, vitaminlar, bioelementlar va boshqa moddalar mavjud. O`simliklar keskin biokimyoviy o`zgarishlarga olib kelmaydi, shu jihatdan ayniqsa koviddan keyingi davrda rehabilitatsiyani tashkillashtirishda muhim ahamiyat kasb etadi.
3. Ko`pchilik bemorlar, ayniqsa koronavirus infeksiyasi bilan og`rigan bemorlar bir necha kasallik bilan og`rirlari mumkin, o`simliklar esa ko`p tomonlama ta`sir xususiyatlariga ega bo`ladi. Shuning uchun o`simliklar ana shunday bemorlarni davolashda juda qo`l keladi.
4. Fitoterapiyaning afzaligi — kasalliklarning oldini olish uchun qo`llanishidir. Masalan, bolalarga vitaminli choylar, kattalarda eleuterokokk, jenshen kabi adaptogenlar qo`llanilganda respirator kasalliklar 2—3 barobar kamaygani qayd qilingan bo`lib, bu fitoterapiyaning ayni pandemiya davrida profilaktik chora-tadbirlarni tashkillashtirishda ahamiyatli ekanligini ko`rsatadi. Shifobaxsh o`simliklar kam zaharli, shu tufayli ularni asosiy dori moddalar sifatida kasallikning boshlang`ich davrida ham qo`llash mumkin. Qo`llanayotgan kimyoviy moddalarning nojo`ya ta`sirlarini kamaytirish uchun ham ishlatiladi.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДУВАНЧИКА- ИЗ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

Сотликов Р.К., Джуманиязова Г.М.

Ургенский филиал Ташкенской медицинской академии

Актуальность. Мы рассмотрим современные методы лечения хронического гепатита при помощи стандартных гепатопротекторных препаратов и лекарственных растений. Гепатопротекторы- средства, которые повышают устойчивость печени к патогенным факторам восстанавливают гепатоциты и их нормальное функционирование, например высокой действенностью обладают препараты на основе глицирризиновой кислоты, которая является основным активным компонентом корня солодки, восстановить здоровое состояние клеток. Covid- поражения внутренних органов очень актуально. Инфекция поражает не только легочную систему, а также поражает органов желудочно- кишечного тракта. Это относится кишечнику и печени. Эти осложнения долго продолжаются и на фоне этих осложнения хронические гепатиты протекаются тяжело и вдобавок к этим осложнениям после лечения с стандартными препаратами противокоронавирусной терапии хронические гепатиты обостряются.

Цель исследования. Изучить эффективность применения гепатопротектора гепабене вместе с лекарственной растений-одуванчика. Народная медицина широко использует одуванчик как лекарство, причем многостороннего действия. И это не удивительно. В листьях и цветах одуванчика содержатся витамины С, В₁, В₂, Р, РР, Е, каротин, соли железа, калия, кальция, фосфора, магния, марганца. Народные целители предлагают принимать эту траву как потогонное, мочегонное, противоглистное, антиаллергическое, противосклеротическое, слабительное и средство при лечении гастритов, колитов, хронических запоров, панкреатитов, болезней печени, селезенки, циститов, невротозов, бессонницы и др.

Материалы и методы. Нами было обследовано 70 больных в гастроэнтерологической отделении ОМММЦ г.Ургенча Хорезмской области с хроническим гепатитом после Covid-инфекции, 35 больных из всех принимали стандартную противовирусную лечение, а 25 больным из всех назначена следующая терапия: препарат, содержащий извлечения из расторопши -Гепабене, в качестве действующего вещества имеет флавоноид силимарин, представляющий собой смесь трех основных изомерных соединений: силибинина, силикристина и силидианина. Силибинин является основным компонентом не только по содержанию, но и по клиническому действию. А также назначили настойку из корней одуванчика (2 ч.ложки из измельченных корней залить стаканом холодной кипяченой воды, настоять 8 часов). Пить по 50 мл 4 раза в день перед едой.

Результаты исследования. По данным контрольной больным рекомендована следующие клинические исследования:

- 1-Клинические критерии (уменьшение размеров печени, при желтушных формах-исчезновение желтухи, отсутствие обострений)
2. Биохимические критерии (уровень трансаминаз).
3. Вирусологические критерии (наличие и концентрация).
4. Гистологические критерии (положительная динамика, отмеченная при биопсии печени, оцениваемая по ИГА).

Вывод. КИ, проводившейся через 4 недели от начала терапии, эффект было отмечено у 21 больных, а у 4 больных в КИ динамика к улучшению не наблюдалось.

ИБН СИНО АСАРЛАРИДАГИ АСАЛНИНГ ШИФОБАХШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хамидова Г.С., Якубова А.Б., Ахророва С.Т.
*Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.
Тошкент давлат стоматология институти*

Ибн Синодек буюк ҳаким ҳам юрак хасталиги, нафас йўллари, ичак касалликлари, меъда-ичак йўли ва жигарнинг яллиғланиш касалликларида даво сифатида асалдан фойдаланган.

Асал жигарда глюкоген моддаси таркиб топишига ёрдам беради, тўқималарда модда алмашинувини яхшилади. Айрим жигар касалликлари ва ўт йўллари хасталикларида асални лимон шарбати ва зайтун мойи (оливковое масло) билан ичиш лозим.

Асал меъда-ичак йўлининг ферментатив фаоллиги суст кишилар учун жуда фойдалидир. У иштаҳани очиб, меъданинг шира ажратиш фаолиятини яхшилади. Агар тоза асални ҳар куни меъёрида тамадди қилинса, у ичак фаолиятни яхшилаб, ичбуруғ хафига "қалқон" бўлади.

Асал овқатланиш олдидан истеъмол қилинса, меъда ширасида кислота камлиги билан боғлиқ бўлган хасталикни даволашда ёрдам беради. Бунда асални совуқ сувли эритма холида (бир ош қошиқ асал бир стакан сувга солинади) истеъмол этиш тавсия этилади.

Асалли чой ичилса, кўкракни юмшатиб, балғам кўчишини осонлаштиради, шамоллашга даво бўлади. Агар тишларга ҳафтада бир марта тоза асал суртилса, улар бақувват бўлиди. Шунингдек, ҳар куни 60-100 грамм тоза асални янги сабзи шарбати ёки сут билан истеъмол қилинса, ўпка касалида, дармонсизликда, силла қуришида беозор даводир.

Юрак хасталиги билан оғриган беморлар тоза асалдан бир чой қошиқ ош қошиғида кунига икки-уч марта истеъмол этсалар, дардларига малҳам бўлади.

Илмий тадқиқот ишимизнинг мақсади Ибн-Сино табобатида тавсия этилган асални гипоацид ҳолатда кечувчи сурункали гастрит билан касалланган беморларда унинг афзаллигини аниқлашдан иборат бўлди.

Текшириш усули: Сурункали гастритнинг гипоацид тури билан оғриган 16 нафар беморнинг 8 нафарига қабул қилинган стандарт даво комплексига асал қўшиб берилди, қолган 8 нафар (контроль гуруҳ) беморга фақат умум қабул қилинган даво ўтказилди.

Натижа: Даволаш жараёнида асал қўшиб берилган беморларда ошқозон ширасининг меъёр даражасига қайтиш вақти, ёмон хидли кекириш, қориндаги оғриқ ва ич кетиш каби аломатлар контрол гуруҳдаги беморларга нисбатан сезиларли ижобий натижа берди.

Хулоса: Сурункали гастритнинг гипоацид турида умум даво мажмуасига асал қўшиб даволаш тавсия қилинади.

ГУЛХАЙРИ ЎСИМЛИГИНИНГ ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИДА ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х., Ахророва С.Т.
*Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Тошкент давлат стоматология институти*

Гулхайри қадим замонлардан бери халқ табобатида турли касалликларни даволашда ишлатилиб келинган доривор ўсимликлардан. Ибн Сино унинг илдизидан, баргидан ва уруғидан тайёрланган дамлама билан йўтал, қон тупуриш, зотилжам ва буйрак касалликларини даволаган ҳамда балғам кўчирувчи ва шишларни қайтарувчи восита сифатида ишлатган.

Тиббиётда гулхайрининг икки тури: доривор гулхайри (алтей лекарственный) ва арман гулхайриси (алтей армянский) доривор восита сифатида ишлатилади.

Гулхайри – бўйи 1.5 метргача бўладиган кўп йиллик ўт ўсимлик. Гулхайрининг бир неча тури бўлиб, улар ўтлоқларда, тўқайзорларда, сойларда, ботқоқликларда, бегона ўт сифатида экинлар орасида, боғлар ва тоғларнинг ўрта қисмигача бўлган ён бағирларида ва бошқа нам ерларда ўсади. Ўзбекистоннинг деярли ҳамма вилоятлари тўқайзорларида, тоғли ноҳияларнинг нам ерларида гулхайри турларини учратиш мумкин.

Тадқиқот ишимиздан мақсад сурункали бронхит касаллиги билан оғриган беморларда анъанавий медикаментоз даволашдан ташқари халқ табobatiда кенг ишлатиладиган “Гулхайри” ўсимлигини беморларда қўллашдан иборат.

Тиббиётда гулхайрининг ҳар иккала тури илдизидан ва баргидан бир хилда фойдаланилади. Барглари ўсимлик гуллаши олдидан ва гуллаган даврида йиғилиб, соя ерда қуритилади. Илдизи кузда ёки эрта баҳорда кавлаб олинади, тупроқдан тозаланади, қари, ёғочланган ва майда илдизлари қирқиб ташланади, сувда ювиб, йириклари майда бўлақларга бўлинади ва очиқ ҳавода қуёшда қуритилади. Ҳозирги вақтда ҳам гулхайри илдизидан тайёрланган дамлама халқ табobatiда йўтал, кўкйўтал, ўпка шамоллаши, нафас қисиши, томоқ яллиғланиши, кўкрак оғриши хасталикларида юмшатувчи, оғриқ қолдирувчи ва балғам кўчирувчи дори сифатида қўлланилади. Гулхайри илдизидан дамлама тайёрлаш учун қопқоқли идишга қайнатиб совитилган сувдан икки стакан қуйилади, унга майдаланган илдиздан 4 чой қошиқда солиб, 8 соат давомида қўйиб қўйилади. Сўнгра докада сузилади ва юқорида кўрсатилган касалликларга даво қилиш учун кунига 3-4 марта ярим стакандан ичилади.

Тиббиётда гулхайри илдизининг доривор препаратлари (дамлама, куруқ экстракт, шарбат) нафас йўллари касалликларида (айниқса, болаларнинг нафас йўллари яллиғланишига қарши) ва яллиғланишда балғам кўчирувчи ҳамда меъда-ичак касалликларида (ич кетганда) ўраб олувчи восита сифатида ишлатилади. Гулхайрининг ер устки қисмидан тайёрланган мукалтин доривор препарати (таблетка ҳолида чиқарилади) ҳам балғам кўчирувчи восита сифатида нафас йўллари шамоллашида қўлланилади. Гулхайрининг майда кесилган илдиз нафас йўллари, кўкрак касалликларида қўлланиладиган балғам кўчирувчи турли йиғма-чойлар таркибига киради.

Тадқиқотимизда сурункали бронхит билан касалланган 20 нафар бемор танлаб олиниб 10 нафари анъанавий умум қабул қилинган медикаментлар, 10 нафарига анъанавий медикаментоз даволашдан ташқари “Гулхайри- Алтей” ўсимлигининг илдизидан, баргидан ва уруғидан тайёрланган дамлама билан йўтал ҳамда балғам кўчирувчи восита сифатида даво ўтказилди.

Гулхайри ўсимлиги дамламасини қабул қилган беморларнинг 8 нафарида даволашнинг 5-6 кунда балғам кўчиши кучайиб йўтал сезиларли даражада камайди. Анъанавий медикаментоз даволанган беморлардан 8-9 кунга балғам кўчиши кузатилиб йўталишлар нисбатан кам камайганлиги кузатилди.

Шундай қилиб гулхайри-алтей ўсимлигининг дамламаси сурункали бронхит касалликларида балғам кўчишига яхши ёрдам берувчи ўсимлик ҳисобланади.

БОЛАЛАРДА ЙЎТАЛНИ ДАВОЛАШДА ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРНИ ҚЎЛЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ

Шайхова М.И., Каримова Д.И.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Замонавий адабиётларда келтирилган маълумотлар асосида болаларда йўтални даволашда доривор ўсимликларни қўллаш натижаларини тахлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. Йўтал кўпгина ўткир ва сурункали бронх-ўпка касалликларининг ажралмас қисми бўлиб ҳисобланади. Шифокор учун чўзилувчан ва сурункали йўталнинг этиологиясини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Биз томондан йўтал

билан кечувчи касалликлар билан оғриган болаларда ўсимликлардан тайёрланган препаратларни қўллаш натижалари бўйича замонавий адабиётлар тахлили олиб борилди.

Натижалар. Олиб борилган текширувлар тахлили шуни кўрсатдики, бронхиал астма, гастроэзофагеал рефлюкс йўталнинг асосий сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Кўп учрайдиган бошқа сабабларга ўтказилган респиратор инфекциялар, сурункали бронхит ва б.лар киради. Йўтал билан балғам ажралиши ёки йўталнинг қуруқ бўлиши ҳақидаги маълумотга эга бўлиш катта диагностик аҳамиятга эга. Трахеобронхиал секретнинг бир суткалик ҳажми 0,1-0,75мл/кг ни ташкил қилади. Киприкчали эпителийнинг ҳар бир хужайраси 200 га яқин киприкчалардан иборат бўлиб, секундига 15 тебраниш тезлиги билан тебранади. Соғлом одамларда мукоцилиар транспортнинг тезлиги дақиқасига 4-12 мм ни ташкил қилади. Сутка давомида 10 мл дан 100 мл гача секрет ажралади, бунда томоққа тушганида ютиб борилади ёки йўтал билан ташқарига чиқарилади. Бундай ҳаракатланишда бактериал агентнинг бронхлар шиллик қавати хужайралари билан контакти 0,1 с ни ташкил қилади ва унинг эпителийга ёпишиши деярли нолга тенг бўлади. Йўталганда балғамнинг ажралиши бронхиал шилликнинг гиперпродукцияси билан кечувчи нафас йўллари яллиғланишли/инфекцион шикастланиши билан боғлиқ бўлган касалликларда кузатилади. Нафас йўлларида яллиғланиш жараёнининг ривожланишида бронхиал шилликнинг гиперпродукцияси муҳим ҳисобланади. Трахеобронхиал секрет шиллиқости безларининг шиллик ва сероз хужайраларининг маҳсулотидан иборат бўлиб, ёпишқоқлиги, эластиклиги ҳамда адгезияси маълум физик ва кимёвий хоссаларга эга.

Болаларда йўтални даволаш учун ўсимлик компонентини сақлаган замонавий препаратларда фаол таъсир кўрсатувчи моддалардан бири *Hedera helix L.* - оддий печакдир. Ушбу компонент ичишга қабул қилиш ва ҳамда небулайзер терапиясида ингаляция учун қўлланиладиган бир неча препаратлар таркибига киради. Печак барглари таркибига кирувчи биологик фаол моддалар балғам кўчирувчи, спазмолитик, антиоксидант, яллиғланишга қарши, антибактериал ва замбуруғга қарши таъсир кўрсатади. Ушбу ўсимликнинг турли қисмлари, биринчи навбатда барглари, тиббиётда қадимдан фойдаланиб келинади.

Печак барглари экстрактида сапонинлар - стероид гликозид гедеракозид С мавжуд бўлиб, унинг гидролизи натижасида альфа гедерин ҳосил бўлади, у печак экстрактининг асосий таъсир кўрсатувчи бирикмаси бўлиб ҳисобланади. Альфа гедерин патология шароитида кучайган эндоцитоз жараёнини қисман блоклайди. Бета2–адренорецепторларнинг стимуляцияси АТФ нинг цАМФ га айланишини тезлаштиради, у хужайраларда тўпланиб, хужайраици калций миқдорини камайтиради. Бронх эпителияси хужайраларининг бета2–адренорецепторларнинг стимуляцияси сурфактант ишлаб чиқарилишини кучайтиради, шилликнинг ёпишқоқлигини камайтиради, унинг кўчишини осонлаштиради, натижада йўтал сусаяди. Хужайраици калций концентрациясининг мушак хужайраларида камайиши бронхларнинг кенгайиши ва бўшашшига олиб келади. Ушбу фаол таъсир кўрсатувчи моддани ўзида сақлаган препаратлар болаларда эрта ёшдан бошлаб қўлланилиши мумкин. Оддий печак экстрактини сақлаган препаратни қўллаш давомийлиги касалликнинг клиникаси билан аниқланади. Оддий печак барглари ўзида сақлаган препаратлар ўткир респиратор касалликларини даволаш учун исталган дори воситалари билан қўлланилиши мумкин, улар антибиотиклар, вирусга қарши ва иммунстимулловчи препаратларнинг самарасини пасайтирмайди.

Хулоса. Шундай қилиб, таркибида оддий печак экстрактини ўзида сақлаган фитопрепаратлар, педиатрия амалиётида юқори даражадаги хавфсиз ва терапевтик самарага эга бўлиб, йўтал ва бронх обструкцияси билан кечувчи исталган нафас аъзолари касалликларини даволашда тавсия қилиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

IV-БЎЛИМ: . ТУРЛИ ХИЛ МАСАЛАЛАР

ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНЛИ ВА СЕМИЗ АҲОЛИ ОРАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИДАГИ АЙРИМ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС- ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаева Д.Р., Абдуллаев И.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация: Хозирги кунда ортиқча тана вазнли ва семизлик мавжуд аҳоли орасида қандли диабет касаллиги ва унинг асоратларини кўп учраши тиббий-ижтимоий муоммолардан бири бўлиб келмоқда.

Аннотация: Сахарный диабет и его осложнения - одна из наиболее распространенных медицинских и социальных проблем среди людей с избыточным весом и ожирением.

Annotation: Diabetes mellitus and its complications is one of the most common medical and social problems among overweight and obese people.

Калит сўзлар: диебет, касалланиш, тарқалиш, аҳоли, семириш, тана вазни, ортиқча вазн.

Ключевые слова: диабет, заболеваемость, распространенность, население, ожирение, масса тела, избыточный вес.

Key words: diabetes, incidence, prevalence, population, obesity, body weight, overweight.

Мавзунинг долзарблиги Кейинги ўн йилликларда қандли диабет нафақат мамлакатимизда, балки дунёнинг айниқса ривожланган мамлакатларида пандемия тусини олаётгалигини ҳисобга олиб, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ), Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) қандли диабет касаллигини дунё жамоатчилигига бу XXI асрнинг энг ҳавфли чақириқларидан бири деб белгилади. Маълумотларга қараганда ер юзида кейинги 20 йилда касаллар сони 1990 й. 130 млн. дан 2011 й.да 366 млн.га ўсиб, 3 маротабага ошган. Юқоридаги ташкилотларнинг берган маълумотларига қараганда ер юзида ҳар 10 сонияда 12 одам қандли диабет касаллигига чалинади, ҳар 7 сонияда 1 та одам касаллик сабаб оламдан ўтади, йилига ер куррасида 4,6 млн. одам айнан шу касаллик сабаб оламдан ўтадилар. Энг ачинарлиси 50%дан ортиқ беморлар меҳнатга қобилиятли аҳоли ҳисобланади (40-59 ёш). Бутун дунё диабетиклар федерациясининг мазкур касаллик бўйича истиқболни белгилашларича, 2030 йилга бориб касалланишлар сони 1,5 маротабага ошиб касалланганлар сони, айниқса иккинчи типдаги қандли диабет ҳисобига -552 млн.га, 2035 йилга бориб 592 млн. га етиши башорат этилган [1,23]. Ю.И.Сунцов, Л.Л. Болотская (2011) [2,16]. ва б. ларнинг таъкидлашларича, қандли диабет касаллиги 40-55% ҳолатларда ўз вақтида аниқланмайди. Шу боисдан статистик маълумотларда кўрсатилган касалланиш даражасидан унинг ҳақиқий тарқалганлик даражаси бир неча марта юқори. Россияда қандли диабет билан касалланишнинг ҳақиқий даражаси расмий маълумотларга қараганда 3-4 маротаба юқори ва унинг мутлоқ сони 9 млн.дан ортиқ бўлиб, умумий аҳолининг 5%ини ташкил этади. Тюмен вилоятида ўтказилган изланишлар шуни кўрсатадики, қандли диабет 1 ва 2 типлари расмий маълумотлардан сезиларли даражада юқорилиги қайд этилади. Россияда аҳолининг мурожаатлари бўйича 2011 йил 1 январь ҳолатига 3млн 357 минг касаллик, 2015 йил 1 январь ҳолатига -3,7 млн қайд этилган ва унинг 90%и 2 типдаги қандли диабет саналади. Шу билан бирга ФГБУ эндокринология марказининг 2005-2010 йилларда ўтказган ўрганишига қараганда расмий статистикада берилган кўрсаткичдан

унинг ҳақиқий даражаси 2-3 маротаба кўп ва кейинги 10 йилда касалланиш икки марта ошганлиги таъкидланади. [4,1,3,5]. И.И. Дедов, М.В.Шестакова, О.К.Викуловларнинг (2017) илмий ҳулосаларига қараганда 2016 йил охирида жами Россиянинг 79 та ҳудуди бўйича 4 348 422 та касаллик рўйхатга олинган, бу умумий аҳолининг 3%ини ташкил этган. Бу дегани ҳар 100 000 аҳолига жами -2637,2та 2 типдаги қандли диабет ташкил этса, бу кўрсаткич болаларда -5,34 ни,ўспиринларда -6,82 ни ва катта ёшдагиларда-3286,1 ни ташкил этган [6].

Тадқиқот мақсади шундан иборатки, ортиқча тана вазнли ва семизларда қандли диабет ва унинг асоратларининг тарқалишига бағишланган адабиёт ва манбааларни таҳлил қилиш орқали унинг ўрганганлик даражасини баҳолаш.

Материаллар ва услублар. Ортиқча тана вазнли ва семизлик мавжуд аҳоли орасида қандли диабет касаллиги ва унинг асоратларининг тарқалганлик даражасига бағишланган адабиётлар ва манбаалар бўлди. Материалларни таҳлил қилишда асосан таърифловчи (описательный) усулдан кенг фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама.Аҳоли орасида қандли диабет касаллигининг кўпайиши биринчи навбатда одамлар орасида қон айланиш тизими ва буйрак касалликлари, ногиронлик, шунингдек бевақт ўлимнинг ошишига сабаб бўлади. Касалликни келтириб чиқарувчи энг асосий омиллардан бири ортиқча вазн ва семизлик ҳолатининг ҳам кенг тарқалиши кузатилмоқда. Дунё бўйича ортиқча тана вазнли ва семизлар сони 2013 йилда 2,1 млрд.га етди. Аҳоли орасида 2 типдаги қандли диабет касаллигининг ошиши висцерал семириш билан бевосита боғлиқ. Аниқланганки, 61% аёлларда ортирилган 2 типдаги қандли диабет бевосита семизлик билан боғлиқ. Ҳаттоки, аёлларда ТВИ нинг ўртача ўсиши, яъни 23-25кг/м.кв.га, қандли диабетнинг 3 маротабага ошишига сабаб бўлади. Семиришни секинлаштириш ва унинг олдини олиш организмда гликемик назоратни яхшилайти [7]. 21-чи асрга келиб ортиқча тана оғирлиги ва семириш дунёнинг барча ривожланган, ўртача ривожланган ва ҳатто паст даромадли давлатларда ҳам ўсиш анъанасига эга. Болалиқдан ортиқча тана вазнига эга бўлиш катта ёшга етганда семиришга асос бўлиб хизмат қилади. 50% ортиқча тана вазнига эга бўлган 6 ёшли болалар катта бўлганларида семиз бўлишга мойиллик даражаси 80%га ошади. Бу ҳолат истиқболда 2025 йилга бориб 2 баробарга ошиши кузатилмоқда. Ўрганишлардан маълумки, Россияда қандли диабетни даволаш учун ҳар йили тўғридан –тўғри -8518,2 млн АҚШ доллар сарфланади. [8,9,12,16,19,22,26]. Меъёрдаги тана вазнига эга бўлган эркекларда ёғ тўқималари -10-12% ни ва аёлларда -15-20 %ни ташкил этади. Семириш ва 2 типдаги қандли диабет юзага келишида адипокин ва унинг фаол сигнал йўллари алмашинади, бу ўз навбатида семириш ва инсулин резистентлик ҳамда касаллик юзага келишида муҳим ўрин эгаллайди [10, 11]. 2 типдаги қандли диабет турининг пайдо бўлишидаги ўзига хос-хусусиятлардан бири бу – касаллик организмда шаклланиб бошлагандан то юзага чаққунга қадар 7-12 йилни ташкил этади, бу вақтда деярли 50% беморларда у ёки бу турдаги касалликнинг асоратлари пайдо бўлади. Айнан ана шу асоратлари кўпроқ ногиронлик ва ўлимга сабаб бўлади. Касалликнинг олдини олишдаги энг муҳим тадбирлардан бири бу – касалликни ўз вақтида рўйхатга олиб даволаш-профилактик тадбирларни амалга ошириш саналади. Шундагина касалликнинг тарқалганлиги ҳақида тўғри ва тўлиқ маълумотга эга бўлинади, бу ўз навбатида касалланишни камайтиришга қаратилган зарур чора-тадбирларни самарали амалга оширишга замин яратади.

Россия Федерациясининг кўплаб тажрибали олимларининг таъкидлашларича, аҳоли орасида қандли диабет касаллигининг барча турларини камайтиришнинг асосий тадбирларидан бир бу – амбулатория поликлиникалардаги профилактика бўлимларининг ишини ривожлантириш ва такомиллаштириш эканлиги таъкидланади. Буни олиб борилаётган диспансеризация тадбирлари ёрдамида нафақат касалликни диабет олди ҳолати даврида аниқлаш, балки одамларда ўзларининг шахсий саломатликларига бўлган масъулятларини ошириш ҳам муҳим аҳамият касб этиши қайд этилади [14].

Россияда 2 типдаги қандли диабет касаллигининг профилактикаси ва даволаш тадбирлари учун тўғридан-тўғри харажат 7 млрд долларни (221 млрд рубль)ни ташкил этади ва бу миқдор беморларга кўрсатилаётган даволаш-профилактик ёрдамларнинг турларидан келиб чиқиб худудларда бир хил эмас. Тадқиқот амалга оширилган Волгоград вилоятида беморларнинг умумий тиббий-ижтимоий ҳимоясига 2,6 млрд рубльни ташкил этган. Даволаш ва ташхислашнинг янги замонавий усулларининг кириб келиши табиийки, унинг миқдорини оширади. Энг асосийси, мазкур касалликнинг пайдо бўлиши одамда жуда оғир ва жиддий ижтимоий ва психологик муаммоларнинг келиб чиқишига олиб келишидир. [17]. Ривожланган Европа мамлакатларда семизлик билан 15-25% катта ёшдаги одамлар азият чекадилар. Ўспиринларнинг 25%и ортиқча тана вазнига эга ва 15%ида семизлик мавжуд. Семизлик биринчи навбатда ёшларда ногиронлик ҳавфини юзага келтиради ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликларнинг юзага келиши билан ўртача умр кўриш даражасини қисқартиради. Буларга 2 тип қандли диабет, артериал қон босими, дислипидемия, атеросклероз каби касалликлар киради. Семириш одамларнинг ҳаёт сифатини издан чиқаради. Семириш нафақат касалликларнинг юзага келишига, балки одамнинг ҳаракатчанлигини ҳам чегаралайди ва қатор руҳий ва хиссий муаммоларни юзага келтиради [19]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти одамлар ҳаёт сифатининг асосий мезонларини белгилаб, унга жисмоний, руҳий, жамоавий ҳаёт, ташқи муҳит, маънавиятни киритади [20].

Одамларда ортиқча тана вазни камайтириш нафақат косметик аҳамиятга балки, қандли диабет касаллигини даволашда ҳал қилувчи ўринни эгаллайди. 2-чи типдаги қандли диабет касаллигини ва семизликни даволаш учун самарали терапевтик воситаларни ишлаб чиқишга йўналтирилган ишларни давом эттириш бу – одамлар орасида кутилаётган ўртача умр кўришни узайтириш демакдир [23].

Бугун семизлик нафақат XXI аср эпидемияси балки, бу бутун дунё учун глобал фалокат саналади. Маълумотларга қараганда семиз одамлар ҳамма томонлама камситишларни хис қиладилар, ишга жойлашишда муаммолар юзага келади, кундалик турмушдаги ноқулайликлар, ҳаракит қилишдаги чегараланишлар, ўзига кийим танлашдаги, шахсий гигиеник табиий заруриятларни амалга оширишдаги қийинчиликлар ва айрим ҳолларда сексуал бузулишлар кузатилиши ҳам муаммоларни келтириб чиқаради. Семизлик организмда 9 та тизим фаолиятининг бузилишига олиб келади ва камида 3-5 йилга умрни қисқартиради. Яққол семизларда ҳар 3 тадан 2 та ўлим айнан семизлик касаллиги сабабли юзага келади. Кўпчилик ҳали семизликни касаллик сифатида тан олмайди. Аммо семизлик бу – касаллик ҳисобланади ва шу билан бир вақтда ўнлаб ижтимоий аҳамиятга эга бўлган, муҳим, юқумли бўлмаган касалликларнинг юзага келишига сабаб бўлади.

Юқорида таҳлил этилган адабиётлар ва уларда келтирилган илмий натижаларга таянган ҳолда қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин:

Хулоса: Аҳоли орасида қандли диабет касаллигининг тарқалишидаги тиббий-ижтимоий ва ташкилий масалаларга бағишланган адабиётларни ўрганиш ва таҳлил қилиш натижасида шу нарса маълум бўлдики, амалга оширилган илимий изланишларнинг деярли 90%и Россия федерацияси, Балтик бўйи республикалари ва Қозоғистон республикаси олимлари томондан амалга оширилган;

Ўрганилган адабиётларда таҳлил этилган кўплаб статистик маълумотларнинг аксарият кўпчилигида, соғлиқни сақлаш тизимидаги даволаш профилактик муассасалар берган статистик ҳисоботларда тақдим этилган қандли диабет билан касалланиш тўғрисидаги маълумотларга нисбатан, касалликнинг аҳоли орасида унинг ҳақиқий тарқалиш даражаси 3-4 баробарга юқори эканлиги таъкидланади;

Аҳоли орасида қандли диабет касаллиги ва унинг асоратларининг тарқалишига бағишланган илмий изланишларнинг кўпчилиги клиник характерга эга бўлиб, касаллик ва унинг асоратларининг тарқалишидаги тиббий-ижтимоий ва ташкилий масалаларга бағишланган илмий изланишлар нисбатан кам;

Юқорида таъкидланганлардан келиб чиқиб якуний хулоса ўрнида шуни таъкидлаш мумкинки, мамлакатимизда, жумладан, ноқулай экологик вазият юзага келган Хоразм вилояти аҳолиси орасида ортиқча вазн ва семизлиги мавжуд одамлар орасида қандли диабет ва унинг асоратларининг тарқалганлик даражаси алоҳида мавзу сифатида ўрганилмаган ва уни комплекс ижтимоий-гигиеник жаҳатдан ўрганиш амалий соғлиқни сақлаш тизими учун муҳим аҳамият эга.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Дедов И.И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу//Вестник РАМН.-2012.-№1.-с.7-13.
2. Сунцов Ю.И., Болтская Л.Л. и др. Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности в Российской Федерации//Сахарный диабет.-2011.-№1.-с.115-18.
3. Суплотова Л.А., Сунцов Ю.И., Кретинина Л.Н. и др. Результаты скрининга осложнений сахарного диабета в Тюменской области.-2005.-№2.с.10-13.
4. Дедов И.Н., Шестакова М.В., Аметов А.С. и др. Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа//Сахарный диабет.-2011.-№4.-с.6-17.
5. Дедов И.Н., Шестакова М.В., Аметов А.С. и др. Инициация и интенсификации сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа: обновление консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (2015) //Сахарный диабет.-2015.-№1.-с.5-23.
6. Дедов И.Н., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета// Сахарный диабет.-2017.-№209(1).-с.13-15.
7. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Стельмах М.В., Дэпию Т.И. Взаимосвязь ожирения и сахарного диабета типа 2 в свете доказательной медицины//Эндокринология новости, мнения, обучение, 2016.-№2.-с.38-50.
8. Тишковский С.В., Никонова Л.В., Дорошкевич И.П. Современные подходы к лечению ожирения// Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2015.-№2.-с.134-139.
9. Аметов А.С. Эффективное лечение ожирения-путь борьбы с эпидемией diabetes mellitus//Эндокринология, новости, мнения, обучение, 2013.-№1.-с.78-83.
10. Кузнецова Л.А. Адипокины и их возможная роль в ожирении сахарном диабете 2-го типа//Saratov journal of Medical Scientific Research, 2018.-Vol.14.№2/-201-206
11. Сабанов А.В., Горбаткова И.В. и др. Территориальный регистр сахарного диабета в волгоградской области за 2006-2011 гг.//Волгоградский научно-медицинский журнал, 2011.-№1.-с.60-62.
12. Попова А.В., Беляева Ю.Н., Меликова С.А. Раннее выявление и коррекция преддиабета и сахарного диабета в условиях отделения профилактики городской поликлиники//Бюллетень медицинских Интернет –конференций (ISSN 2224-6150), 2019.-№9.-с.377-379.
13. Сабанов В.И., Бердник Е.Ю., Дьяченко Т.С. Ресурсы здравоохранения и общества для оказания медицинской и социальной помощи больным сахарным диабетом типа 2//Вестник ВолгГМУ, 2013.-№3 (47).-с.85-88.
14. Бахтадзе Т.Р., Смирнова О.М., Жуков А.О. Психоэмоциональные расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях и сахарном диабете//Сахарный диабет, 2004.-№2.-с.54-57.
15. Тепаева А.И. Качество жизни пациентов страдающих избыточным весом и ожирением: результаты социологического анализа//
16. Orley J., Saxena S., Herrman H/ quality of life and mental illness// the british J. of Psychiatry. 1998. Vol. 172. P.291-293.
17. Ахметов А.С., Демидова Т.Ю. и др. Взаимосвязь ожирения и сахарного диабета типа 2 в свете доказательной медицины//Эндокринология новости, мнения, обучение, 2016.-№2.-с.38-50.
18. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации//Клиническая медицина, 2016.-№94 (9).-с.688-692.
19. Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Современные подходы// Медицинский совет, 2018.-№4.-с.17-19.
20. Андрианова Е.А., Александрова И.И. и др. Оценка степени компенсации углеводного обмена и распространенности диабетических осложнений у детей в возрасте до 14 лет в Российской Федерации//Сахарный диабет, 2007.-№1.- с.24-29.
21. Дедов И.И., Шестакова О.К. и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным федерального регистра сахарного диабета, статус 2017г.// Сахарный диабет, 2018.-№21 (3).-с.144-159.

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ВА ИШЧИ-ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ВАҚТИНЧА МЕХНАТГА ЯРОҚСИЗЛИК КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОС-ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаев И.К., Юлдашева Л.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аҳоли касалланиш турлари ичида вақтинча меҳнатга яроқсизлик касалланиш (ВМЯК) ҳар қандай жамиятда тиббий, ижтимоий-иқтисодий ва ҳуқуқий аҳамиятга эга бўлган муаммолардан бири саналади. Негаки, ҳар бир касалланиш ҳолатида ишчи ва хизматчиларга бериладиган меҳнатга яроқсизлик варақаси биринчи галда ҳуқуқий, қолаверса молиявий ва тиббий-статистик аҳамиятга эга. Вақтинча меҳнатга яроқсизлик билан боғлиқ касалланишни ишчи ва хизматчилар орасида статистик таҳлил қилишдан асосий мақсад, биринчидан ишчи ва хизматчилар орасида ВМЯК даражасини аниқлаш бўлса, иккинчидан ана шу касалликларнинг улар орасида тарқалишининг олини олиш чоратадбирларини самарали ишлаб чиқиш ва меҳнат самарадорлигини ошириш саналади. Мавзунинг асосий мақсади Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида фаолият кўрсатаётган профессор-ўқитувчилар ва ишчи-ходимлар орасида вақтинча меҳнатга яроқсизлик касалланиш даражасини ўрганиш ва баҳолаш ҳамда уни яхшилаш чораларини ишлаб чиқишдан иборат. Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида фаолият кўрсатаётган профессор-ўқитувчилар ва ходимлар орасида вақтинча меҳнатга яроқсизлик касалланиш даражасини ўрганиш ва баҳолаш мақсадида 2018-2020 йилларда касаллик ва бошқа сабабларга кўра меҳнатга яроқсизлик варақасини олган жами 443та ҳодиса ўрганилди ва тўпланган маълумотларни таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария-статистик усуллардан кенг фойдаланилди. Тадқиқот жараёнида 2018-2020 йиллар давомида ТГА Урганч филиалида профессор-ўқитувчилар ва ходимлар томонидан касалланиш ва бошқа ҳолатлар бўйича жами 443та ВМЯХ қайд этилган, натижада филиалда 8082 иш кунни йўқатилган. Ҳар бир ВМЯХсининг давомийлиги уч йилда ўртача 18,2 кунни ташкил қилганлиги қайд этилди. Ўрганишлардан шу ҳолат маълум бўлдики, филиалда ВМЯ даражаси таҳлил қилинган уч йилда динамикада ўсиш анъанаси кузатилди. 2018 йилда ВМЯ ҳодисалар сони 144та ҳолатни ташкил этиб, жами 2029 иш кунни йўқатилган ва ҳар бир ходисанинг ўртача давомийлиги 14,1 кунни ташкил этган бўлса, 2019 йилда бу кўрсаткичлар мос равишда 158, 2880 ва 18,2 га тенг бўлди ва 2020 йилда эса 141, 3173 ва 22,5 кунга тенг эканлиги маълум бўлди. Натижада ҳар бир ходисанинг ўртача давомийлиги 2020 йилда 2019 йилга нисбатан 1,6 баробарга ошганлиги аниқланди. Уч йил давомида қайд этилган ҳодисаларда беморларга берилган меҳнатга яроқсизлик варақаларининг 65,7%и амбулатория-поликлиникаларда, 31,6%и касалхоналарда ва 2,7% санаторияларда берилган. ВМЯ ҳодисаларининг энг юқори даражаси 31-40 ёшдаги ходимлар орасида қайд этилиб 40,2%ни ташкил этди. Эътиборли жиҳати шундаки, ВМЯ ҳодисалари асосан 26-50 ёшдагиларга тўғри келиб жами ВМЯ ҳодисаларининг 78,4%ига тенг бўлди. Дикқатимизни ўзига тортган ҳолат шу бўлдики, ўрганилган йиллар давомида ВМЯХлари 25 ёшгача ва 26-30 ёшдагилар орасида камайиш хусусияти кузатилса, 31-40, 41-50 ва 51-60 ёш гуруҳлари ичида аксинча, ўсиш ҳолати кузатилди. Умумий олганда ВМЯХ сони 2018 йилга нисбатан 3 ҳолатга камайгани билан COVID-19 касаллиги ҳисобига ВМЯ сабабюли йўқатилган кунлар сони кескин ошиши кузатилди.

Филиалда қайд этилган ВМЯХларнинг ходимларнинг эгаллаган лавозимларига нисбатан тақсимланиши шуни кўрсатдики, ўрганилган 3 йил давомида рўйхатга олинган ҳодисаларнинг 57,8%и ишчи хизматчилар ва 27,6%и ассистентларга тўғри келди. Фан докторлари ва профессорлар ҳамда доцентлар орасида ВМЯХлар сони йил сайин ўсиб бориш анъанаси кузатилди.

ВМЯХларни сабаблари бўйича таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, ВМЯ ҳодисалар бўйича нафас олиш касалликлари жами ҳодисаларнинг 30,7%ини ташкил этиб

етақчи ўринни эгаллаши ва ўрганилган йиллар давомида ўсиш хусусияти кузатилди, яъни 2018 йилга нисбатан 2020 йилда бу кўрсаткич 30% га ошганини кўриш мумкин. Иккинчи ўринни хомиладорлик ва туғиш билан боғлиқ жараёнлар (17,0%) ва учунчи ўринни ҳаракат аъзолари ва буйрак ҳамда сийдик йўллари касалликлари эгаллади (11,6 ва 11,3%). Эътиборли жиҳати шундаки, асосан қон айланиш ва асаб тизимлари касалликлар ўсиб бориш анъанасига эга эканлиги аниқланди.

УДК:616.15:616.216.1-002-08

НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОВИД-19

Абдукадыров А.А., Курбанов.Ф.Р. Ахмедов.М.Х., Мухитдинова Д.Р. Курбонов Д.Ф.
Кафедра хирургической стоматологии Ташкентского Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Периодическая научная литература заполнена информацией об осложнениях КОВИД-19. Этот вирус практически поражает все важные системы организма и вызывает различные осложнения, связанные с образованием тромбов и соединительной ткани и вторичных воспалительных процессов. Об осложнениях данной инфекции в челюстно-лицевой области практически нет информации. Однако в последнее время в нашу клинику начали обращаться пациенты с патологическими изменениями тканей средней зоны лица после перенесенной инфекции КОВИД-19. В клинической картине в отличие от банальной инфекции челюстей преобладал некроз костной и окружающих мягких тканей. Почти все они принадлежали старшей возрастной группе с такой сопутствующей патологией, как сахарный диабет.

Цель сообщения; Изложение результатов нашего опыта изучения клинико-рентгенологических проявлений, диагностики и лечения некроза тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом после перенесенной КОВИД-19.

Задачи исследований. 1.Изучение клинико-рентгенологических проявлений некроза тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом перенесших ковид-19. 2. Изучение морфологических изменений при некрозе тканей средней зоны лица у пациентов с сахарным диабетом перенесших ковид-19. 3. Разработать методы лечения некроза тканей средней зоны лица, у пациентов с сахарным диабетом перенесших КОВИД-19.

Материалом для исследования служило клинико-рентгенологическое обследование и лечение 9-пациентов с некрозом тканей средней зоны лица после перенесенного КОВИД-19 со второй формой сахарного диабета от 56 до72лет. Из них 8-мужчин и 1-женщина.

Методы обследования включали клинико-лабораторные, лучевые методы диагностики (МСКТ) и морфологические исследование пораженных тканей средней зоны лица.

Результаты исследований. Пациенты обратились с жалобами на появление участков некроза мягких тканей и оголение кости в области альвеолярного отростка и неба с выпадением зубов. Также жаловались на появление сообщения между полостью рта с гайморовой пазухой и полостью носа. Из анамнеза они все болеют второй формой сахарного диабета от 6 до 12лет и получают назначенное эндокринологом лечение. Со слов сахар крови держится от 7 до 13 единиц. В зависимости от времени обращения после КОВИД-19 и объема поражения тканей средней зоны лица больные распределились на три группы; Первую группу составили трое пациентов с изолированным поражением тканей альвеолярного отростка верхней челюсти; Начало заболевания пациенты первой группы отмечают через месяц после перенесенного Ковид-19.Вначале появилось гиперемия и отек мягких тканей слизистой оболочки в области альвеолярного отростка и через неделю оголение костной ткани. При осмотре отмечается некроз мягких тканей и оголение альвеолярного отростка в области фронтального сегмента верхней челюсти, На

МСКТ отмечается ограниченная деструкция альвеолярного отростка верхней челюсти с нечеткими границами. Вторую группу составили двое больных с поражением альвеолярного отростка и небной пластинки верхней челюсти с перфорированием гайморовых пазух или полости носа с одной или двух сторон. Жалобы больных этой группы были на затруднение приема пищи обусловленное наличием язвы в области фронтального и дистального отделов верхней челюсти и твердого неба. Попадание жидкой пищи в полость носа. Неприятный запах из рта и выделения из носа. Оголение костей альвеолярного отростка сопровождался с подвижностью и выпадением зубов. При осмотре; аналогичные изменения альвеолярного отростка как у первой группы больных распространились в дистальные отделы верхней челюсти и в небную пластинку с перфорированием дна гайморовых пазух и полости носа. На МСКТ отмечается деструкция альвеолярного отростка и небной пластинки с перфорированием в гайморовы пазухи с нечеткими границами. Третью группу составили 4-больных с тотальным некрозом верхней челюсти с распространением на скуловые кости, нижнюю стенку глазницы, перегородку носа и решетчатые кости. К аналогичным жалобам как у предыдущей группе присоединились отек, изъязвление и некроз мягких тканей средней зоны лица. На МСКТ отмечается тотальная деструкция верхнечелюстной кости, неба с распространением в перегородку носа, основание черепа, нижние отделы скуловых костей и нижней стенки глазниц с нечеткими границами. Результаты анализа крови показали увеличение СОЭ от 48-60мм час, АЛТ 20 -152ед/л, АСТ-21-138ед/л, глюкозы крови от 10,5-13,3ммоль/л. Изменение этих показателей свидетельствует об интоксикации всего организма, связанной с воспалением тканей средней зоны лица, повышением концентрации сахара в крови и нарушением функции фильтрующих токсины систем.

Морфологическое исследование показало картину распадающихся лейкоцитов, ангионекроз, микротромбоз, полихромность эритроцитов, некроз миоцитов и деструкция костной структуры.

Заключение; причиной таких осложнений с некрозом верхней челюсти и окружающих анатомических областей является различная степень тромбоза верхней и наружной сонной артерии на фоне сахарного диабета и отрицательное влияние местных лечебных манипуляций во время лечения в стационаре.

Лечение; Всем больным первой группы проведена операция некрэктомии с закрытием дефекта местными тканями. Больным второй и третьей группы операция некрэктомии проведена с пластическим изолированием полости рта от полости носа и гайморовых пазух. Послеоперационные раны зажили у 4-х больных первичным и 5-х вторичным натяжением. В настоящее время планируются реконструктивные операции для создания оптимальных анатомических условий для изготовления протезов, которые восстанавливают зубные ряды и форму деформированной части средней зоны лица.

ЭКОЛОГИК ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ БЎЙИЧА ТАКЛИФЛАР

Абдуллаев М.Р., Абдуллаев Р.Б.

Урганч давлат университети

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хаво иқлимнинг ўзгариши, сув ресурсларининг камайиб кетиши, атмосферанинг ифлосланиши, тупроқ деградацияси, чўллашув жараёнлари, биохилма-хиллик ва ўрмонзорларнинг қисқариши сингари атроф-мухит муаммоларини ҳал қилишда ресурсларни тежайдиган технологияларни жорий этиш ва табиатни муҳофаза қилишга қаратилган тадбирларни ўтказиш муҳим аҳамиятга эга эканлигини алоҳида қайд қилиш лозим.

Ўзбекистонда аҳолига узлуксиз экологик таълим бериш ва бу соҳада унинг билимини ошириш масалалари “Таълим тўғрисида”ги, “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси қонунлари, табиатни муҳофаза қилиш ва табиий

ресурслардан фойдаланиш соҳасидаги қонунчилик ҳамда норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар асосида ҳал қилинмоқда. Шу билан бирга, замонавий экологик дунёқарашни шакллантириш, экологик таълим ва тарбиянинг мукамал тизимини ишлаб чиқиш ва жорий этиш ҳамда жамиятнинг ҳар бир аъзосини атроф муҳитни муҳофаза қилиш жараёнига жалб этиш борасидаги ишлар самарадорлигини ошириш давр талабидир.

Экологик хавфсизлик- атроф муҳитни асраш, жамият ривож, хавфсизлиги ва раванкининг зарурий шартидир. Экологик муаммо бу табиат ва инсоният ўзаро муносабатининг жиддий бузилиши бўлиб, табиий манбалар захирасининг камайиб кетиши, экологик барқарорликнинг бузилиши, иқлимнинг ўзгариши, яшаш шароитининг ва одамлар фаолиятининг мураккаблашуви билан намоён бўлади. Экологик муаммони ҳал қилиш учун кенг қамровли экологик таълим ва тарбиянинг ягона тизимини яратиш экологик ҳалокат ҳудудида муҳим аҳамият касб этади. Бу тизим экологик муҳитни асрашда ва шифокорлар фаолиятида кенг миқёсдаги мукамалликни таъминлаши зарур. Бунинг учун замонавий талабларга жавоб берадиган стандартларни ишлаб чиқиш, шунингдек экологик танглик билан боғлиқ муаммо ва вазифаларни ҳал қилиш мақсадида мутахассисларни тайёрлашга эҳтиёж туғилади.

Қуйидаги босқичларини ҳисобга олган ҳолда ушбу кенг қамровли экологик таълим ва тарбиянинг ягона тизими таклиф қилинади:

1. Экологик таълимдаги изчиллик

Эко омилларни ҳисобга олган ҳолда юқори профессионал тайёрлов

Бакалаврларни юридик тайёрлов

Экологик маданият ва фикрлашни шакллантириш

Изчиллик бу босқичма-босқич таълимдир:

а) умумтаълим мактабларда машғулотлар ботаника, зоология, ва биология асосларига таянган ҳолда 11 йил давомида (биринчи синфдан ўн биринчи синфгача) олиб борилади.

б) профессионал тайёрлов техникумлар, колледжлар ва академик лицейларда атроф муҳит экологик омилларини анатомия, физиология ва гигиена асосида 3 йил давомида чуқурроқ ўрганилади.

в) ноқулай омилларнинг соғлиққа салбий таъсири ва кейинги патологик жараёнларни ўрганиш билан боғлиқ чуқур экологик таълим-тарбияга қаратилган ўқув дастурининг асосий қисми бакалавриатурада 4-6 йил давом қиладиган олий ўқув юртлирида олиб борилади.

Олий профессионал тайёрлов (клиник ординатурада) магистратурада 2-3 йил давомида амалга оширилади.

Юридик тайёрлов бу экология борасидаги қонунларнинг бузилишига маъсуллик ва атроф муҳитни асраш қонун-қоидаларига риоя қилинмаганлик оқибатида етказиладиган зарарни назорат қиладиган бўлғуси мутахассислар (балки малака ошириш, қайта тайёрлаш курсларида)да ҳуқуқ асослари билимларини шакллантиришдир.

Нодавлат жамғармалар, дастурлар, тизимлар томонидан, ишга оид ўйинлар, баҳслар, ўқув тестлари, маҳорат дарслари орқали менталитетни эътиборга олган ҳолда ҳамма босқичларда экологик маданият ривожлантирилади.

Шундай қилиб, экологик таълим ахборот тизимлари ва технологиялар билан боғлиқ узлуксиз ўқув жараёнидир. Барча Марказий Осиё ва унинг ҳудудидан ташқаридаги ахборот марказлари билан биргаликда экологик таълим масалаларини ҳал қилиш олий таълим тизимидаги жараёнининг ажралмас қисми сифатида муҳим аҳамиятга эга.

Экологик таълим бўйича таклиф қилинаётган узлуксиз ўқув жараёни экологик муаммоларни ҳал қилишда катта иқтисодий аҳамиятга эга бўлади деб ҳиблаймиз.

ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕГИОНЕ АРАЛЬСКОГО МОРЯ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуллаев Н.А., Саидахмедова З.О.

Ургенчский техникум общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сино

На Арале и приаралье произошла экологическая катастрофа, которую учёные называли регионально- критической ситуацией, потому что она затрагивает весь Среднеазиатский регион. Высохшее дно Арала становится одним из основных поставщиков аэрозолей в атмосферу Земли. Соли и мельчайший песок переносятся с Аральского дна на юг и на запад, легко преодолевая плато Устюрт и попадая в Каспий они перемешиваются с вертикальными копиями поверхностного испарения. В результате этого смешивания образуются пыле-солевые облака, которые поднимаются на большие высоты и переносятся на большие расстояния. Поэтому в Приаралье за последнее время минерализация дождевой воды увеличилась в 2 раза, а непосредственно у Арала — в 7 раз. Соль и пыль, которая приносится с пустынного Аральского дна, увеличивает загрязняемость атмосферы Земли более чем на 5 %. Поэтому можно смело заявить, что мы имеем дело с глобальной экологической катастрофой, границы, которая в будущем могут расширяться, если люди не предпримут каких то мер по её устранению. Чрезвычайно неблагоприятная обстановка которая происходит в Хорезмском регионе отрицательно влияет на здоровья населения, и приводит повышению заболеваемости населения с сахарным диабетом.

Последние годы во многих странах заболеваемости болезней с сахарным диабетом, особенно в развитых странах наблюдается времени эпидемии, статические данные и данные научных исследование авторов имеет очень важные значение для общества в медицинских и социальных проблем, в том числе имеет при оценки основной показатель здоровое население и индикаторные показатели. Все обследования в областном эндокринологическом диспансере отбираются от годовых счётов. Всего число общих обследовавших с диагнозом сахарного диабета составляет 2163, из них 1 082 больных (50 %) женщины, 1 081 больных (50 %) составляет мужчины.

Заключительном можно сказать решение этой признанной мировой трагедии 21 века, как экологической проблемы, не исходит из возможностей только Узбекистана или стран Средней Азии, или только всемирного сообщества, но и от объединений усилий сотрудничества крупных международных организаций с негосударственными некоммерческими организациями. В этой связи необходимо усилить деятельность по разработке конкретных программ и рекомендаций, а также активизировать пропагандистскую работу среди населения. Сохранить нашу природу мать, умело использовать её недра и богатства, создать экологически здоровую среду для общества — это долг каждого гражданина, а не только органов защиты окружающей среды.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Абдурахманов А.Б.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ташкентская медицинская академия*

Цель. Изучить показатели системы гемостаза у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материалы и методы. В исследование включено 34 (11 женщин и 23 мужчин, медиана возраста $37,5 \pm 3,8$ лет) пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, находившиеся на лечении в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре в период с 2020 по 2021 (август) гг. Длительность заболевания к началу обследования составила: от 1 до 5 лет. В качестве контроля послужили 30 условно-здоровых лиц без патологии желудочно-кишечного тракта и системы гемостаза, соответствовавшие по полу

и возрасту группе пациентов. Исследование гемостаза включало в себя следующие показатели: подсчет времени свертывания крови (ВСК), количества тромбоцитов, гемолизат агрегационный тест (ГАТ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс, тромбиновое время.

Результаты и заключение. Со стороны показателей гемостаза в период разгара заболевания зарегистрирована тенденция к увеличению количества тромбоцитов в группе больных в сравнении с контролем, однако, она не являлась статистически значимой ($p > 0,05$). Вместе с этим, установлено увеличение агрегации тромбоцитов среди пациентов с ЯБДПК - ГАТ 10^{-2} ($12,2 \pm 0,3$ сек, $p < 0,05$) и 10^{-6} ($18,6 \pm 0,8$ сек, $p < 0,05$). При этом, показатели ВСК ($311,81 \pm 2,18$ сек) находились в пределах контрольных значений. Уровни АЧТВ ($30,68 \pm 0,28$ сек), ПТИ ($90,93 \pm 1,15\%$) и ТВ ($8,86 \pm 0,13$ сек) также не имели значимых расхождений от таковых в контроле. Однако, со стороны показателя фибриногена установлено его некоторое увеличение до $4,2 \pm 0,02$ г/л при $3,17 \pm 0,1$ г/л в контрольной группе, что возможно связано с активностью основного заболевания.

Вывод. 1. У пациентов с ЯБДПК со стороны системы гемостаза изменения характеризуются увеличением количества и агрегации тромбоцитов, а также фибриногена ассоциированные с активностью язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке.

ТАРБИЯ - ИНСОН МАЪНАВИЯТИ ВА САЛОМАТЛИК ДАРАЖАСИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДАГИ ЎРНИ

Абдуллаев И.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Инсоният пайдо бўлибдики, тарбия унинг ҳаёт мазмунининг асосини ташкил этади. Инсон тараққиётининг барча босқичларида тарбия ҳар бир ҳалқнинг, миллатнинг ўзига ҳос-хусусиятларини, янги давр муносабатларини, жамият ривожлашини, техника ва турмуш тараққиётида қўлга қиритилган илм фан ютуқларини, ҳар бир мамлакатнинг, миллат ва элатларнинг миллий ва умуминсоний қадриятларини инобатга олган ҳолда берилиб аждоқлардан авлоқларга меърос сифатида ўтиб кел жараёндир. Ҳар бир мамлакат ва алоҳида ҳалқларнинг дунёда тутган ўрни, унинг мавқеи, айнан шу мамлакатда ёшларга бериладиган тарбиянинг махсули сифатида намаён бўлади. Тарбия таълимга нисбатан ҳам ўта назик ва ўзига ҳос ёндашишни талаб қиладиган ўта мураккаб психологик жараён. Шу бойисдан ҳам у ҳаммага, ҳамма жойда ва ҳамма вақт танафуссиз амалга оширилади. Таълимнинг мазмун-моҳияти ва унинг аҳамияти ҳам биринчи навбатда болага тарбия орқали тушунтирилмас экан, кутулган даражадаги таълим натижасига эришиб бўлмайди. Тарбиянинг яна бир ўзига – ҳос хусусиятларидан бири – бу барча турдаги, ақлий, ахлоқий, нафосат, жисмоний, тиббий – гигиеник, экологик, иқтисодий, диний, ҳуқуқий, техник, иродавий, меҳнат, оилавий ва бошқа кўплаб турлари боланинг ёшини, жинсини, қизиқишини, касбий йўналишини, қолаверса саломатлик даражаси каби хусусиятларини инобатга олиб мужассамлаштирилган тарзда берилгандагина, биз ҳақиқий ҳар томонлама тараққий этган, бугуннинг талабига тўлиқ жавоб бера оладиган баркамол ва соғлом инсонни шакллантирган бўламиз. Ҳаётда одатда биз ҳаммамиз тарбиячи ва ўз навбатида тарбияланувчи саналамиз. Тарбия аксарият ҳолларда, ўзлаштирилган билим, малака, кўникма ва ҳаётий тажрибаларидан келиб чиқиб катталар томонидан берилишига биз одатланиб қолганмиз. Аслида тарбияни барча турдаги инсонлардан оламиз. Одам фаолиятининг касбий йўналишларидан келиб чиқиб тарбиянинг йўналишлари жуда кўп. Фаолият одамларнинг ёши, жинси, касби, фаолиятни амалга ошириш жойи, вақти ва бошқа хусусиятларига боғлиқ ҳолда ўзининг мазмун ва моҳияти жиҳатдан бир-биридан ажралиб туради. Тарбиянинг берилиш мақсадидан келиб чиқиб умуминсоний меъёрларга нисбатан ижобий ва салбий жиҳатлари фарқланади. Шу бойисдан яхши тарбия ёки ёмон тарбия тушунчалари мавжуд. Демак, тарбия инсонларнинг ҳаёт кечириш даврида бир-бирларига ижобий ва салбий ҳолатда бевосита ёки билвосита таъсирлари натижасида юзага келадиган

ўта мураккаб жараёнлар махсули сифатида намоён бўлади. Юқорида қайд этилганлардан хулоса ўрнида айтиш мумкинки, барча турдаги тарбияларнинг инсон саломатлиги ва ҳар қандай турдаги касалликларни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишда бевосита ёки билвосита таъсирлари, болаларга ёшлигидан тушунтирилиб, онгига сингдирилиб борилсагина биз жамиятда ҳар томонлама етук интеллектуал салоҳиятга эга ва соғлом авлодни шакллантиришга мустаҳкам замин яратган бўламиз.

АҲОЛИ ОРАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИНГ ТИББИЙ ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАРИ

Абдуллаева Д.Р., Курбанов С.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кейинги йилларда дунёнинг кўплаб ривожланган давлатларида, жумладан Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида ҳам ортиқча тана вазни, семиз одамлар ва улар орасида қандли диабет касаллиги тарқалиши йил сайин ошиб бориши кузатилмоқди. Мос равишда касаллик асоратлари инсулт, инфаркт миокард, буйрак етишмовчилиги, оёқларни ампутация қилиш ва ўлим ҳолатларининг ошиши ҳам кузатилмоқда. ЖССТ нинг маълумотига кўра ҳар 10 сонияда жаҳонда бир одам, ҳар йили 4 млн. киши қандли диабет сабаб дунёдан ўтади. 1 млн. дан ошиқ одамларнинг оёқлари кесилади, 500 мингдан ортиқ одамларда буйрак етишмовчиликлари кузатилади.

Танадаги ортиқча вазн ҳамда семизлик ва бу ҳолатлар билан қандли диабет касаллигининг тарқалиши ўртасида тўғри ва кучли боғланиш мавжудлиги, натижада айниқса кейинги йилларда мазкур касалликнинг тарқалганлик даражасининг сезиларли даражада ўсиб бориши, қолаверса, унинг ёшариш хусусияти дунёнинг кўплаб мамлакатларида, шунингдек мамлакатимизда ҳам ўта долзарб масалалардан бири бўлиб, бутун жамият ва соғлиқни сақлаш тизими олдида ҳал қилиниши кечиктириб бўлмайдиган, давлат аҳамиятига эга бўлган муаммолардан бири саналади.

2020 йил 30 октябрдаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Соғлом турмуш тарзини кенг тадбиқ этиш ва оммавий спортни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 6099-сонли фармонида ҳам, ушбу йўналишдаги муаммоларга алоҳида урғу берилган. “Аҳоли турли гуруҳларининг соғлом овқатланишига бўлган эҳтиёжларини қондиришни таъминлайдиган шарт-шароитлар яратиш, таркибида туз, қанд ва ёғ миқдори кўп бўлган ҳамда хамирли таом ва ширинликларни, нон маҳсулотларини истеъмол қилишни қисқартириш, зарарли одатлардан, хусусан, алкоголь ва тамаки маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиш йўли билан касалликка чалиниш, ортиқча тана вазн ҳолатлари (семизлик) ва бевақт вафот этишни камайтириш” масалалари алоҳида қайд этилган.

ОНАДАГИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ГИПОТИРЕОЗ УНИНГ АВЛОДЛАРИНИ УРУҒДОНЛАРИ ШАКЛЛАНИШИГА ВА РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Азизова Ф.Х., Мадаминова Г.И.

Тошкент тиббиёт академияси,

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги. Эркақлар бепуштлигининг ошиб бораётганлиги, хомиладорлардаги гипотиреоз муаммосининг жуда ҳам долзарб эканлиги ва ушбу оналардан туғилган авлодларнинг репродуктив тизимига бўлган салбий оқибатларнинг етарлича ўрганилмаганлиги куйидаги тадқиқотни ўтказишимиз учун долзарб ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади – онадаги экспериментал гипотиреоз шароитида олинган авлодларнинг уруғдонларини постнаталь шаклланиши ва ривожланишининг ўзига хослигини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари. Тана вазни 150-180 гр атрофида бўлган, илгари туғмаган урғочи каламушларда 100 гр тана вазнига 5 мг мерказолил препаратини 21 кун давомида “per os” киритиш орқали экспериментал гипотиреоз ҳолати яратилди. Кейин эса каламушлар ҳомиладор бўлганидан эмизиш даври тугагунча 100 гр тана вазнига 2,5 мг мерказолил препарати бериб борилди. Туғилган авлодларда 60 суткадан кейин уруғдонларидаги ўзгаришлар ўрганилди. Ўрганиш давомида морфометрик, морфологик, иммунофермент, электрон-микроскопик ва статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Онадаги экспериментал гипотиреоз унинг авлодларининг уруғдонларини шаклланишига салбий таъсир кўрсатиши аниқланди. Тажриба гуруҳидаги барча каламуш болаларининг қон зардобидида эркин тироксин (Т4) ва трийодтиронин (Т3) миқдорларининг камайиши, тиреотроп гормон (ТТГ) концентрациясининг сезиларли ошиши кузатилди. Шунингдек, фолликулстимулловчи (ФСГ), лютеинловчи (ЛГ) гормонлар ва тестостерон миқдорларининг камайиши кузатилди. Морфологик текширувлар натижасида онадаги гипотиреоз ҳолати унинг авлодларининг уруғ каналчаларидаги хужайралар ва Лейдиг интерстициал хужайраларидаги деструктив ўзгаришлар туфайли сперматогенез жараёнининг бузилишига олиб келиши аниқланди. Сперматоген эпителий хужайраларидаги деструктив ўзгаришлар ва экструзия фонидида сперматогенез жараёнининг етилиши ва шаклланиш босқичининг кечикиши аниқланди. Электрон микроскопик текширувда кўплаб Лейдиг хужайраларининг цитоплазмасида локал лизис белгилари; митохондрияларида шиш ва вакуолизация; гранулалар сонининг ва электрон зичлигининг камайиши кузатилди. Морфометрик текширувда актив иш фаолиятидаги каналчалар миқдорининг камайиши, уларнинг ўртача диаметрларининг пасайиши ва сперматоген хужайралар, суспендоцитлар, интерстициал гландулоцитлар сонининг камайиши ҳамда сперматогенез индексининг пасайиши аниқланди.

Хулоса. Ҳомиладорликдаги гипотиреоз ҳолати унинг авлодларида гипофиз-қалқонсимон без-жинсий тизим ўртасидаги ўзаро корреляцион алоқанинг шаклланиш жараёнининг бузилишига олиб келади. Бу эса уруғдонларнинг тузилишининг ва функционал жиҳатдан шаклланишининг кечикишига олиб келади.

ПЕРИФЕРИК АРТЕРИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ СКРИНИНГ ДАСТУРИ ЁРДАМИДА ОЁҚ-ҚЎЛЛАРДАГИ ГЕМОДИНАМИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ КОМПЛЕКС БАҲОЛАШ

Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Периферик артерия касалликларини замонавий текширув усулларида рангли дуплекс сканерлаш орқали тўпиқ-елка индексидан фойдаланиб, сегментар артериал қон босимини ўлчаш, компьютер томографияси ёрдамида тиббиал кальцинозни баҳолаш оёқдаги периферик артерия касалликларининг аниқланишидаги асосий текшириш усуллари ҳисобланиб, тўпиқ-елка индексларини ҳисоблаш асосий компонентлардир.

Тадқиқотнинг мақсади ультратовуш текширишнинг комплекс усулларида ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга тадбиқ қилиш орқали периферик артерия касалликларининг эрта ташхисини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотга жалб қилинганларнинг ўртача ёши $67,8 \pm 11,7$ ёшни ташкил этди, энг юқори ёши 90 ёш ва энг кам 45 ёш ва стандарт оғиш 7,3 ёшни ташкил қилди. Ўртача $52,5 \pm 6,8$ ёшдаги эркаклар, $51,2 \pm 8,8$ ёшдаги аёллар бўлган. Текширувларнинг катта қисмини 60 ёшдан ошган беморлар - кексалар ва қариялар - 76,4%ни, улардан 56,5%ни эркаклар, 43,5% ни аёллар ташкил қилди. Беморларнинг 96,3%ида камида битта юрак-томир хавф омилига эгаллиги аниқланди. Юрак-томир касалликлари билан оғриган беморлар 26,6%;

цереброваскуляр касалликлари билан касалланганлар 19,8%, кўптомир патологиялари бўлганлар 7,0% ва камида битта юрак-томир хавф омилига эга бўлган, аммо на юрак-томир касалликлари, на цереброваскуляр касалликлари бўлганлар 46,6%ни ташкил қилди. Тадқиқот давомида 7,7% бемор доимий чекувчи эканлиги маълум бўлди. Фақат 20,5% бемор оёғида оғриқлар бўлишидан шикоят қилди, 4,4% беморда ўтиб кетувчи оқсоқланиш кузатилди. 0,4% беморда бир ёки бир нечта артерияларда пулсациянинг йўқлиги қайд этилди. 45-59 ёшдаги 7,6% беморда, 60-74 ёшдаги 13,7% беморда ва 75 ва ундан катта ёшдаги 17,6% беморларнинг анамнезида оёқ артерияларининг сурункали артериал этишмовчилиги борлиги аниқланди.

Стенозларда акустик сояли кальцинатлар бевосита постстенотик сегментлардаги қон оқими тезлигини баҳолаш йўли орқали стеноз даражасининг ишончли индекциясини таъминлайди.

Шундай қилиб, юзаки сон артерияси (ЮСА) окклюзиясида ижобий прогностик аҳамиятга эгаллиги 97% дан ортикни ташкил қилди. РДКС ЮКБА, ОрКБА ва КБА > 50% стенозлар учун мезон сифатида тезликлар нисбатини ≥ 2 эканини ҳисобга олган ҳолда сезувчанлик ва ўзига хосликни 90 / 93%, 90 / 92%, 82 / 74% эканлигини кўрсатди.

КОРРЕКТИРОВКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛУДКА

Аллаберганов М.Ю., Рахимберганов А.К.
Ургенчский филиал ТМА, Ургенчский филиал ПИМУ.

Изучали влияние бензетазона на гистоморфологию желудка при экспериментально индуцированных язвах.

Методы исследования. Для экспериментов использовали белых крыс разных пород весом 170–200 г. Крыс с язвенной болезнью желудка разделили на 2 группы: бензкетазон вводили перорально металлическим зондом в количестве 75 мг / кг в желудок крыс первой группы и в желудок крыс второй группы тем же способом.

Результаты и их обсуждения. В желудках крыс, получавших бензкетазон, на 3-й день исследования воспалительный некротический детрит и фибриноидный некроз у основания раны были значительно снижены, это было воспаление пролиферативной грануляции, содержащее лимфогистоцитарные клетки и не сформированный фиброзный структурный инфильтрат. Мышечный слой состоит из лимфогистоцитарного инфильтрата, редких мышечных волокон, направленных в сторону сосудов и интерстиция. Наблюдалась регенерация слизистого эпителия, окружающего рану. На 7-й день наблюдения были выявлены изолированные поражения, расположенные в небольших отделах пилорического отдела в некоторых областях желудка, большинство из которых были близки к завершению. Дно раны было гладким, чистым, наблюдалась гипертрофия слизистой оболочки вокруг раны. При микроскопическом исследовании дно раны состоит из клеток гистоцитов и волокнистой ткани, образованной волокнистой структурой. Воспаленный инфильтрат наблюдался только вокруг сосуда. Процесс эпителизации на краю раны наблюдался в виде окружающей эпителиальной гиперплазии и образования новых ворсин. Наблюдалась гиперплазия эпителиальных полипозных опухолей, окружающих рану, с образованием аденоматозных желез. На 10-й день наблюдения отдельные мелкие поверхностные раневые дефекты слизистой оболочки желудка появляются в виде эрозии и кровоизлияний. Под микроскопом раневая трубка полностью эпителизирована, но появляется в закрытом состоянии из-за неполных ворсин. Можно видеть, что гистоморфология поражений у крыс, пораженных бензкетазоном, была несколько менее изменена, чем в контрольной группе крыс, и заживление ран было значительно ускорено. Влияние бензкетазона на ускорение такого заживления ран можно объяснить его антиоксидантными и противовоспалительными свойствами.

Вывод: бензкетазон приводит к быстрому прекращению деструктивно-некротических и воспалительных процессов желудка и ускорению репаративной регенерации клеточных элементов в слизистой оболочке.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Центр передовых технологий, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель – оценка эффективности и безопасности лечения и реабилитации пациентов с коронарной болезнью сердца(КБС) с коморбидными патологиями, подвергшихся стентированию коронарных артерий(СКА).

Материал и методы. В исследование включили больных КБС стабильной стенокардией напряжения(СС) III функционального класса(ФК)(I группа, 14) и СС IV ФК (II группа, 18) с метаболическим синдромом(МС) и артериальной гипертензией(АГ), подвергшихся СКА. До СКА, через 3 и 5 месяцев изучали содержание холестерина(ХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), активность аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), билирубина(Б), полиморфизм генов СУР2С19 и 9р21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда(ЭКГ, ЭХОКГ), проводили УЗИ печени. На фоне базисной терапии(аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ) пациенты получали фитопрепарат, обладающий гепатопротекторными свойствами Гепофреш.

Результаты. Показатели липидов у больных КБС с МС и АГ составили(I и II группы соответственно): ХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП –3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л. После терапии содержание липидов снизилось (I и II группы соответственно): ХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП –2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л. Статины и антиагреганты оказали благоприятное влияние на течение КБС с сопутствующими МС и АГ, они переносились хорошо, случаев отмены не было. Активности АЛТ, АСТ, содержание Б были в пределах нормальных величин. По результатам генотипирования полиморфного локуса С806Т выявлены 2 генотипа – СС и СТ. Распространенность составила по 50%. При гетерозиготном генотипе для лучшего эффекта повышали дозу антиагрегантов. В динамике объем ишемизированного миокарда уменьшился и выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка(ЛЖ). По параметрам продольной деформации (Strain) и скорости деформации (Strain Rate) ЛЖ и папиллярных мышц позволили прогнозировать характер дисфункции миокарда и динамику ишемической регургитации. Генетические исследования помогли подобрать эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, добиться хорошей эффективности, без развития осложнений и резистентности к ним. Гепофреш, в состав которого входят экстракты девясила высокого, ревеня тангутского, айра болотного, бессмертника, горца змеиного, цикория, солодки голой, кукурузных рыльцев, тысячелистника обыкновенного, обладает противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами и, на наш взгляд, оказал благоприятное влияние на функциональное состояние печени, что улучшило переносимость базисного лечения исследованных больных. Особую роль играет соблюдение больным режима медикаментозной, немедикаментозной терапии и реабилитации. При этом от изученности предоперационной клинической ситуации пациента во многом зависит успех СКА при КБС с коморбидной патологией.

Выводы. Комплексный подход к лечению больных КБС с МС и АГ, нуждающихся в СКА с учетом оценки жизнеспособности миокарда, фармакогенетических особенностей

статинов и антиагрегантов улучшает прогноз, переносимость препаратов, повышает эффективность терапии, предупреждает развитие резистентности к препаратам и возможных побочных эффектов

ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В АРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Аскарова Р. И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Туберкулез - коварное социально-значимое инфекционное заболевание бактериальной этиологии. Во всей планете туберкулез является ведущей причиной смертности, связанной с инфекционными заболеваниями [4,стр.3]. Болезнь имеет не только медицинский, но и социальный аспект: подвержены заражению туберкулезом люди с низким уровнем иммунитета, проживающие в условиях несоблюдения санитарно-гигиенических норм, плохих социально-бытовых условий, с несбалансированным рационом питания. Заболевают туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18-44 года [1,стр.8].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, треть населения нашей планеты инфицировано туберкулёзом [2,стр.7]. Это означает, что микобактерия уже находится в организме человека, однако болезнь ещё «дремлет». Ежегодно у 8 миллионов заболевание переходит в острую форму. Высокая смертность (до 3 миллионов человек в год) и распространенность туберкулеза обусловлены не только социальными причинами, но и длительным периодом скрытого течения болезни, когда симптомы туберкулеза не проявляются. В Узбекистане улучшается эпидемическая ситуация по туберкулезу, о чем говорит динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу. В перспективе на эпидемиологический процесс будет отрицательно влиять развивающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом числа и доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. Микобактерия туберкулеза была открыта 24 марта 1882 года немецким микробиологом Робертом Кохом, а с 1993 года, по инициативе Всемирной организации здравоохранения, день 24 марта объявлен Всемирным днем борьбы с туберкулезом. Его целью является повышение заинтересованности населения к профилактике туберкулеза, привлечение внимания к эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране и в целом по миру [5,стр.44]. Одной из основных задач системы здравоохранения является контроль заболеваемости туберкулезом. Результаты борьбы с туберкулезом связаны не только с применением эффективных методов лечения, но и с организацией противотуберкулезной работы среди населения. Наиболее характерной особенностью противотуберкулезных мероприятий является их массовость, проведение среди больших групп населения. Профилактические меры, проводимые специализированными противотуберкулезными лечебными учреждениями вместе с заведениями общего лечебного профиля, включают профилактические осмотры граждан (обязательная ежегодная флюорография), выявление больных, страдающих открытыми формами туберкулеза, их изолирование, обследование контактных лиц, специфическую профилактику туберкулеза.

С целью раннего выявления заболевания туберкулезом проводится флюорографическое обследование населения. Флюорографическое обследование - проводится подросткам, начиная с 15 лет и взрослым ежегодно в поликлинике по месту жительства, работы или учёбы. С помощью флюорографии можно выявить туберкулёз на ранних стадиях заболевания [7, стр.2]. Специфическая профилактика, или вакцинация, направлена на формирование противотуберкулезного иммунитета, включает введение ослабленного штамма микобактерии туберкулёза (вакцина БЦЖ) или

профилактических химических средств. Вакцина БЦЖ не может вызывать заболевание туберкулезом, с ее помощью организм вырабатывает специфический иммунитет против микобактерий. У лиц, вакцинированных БЦЖ, туберкулез протекает в более легких, доброкачественных формах, проще поддается лечению. Таким образом, вакцинация предотвращает развитие тяжелых, генерализованных форм заболевания. Иммунитет обычно формируется через 2 месяца после вакцинации и стихает через 5-7 лет.

По показаниям, вакцинация БЦЖ каждые пять лет может продолжаться до 30-летнего возраста. Профилактика туберкулеза предполагает отбор кандидатов для ревакцинации с помощью пробы Манту. Ревакцинируют только тех лиц, у которых реакция Манту оказалась отрицательной.

Ревакцинация противопоказана: инфицированным туберкулезом лицам любого возраста, переболевшим, туберкулезом в прошлом, больным всеми острыми инфекционными заболеваниями, кожными, аллергическими болезнями, включая ревматизм, экссудативный диатез, а также эпилепсию. В плановом порядке производится ежегодно проба Манту как метод скрининговой диагностики при диспансеризации детского и подросткового возраста. Взрослому населению назначается по показаниям. Оценка результатов через 72 часа после внутрикожного введения в предплечье: отрицательная реакция - при наличии точечной реакции в месте укола не более 2 мм в диаметре; сомнительная реакция - при выявлении четко ограниченного круглого пятна 2-4 мм в диаметре или диффузного легкого покраснения кожи любого размера; положительная реакция - пятно 5-17 мм в диаметре у детей и подростков и 5-21 мм у взрослых; гиперергическая реакция - папула более 17 мм в диаметре у детей и подростков и больше 21 мм у взрослых. Кроме пробы Манту, в нашей стране проводят Диаскинтест - это препарат, с помощью которого проводится исследование на наличие иммунитета к микобактериям туберкулеза. Используется также короткое название препарата - диаскин. Сама проба с этим препаратом также называется диаскинтестом. Препарат является диагностикумом, который содержит два антигена, входящих в состав микобактерий туберкулеза. Единственное предназначение диаскинтеста - определить наличие или отсутствие иммунитета к микобактериям туберкулеза. Данный метод не является диагностикой активной формы туберкулеза. Показанием к проведению диаскинтеста является подозрение на заражение микобактерией туберкулеза. Кроме того, в тех странах, где всё еще применяют пробу Манту, Диаскинтест необходим для дифференциальной диагностики между поствакцинальной реакцией и первичным туберкулезом. Дело в том, что Манту может быть положительной как после введения БЦЖ-вакцины, так и при инфицировании микобактериями. Диаскинтест реагирует только на «дикие» штаммы. Если проба Манту положительная, а Диаскинтест отрицательный, значит иммунитет у ребенка остался после вакцины [3, стр.7]. Меры химиопрофилактики применяются среди лиц с повышенным риском заражения: лицам, контактировавшим с больными туберкулезом с отрицательной туберкулиновой пробой (первичная химиопрофилактика) и инфицированным лицам (вторичная) [6, стр.64]. Существенный вклад в профилактику туберкулеза вносит здоровый образ жизни, который включает в себя правильное, полноценное питание с обязательным ежедневным набором продуктов, которые желателно употреблять в пищу - мясные блюда, молоко, различные молочные, кисломолочные продукты, хлебобулочные изделия, фрукты и ягоды. Важны занятия физической культурой, рациональный режим труда и отдыха, отказ от курения, алкоголя, наркотиков.

Список литературы:

1. Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А. Фтизиатрия. М.: «Академия», 2006. - 240с.
2. Митрофанова Н. А., Пылаева Ю.В. Сестринское дело во фтизиатрии. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 256с.
3. Перельман М. И., Корякин В.А., Протопопова Н.М. Туберкулез. М.: Медицина, 1990. - 304с.
4. Фтизиатрия: Национальное руководство. Под ред. М.И. Перельмана. М.: ГЭОТАР-Медна, 2007; 512.

5. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Пер. с англ./под ред.Р.Венцеля, Т.Бревера, Ж.П. Бутцлера. Смоленск: МАКМАХ, 2003. - 272с.

6. Колпакова Л.И. Туберкулез: симптомы, лечение туберкулеза легких [Электронный ресурс] // URL: <https://bezboleznej.ru/tuberkulez> (дата обращения 01.03.2020г.)

БУДУЩЕЕ БЕЗ ТУБЕРКУЛЕЗА

Аскарова Р. И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Формирование ценностных ориентиров у обучающихся является важной составляющей частью системы профессионального образования. Одной из общих компетенций, формируемых у обучающихся по специальности сестринское дело является необходимость понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. Разработана программа воспитания, включающая в себя систематическую работу с обучающимися по направлениям: патриотическая работа, профилактическая работа, профориентационная работа. В рамках этих направлений осуществляется взаимодействие с первичным звеном (районной поликлиникой), туберкулезным диспансером. Активно участвуют ребята в районных и городских мероприятиях, посвящённых Всемирному Дню борьбы с туберкулезом: приглашают специалистов из туберкулезного диспансера, проводят конференции, принимают участие в борьбе с туберкулезом во всех сферах здравоохранения, как в частных, так и в государственных учреждениях. Активно участвуют ребята в районных и городских мероприятиях, посвящённых Всемирному Дню борьбы с туберкулезом: приглашают специалистов из туберкулезного диспансера, проводят конференции, принимают участие в борьбе с туберкулезом во всех сферах здравоохранения, как в частных, так и в государственных учреждениях. Все классные руководители совместно с обучающимися проводят «уроки просвещения» к Всемирному Дню борьбы с туберкулезом.

Часть обучающихся охотно принимает участие в мероприятиях, в викторине, под руководством преподавателя ознакомили обучающихся техникума с информацией по профилактике туберкулеза, особенностях проявления этой болезни, путях передачи и мерах борьбы с этой инфекцией. В рамках профориентационной работы в образовательной организации были реализованы и реализуются такие проекты, как: «Нет, туберкулезу», проекты, посвящённые Всемирному Дню борьбы с туберкулезом. Данные мероприятия еще раз нам напомнили о необходимости соблюдения правил гигиены и ведении здорового образа жизни в целях профилактики заболевания туберкулезом. Важно помнить, чтобы каждый от 18 лет и старше не реже одного раза в год проходил флюорографическое обследование легких на выявление туберкулеза. Казалось бы, тема посвященная борьбе с туберкулезом достаточно хорошо изучена, но она, по-прежнему остаётся актуальной, особенно в свете новых 12 событий в соседних государствах, где наблюдается стремительный рост данного заболевания. Большая часть обучающихся техникума участвует в этом проекте и делает «исторические открытия» для себя. Ежегодно от туберкулеза умирают 2 миллиона человек и около 8 миллионов человек заболевают туберкулезом. Эпидемия ширится и становится все более опасной. Недостатки в работе системы здравоохранения, распространение ВИЧ инфекции/СПИДа и развитие лекарственно устойчивых форм туберкулеза — все это способствует развитию эпидемии. В 1993 г. Всемирная организация здравоохранения объявила туберкулез глобальной проблемой. Если система борьбы с туберкулезом в дальнейшем не будет улучшена, то, по прогнозам специалистов, за период 2000—2020 гг. будет зарегистрировано почти 1 миллиард инфицированных; 200 миллионов человек заболеют туберкулезом, а около 40 миллионов умрут от этого заболевания. Каждый год во всем мире все больше людей умирают от туберкулеза. После сорока летнего периода стабильности в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза возросли заболеваемость и смертность от

туберкулеза [1]. В рамках проекта обучающиеся принимают участие в национальной программе, направленной на совершенствование системы профилактики и медицинской помощи, разработку эффективных, научно обоснованных технологий борьбы с туберкулезом и адекватных современных мер по медико-социальной реабилитации. Данная работа возможность обучающимся лучше освоить программу познакомиться с системой профилактики и медицинской помощи. Проблема туберкулеза выходит далеко за рамки системы здравоохранения и имеет серьезные последствия для демографической ситуации в стране, развития человеческого капитала, экономики и обороноспособности. Поскольку рождаемость остается на очень низком уровне, грядущее увеличение смертности от туберкулеза способно многократно увеличить потери населения в ближайшее десятилетие. Необходимо также учитывать, что основными жертвами данного инфекционного заболевания становятся мужчины работоспособного возраста, чем ограничивается их участие в трудовой деятельности и сокращается вклад в преумножение национального достояния. Это грядущее усиление негативных тенденций в смертности может крайне отрицательно сказаться на формировании и составе трудовых ресурсов и значительно ускорить процесс депопуляции в России [2]. Увеличение количества людей, нуждающихся в длительной терапии, будет вести к повышению расходов на лекарственное обеспечение и организацию медицинской помощи больным, что будет отвлекать ресурсы, которые, в отсутствие эпидемии, могли бы быть использованы для инвестиций в экономический рост страны.

СТРАНА СВОБОДНАЯ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

Аскарова Р. И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель - ограничить распространение туберкулеза. Снижение смертности от туберкулеза на 95% к 2035 году по сравнению с 2021 годом. □ Ликвидировать туберкулез в России как проблему общественного здравоохранения (один случай заболевания на миллион человек) на период до 2025 года и дальнейшую перспективу. Обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь больным туберкулезом. Уменьшить социально-экономическое бремя и человеческие страдания, связанные с туберкулезом. Защитить уязвимые группы населения от туберкулеза, в том числе от туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза. Создать условия для внедрения современных технологий профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, а также для организации противотуберкулезной помощи населению. Компоненты стратегии борьбы с туберкулезом. Продолжение распространения эффективно реализуемой стратегии DOTS Политическая приверженность в сочетании с адекватным и устойчивым финансированием Своевременное выявление и диагностика случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества. Стандартная контролируемая химиотерапия в сочетании с оказанием поддержки пациентам. Эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами. Мониторинг и оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий. Борьба с ТБ-ВИЧ, МЛУ-ТБ с учетом потребностей больных из малоимущих и уязвимых групп населения. Расширение совместных мероприятий по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Расширение мероприятий по профилактике и организации борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ), Обращение к потребностям лиц, находившихся в контакте с больными туберкулезом, а также из малоимущих и уязвимых групп населения. Содействие укреплению систем здравоохранения на основе развития первичной медико-санитарной помощи. Оказание помощи в совершенствовании политики здравоохранения, развитии кадровых ресурсов, финансировании, снабжении, оказании услуг и информационном обеспечении. Усиление

мер инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения, других местах массового нахождения людей и в местах проживания. Повышение уровня гигиенических знаний и умений населения в вопросах профилактики туберкулеза, формирование устойчивой мотивации к здоровому образу жизни. Привлечение всех поставщиков медицинских услуг. Обеспечение участия всех государственных, добровольных, корпоративных и частных поставщиков услуг с использованием смешанных частно-государственных структур. Содействие применению Международных стандартов оказания медицинской помощи больным туберкулезом (ISTC). Расширение прав и возможностей лиц с туберкулезом и общественных организаций через партнерское сотрудничество. Разъяснительная деятельность, информирование и социальная мобилизация. Поощрение участия общества в мероприятиях по лечению и профилактике туберкулеза, пропаганде здорового образа жизни. Поддержка и развитие научных исследований. Проведение прикладных исследований в рамках программы борьбы с туберкулезом. Поддержка и участие в проведении научных исследований, направленных на разработку новых диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин. Проведение научных исследований и использование их результатов в изучении потребностей населения в противотуберкулезной медицинской помощи и профилактике с учетом факторов риска. Чтобы достичь целевых показателей, заданных в рамках стратегии «Страна, свободная от туберкулеза», необходимо, во-первых, ускорить годовое снижение уровня заболеваемости туберкулезом в мире с 2% в 2021 году до 10% в год к 2035 году. Во-вторых, следует сократить долю людей с туберкулезом, умирающих от этой болезни (коэффициент летальности), с 15%, прогнозирувавшихся до 6,5% к 2025 году. Такое снижение смертности и заболеваемости к 2025 году может быть достигнуто, несмотря на амбициозность поставленной цели, если имеющиеся средства будут дополнены всеобщим охватом населения медико-санитарной помощью и мерами социальной защиты. В частности, чтобы сократить число новых случаев заболевания туберкулезом, возникающих, зараженных палочкой Коха, необходимы новая вакцина, обеспечивающая эффективную доконтактную и постконтактную профилактику, более безопасные и более эффективные схемы лечения латентной туберкулезной инфекции, а также более качественная диагностика и более безопасные и простые схемы лечения, включая укороченные схемы медикаментозного лечения туберкулеза.

АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН КИЧИК ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ПЕРИНАТАЛ ДАВРДАГИ ҲАВФ ОМИЛЛАРИ

Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Долзарблиги. Ҳозирги вақтда неонатология соҳасида янги туғилган чақалоклар асфиксияси БЖССТ текширувлари хулосасига кўра ўлим кўрсаткичи биринчи ўринда туради. Янги туғилган чақалоклар асфиксияси неонатология соҳасида энг муҳим бўлган долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Мақсад ва вазифалар. Янги туғилган чақалокларда перинатал даврдаги асфиксияга сабаб булувчи хавф омилларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Текширув давомида гестацион ёши 26-42 ҳафталикгача бўлган асфиксия билан туғилган 32 та кичик вазнли чақалоқ Хонқа туман туғруқ комплексида текширилди.

Натижалар. 1-гурух чақалоклардан муддатига етиб туғилган чақалоклар 45%ни, муддатига етмай туғилганлар эса 55%ни ташкил этади. Жинси буйича: кизлар 43%, ўғил болалар эса 57% дан иборат. Асфиксиянинг ўрта оғир даражасида туғилганлар сони 33%ни, оғир даражасида эса 67%ни ташкил этади. 2-гурух чақалоклардан муддатига етиб туғилган чақалоклар 62%ни, муддатига етмай туғилганлар 38%ни ташкил этди. Жинси бўйича: кизлар 61%, ўғил болалар 39%дан иборат. Асфиксиянинг ўрта оғир даражаси билан

туғилганлар 65%, оғир даражаси билан туғилганлар 35% чақалоқлардан иборат. Чақалоқлар оналаридаги акушер анамнези таҳлили шуни кўрсатдики, ҳамма оналар фертил ёшида бўлиб, 19-40 ёш оралиғини ташкил қилди. Кузатилган чақалоқларнинг барчаси ҳомиладорлиги патологик, туғруқ жараёни асоратли кечган оналардан туғилган. Кичик вазнли 1-гуруҳ чақалоқлари оналарининг 87%ида ҳомила ичи инфекцияси, 80%ида анемия, 60%ида эрта токсикоз, сурункали соматик касалликлар, сурункали ҳомила ичи гипоксияси, 53%ида ЎРВИ, 33%ида эса гестоз антенатал даврдаги ҳавф омилларидир. 2-гуруҳ кичик вазнли чақалоқларнинг эса 96%ида ҳомила ичи инфекцияси ҳамда анемия, 90%ида токсикоз, 60%ида сурункали соматик касалликлар, 56%ида сурункали ҳомила ичи гипоксияси, 50%ида ЎРВИ, 16%ида эса гестоз каби антенатал давр ҳавф омиллари кузатилган.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, асфиксия билан туғилган чақалоқлар оналарида антенатал даврда кўп учраган ҳавф омиллари бу анемия ва токсикоз бўлди. Кейинги ўринларда эса сурункали ҳомила ичи гипоксияси ва сурункали соматик касалликлар кузатилди.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ И ЕЁ СВЯЗЬ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Фармацевтическая химия – наука, которая, базируясь на общих законах химических наук, изучает многообразный круг вопросов, связанных с лекарственными веществами: их получение и химическую природу, состав и строение, влияние отдельных особенностей строения их молекул на характер действия на организм, изучает физические и химические свойства лекарственных веществ и методы контроля их качества, определяет условия хранения лекарств.

Фармацевтическая химия занимает ведущее место в комплексе смежных фармацевтических наук (технология лекарств, токсикологическая химия, фармакогнозия, экономика и организация фармацевтического дела) и является необходимым фундаментом для их понимания и знания.

Знание биологических дисциплин необходимо для понимания сложных физиологических процессов, происходящих в организме, в основе которых лежат химические и физические реакции. Это позволяет более рационально применять лекарственные вещества, наблюдать за их действием в организме и на основании этого изменять в необходимом направлении структуру молекул создаваемых лекарственных веществ с целью получения желаемого фармакологического эффекта. По результатам фармакологического испытания лекарственных веществ даётся заключение о возможности использования их в медицинской практике.

Действие лекарственного вещества определяется не только его химической структурой, но зависит также и от его физико-химических свойств. Поэтому фармацевтическая химия тесно связана с физической и коллоидной химией. Изучение структуры молекулы лекарственного вещества, разработка методов синтеза и анализа его невозможны без знания органической и аналитической химии. Вопросы совместимости лекарственных веществ в рецептурной прописи, способы изготовления, сроки годности, условия хранения и отпуска лекарств связывают фармацевтическую химию с технологией лекарств, экономикой и организацией фармации. Но решать вопросы совместимости, условия хранения лекарств может лишь специалист, владеющий знаниями фармацевтической химии.

На современном этапе фармацевтическая химия тесно связана с физикой и математикой. На общих законах этих наук базируются физико-химические методы анализа лекарств и расчёты в фармацевтическом анализе.

РАЗВИТИЕ ХИМИИ В СИСТЕМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Химия является общеобразовательной наукой, знание которой необходимо для успешного изучения дисциплин медико-теоретического профиля. Несомненно первостепенная роль химии в развитии фармацевтической науки. Химическое образование на фармацевтическом факультете ВГУ традиционно для классических университетов России начинается с курса «Химия общая и неорганическая». Программа курса построена так, что позволяет активно использовать принципы структурного подхода, подчеркивать внутри – и межпредметные связи. Все это призвано привить учащимся навыки творческого мышления, повысить эффективность усвоения учебного материала в процессе самостоятельной работы. В результате изучения курса студенты должны получить современное научное представление о веществе как одном из видов движущейся материи, о механизме превращения различных веществ, понимать значение химии в фармакологии и медицине. Перед ними стоит задача прочно освоить основные законы и теории химии, овладеть техникой химических расчетов. Студенты – фармацевты должны иметь представление о применении различных неорганических веществ в медицине в качестве лекарственных средств. В то же время, учитывая высокий уровень требований, предъявляемых к знаниям по химии у будущих фармацевтов и провизоров, требуется дальнейшее совершенствование форм и методов обучения химическим дисциплинам. Успешно решить эту задачу можно лишь хорошо зная те недостатки и проблемы, с которыми сталкивается преподаватель в настоящее время. Опыт работы со студентами фармацевтического факультета показывает, что к числу наиболее важных из них относятся: 1. Недостаточно высокий (а в отдельных случаях – очень низкий) уровень базовой подготовки по химии, что не позволяет части студенческой аудитории успешно осваивать университетский курс по этой дисциплине. Хотя, справедливости ради, следует отметить, что, на наш взгляд, в последние годы этот уровень в среднем стал выше, чем у студентов биолого-почвенного и даже химического факультетов. 2. Учебники по общей и неорганической химии для студентов фармацевтического факультета должны соответствовать достаточно высоким требованиям и в то же время быть доступными для основной массы обучающихся. Рекомендуемые в настоящее время в качестве основных учебники не пользуются популярностью у учащихся, которые ограничиваются порою при подготовке к семинарским занятиям и экзаменам лекционным 123 материалом. Студенты мало работают с книгой, что, безусловно, сказывается на качестве знаний по химии. 3. Важной проблемой, требующей внимания, является проблема совместного обучения в группах с иностранными студентами, плохо владеющими русским языком. Существующий языковой барьер не позволяет преподавателю в рамках отведенного на практическое занятие времени контролировать степень усвояемости изучаемого материала. Пытаясь уделить большее внимание иностранным студентам, преподаватель невольно снижает внимание к основной массе учащихся, что, естественно, влияет на эффективность проводимых занятий. Считаем, что данная проблема требует самого внимательного рассмотрения. На работу с иностранными студентами, по видимому, должно отводиться дополнительное время, предусмотренное учебным планом. Надеемся, что сделанные нами замечания будут полезны при обсуждении путей и форм совершенствования фармацевтического образования.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ТОКСИК ГЕПАТИТДА ТАЖРИБА ХАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТ ВА ҚИДИРУВ ФАОЛЛИГИНИ “ОЧИҚ МАЙДОН” УСУЛИДА БАҲОЛАШ

Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.

*Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган
Педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази*

Жигар касалликларида, асосан гепатитларда жигардаги шикастланиш жараёнларининг ривожланиши лаборатория ва функционал ташхислаш кўрсаткичларга мос равишда диспептик, катарал ва неврологик белгилар кўринишида намоён бўлади. Шу муносабат билан, тажриба шароитида жигарнинг ўткир ва сурункали касалликлари, шунингдек токсик моддалар таъсирида юзага келган жигар фибрози ҳамда циррозида юқоридаги белгиларни аниқлаш муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади: Ўткир ва сурункали токсик гепатит фонида намоён бўлган неврологик белгиларни тажриба шароитида аниқлаш.

Тадқиқот усуллари ва объектлари: Тажрибалар тана вазни 100-150 г бўлган оқ зотсиз каламушларда ўтказилади. Ўткир гепатит тажриба ҳайвонлари қорин бўшлиғига 250 мг/кг гелиотринни бир маротаба ҳамда 25 мг/кг дозада кун ора 3 ҳафта давомида юбориш орқали чақирилди ва ҳайвонлар хулқ-атворидаги ўзгаришлар “очиқ майдон” усулида ўрганилди.

Олинган натижалар: Тадқиқотлар натижасида гепатотроп модда таъсирида тажриба ҳайвонларининг ҳаракат ва қидирув фаоллиги қондаги лаборатория кўрсаткичларининг ўзгаришига мос равишда назорат гуруҳига нисбаттан сезиларли даражада камайганлиги кузатилди. Хусусан ўткир токсик гепатитда ҳаракат ва қидирув фаоллиги мос равишда назорат гуруҳига нисбаттан 43% ва 40 % гача, сурункали токсик гепатитда эса 27% ва 31% гача камайди.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, гепатотроп модда юқоридаги дозаларда бир маротаба ва давомли юборилганда тажриба ҳайвонлари хулқ-атвор ва когнитив функцияларига салбий таъсир кўрсатганлигини кўриш мумкин. Шундай қилиб, лаборатория ҳайвонларида ўткир ва сурункали гепатитни тажриба шароитларда моделлаштиришни ўрганиш одамларда жигар патологиясининг табиатини тушунишга имкон беради.

ПЕЧЕНЬ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА ОТ РАЗЛИЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Бакберганов П.М., Сапаева Ш.А., Ниёзметова Г.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Печень (hepar) – наиболее крупная железа, мягкой консистенции, красно-бурого цвета. Длина печени у взрослого человека – 20-30 см, ширина -10-21 см, высота колеблется от 7 до 15 см. Масса печени равняется 1400-1800 г. Печень участвует в обмене белков, углеводов, жиров, витаминов; выполняет защитную, обеззараживающую, желчеобразовательную и другие функции. Во внутриутробный период печень является также кроветворным органом. Работа печени может быть нарушена при множестве патологий. Всего известно более ста заболеваний печени, вызванных разными причинами и имеющих разные механизмы развития, разное течение и прогноз. Они встречаются у людей любого возраста и могут быть как врождёнными, наследственными, так и приобретенными.

Некоторые болезни печени имеют небольшую продолжительность и заканчиваются полным излечением, другие могут беспокоить человека годами и приводить к необратимым изменениям в ткани печени и к серьезным, жизнеугрожающим осложнениям. Болезни печени входят в десятку наиболее частых причин смерти. Уровень смертности при развитии печеночной недостаточности остается высоким, несмотря на современные достижения

интенсивной терапии. ВОЗ прогнозирует, что в течение последующих 10–20 лет смертность от заболеваний печени возрастет в 2 раза. В целях профилактики заболеваний печени следует исключить жареные, жирные, копченые блюда, в меню должна преобладать вареная и тушеная пища. В него также необходимо включать как можно больше овощей и фруктов, предпочтительно – выращенным в средней полосе. Осенью в рационе обязательно должны быть яблоки и тыква.

Обязательны разумные физические нагрузки: ходьба, занятия спортом, причём – обязательно на свежем воздухе. Печень — один из немногих органов, способных к регенерации, то есть восстановлению. За счет деления клеток (гепатоцитов) печень может восстанавливать свой первоначальный объем при сохранении лишь 25–30% нормальной ткани. Это очень важно для поддержания жизнедеятельности при различных заболеваниях.

СРАВНЕНИЕ РОТАЦИОННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Бабаджанов Р.А., Курязов А.К., Бабажанова О.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования улучшить качества лечение корневых каналов применяя различных ротационных эндодонтических инструментов.

Материал и методы. Проведено исследование 78 пациентов в возрасте от 23 до 51 лет: Из них 49 женщин и 29 мужчин. Для сравнительного исследования качества препарирования корневых каналов с помощью различных ротационных инструментов были выбраны корни зубов, каналы которых обладают сложной анатомией: щечные корни моляров верхней челюсти и медиальные корни моляров нижней челюсти. При исследовании было препарировано 312 корневых каналов 156 зубов. Все каналы были разделены на четыре группы по 44 каналов в каждой. Механическую обработку корневых каналов проводили с помощью следующих систем ротационных никель-титановых эндодонтических инструментов: ProFile (1-я группа), FlexMaster (2-я группа), ProTaper (3-я группа), SohoSC (4-я группа). В 1-2-й группах препарирование каналов проводили в соответствии с методикой, рекомендованной производителями данных инструментов. Эффективность и безопасность механической обработки корневых каналов с помощью различных систем ротационных никель-титановых инструментов оценивали по наличию или отсутствию ошибок и осложнений в процессе препарирования и в отдаленные сроки: нарушений исходной анатомии корневых каналов; поломок инструментов в канале; вертикальных трещин корня (ВТК).

Результаты. В 1-й и 4-й группах было отмечено что наименьшее число ошибок при препарирования, различия между которыми были статистически незначимы ($p > 0,05$). Во 2-й и 3-й группе зафиксировано среднее число случаев нарушения анатомии каналов, при этом их отличие от 1-й и 4-й группе по этому показателю было достоверно ($p < 0,05$). Наибольшее число случаев нарушения анатомии корневых каналов было отмечено в 2-ой и 3-й группе. Поломки инструмента в канале в процессе препарирования происходили во всех группах, за исключением 4-й группы. В большинстве случаев поломка инструмента происходила в апикальной трети корневого канала. В отдаленные сроки ВТК были обнаружены только в группе инструментов FlexMaster (2-я группа). Всего в данной группе было диагностировано 2 случая ВТК. В других группах случаи после эндодонтического лечения ВТК отсутствовали.

Вывод. Таким образом сравнительные анализы показали эффективность применение вращающих никель-титановых инструментов при препарировании узких и искривленных корневых каналов. Наиболее лучшими считается инструменты SohoSCу которых отмечалось уменьшение количества случаев нарушения анатомии канала в 3,5 раза по сравнению с другими ротационными инструментами.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИРРИГАЦИОННЫХ РАСТВОРОВ В УДАЛЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАССИВНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИРРИГАЦИИ

Бабаджанов Р.А., Курязов А.К., Бабажанова О.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования — сравнить качество обработки корневых каналов после временного пломбирования их препаратами кальция и йодоформа при помощи различных ирригационных растворов и пассивной ультразвуковой ирригации.

Материал и методы. Исследование проводилось в кафедре стоматологии Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской Академии на базе Областной Стоматологии. Сравнили два препарата гидроксида кальция: Metarex на основе силиконового масла и Кальцетин на основе изотонического раствора. Для удаления препарата Metarex использовали раствор для обезжиривания и высушивания корневых каналов Hydrol. Для удаления препарата Кальцетин использовали 3 % раствор Гипохлорита натрия

Результаты. Исследования оценивали по рентгеновским снимкам которые подтвердили высокую степень очистки стенок корневых каналов двумя описанными способами. Так, при использовании раствора Hydrol с пассивной ультразвуковой ирригацией препарат Metarex на рентгенограммах отсутствовал у 91,3% образцов, поверхность корневого дентина оставалась чистой. Препарат Кальцетин отсутствовал в корневых каналах, поданным рентгенологического исследования, у 70% образцов, обработанных 3% раствором Гипохлорита натрия.

Вывод. Таким образом раствор Hydrol рекомендуем использовать с пассивной ультразвуковой ирригацией для обработки корневых каналов после временного пломбирования препаратом на основе силиконового масла Metarex, результат которого показал 91,3 эффективности, что позволит улучшить качество проводимого эндодонтического лечения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Бабажанов Т.Ж.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы о большой частоте круглогодичного аллергического ринита у лиц молодого возраста. Делается акцент на то, что клинические признаки как недомогание, возбуждение, головная боль, нарушение сна, потливость, которые указывают на общую интоксикацию организма, свидетельствуют о наличии персистирующей формы САР.

Summary: In article the author had pointed on that nowadays more children are suffering from everyday allergic rhinitis. And it is more in boys than girls. In this article had shown the process and characteristics of everyday allergic rhinitis. Features of EAR are tiredness, excitability, headache, insomnia and sweat.

Многочисленные исследования показывают, что аллергический ринит (АР) у детей остается с высокой частотой, клинической тяжестью, а также осложнениями и неблагоприятными последствиями (1,5). Заболеваемость сезонным аллергическим ринитом у детей младшего возраста напрямую связана с влиянием климатических и географических особенностей региона (2,5).

Признано, что началом сезонных клинических проявлений АР является наличие аллергенов в течение 2-3 сезонов. Заболеваемость сезонной АР чаще встречается среди городских жителей, чем среди сельских жителей. Большинство людей, страдающих сезонным АР, являются преимущественно городскими жителями. Уровень распространенности АР варьирует в зависимости от возраста и пола. У детей АР чаще встречается у мальчиков.

Известно, что клиническое течение аллергических заболеваний зависит от множества факторов. Клиническое течение АР, наряду с различными влияющими факторами, зависит от индивидуальных воздействий организма, возраста, пола и этнической принадлежности. Аспекты клинических проявлений АР в литературе не были адекватно освещены, учитывая сложность заболевания.

Целью исследования являлся анализ клинического течения сезонного аллергического ринита у детей.

46 детей в возрасте от 5 до 12 лет были обследованы на наличие сезонного аллергического ринита в Областном детском многопрофильном медицинском центре. Было 29 мальчиков и 17 девочки, которым во время ремиссии были диагностированы сопутствующие заболевания. Клиническая оценка проводилась на основе объективного воздействия, истории развития заболевания и анализа жалоб при различных уровнях сезонного аллергического ринита (САР).

В этом исследовании использовались две классификации с использованием классификации МКВ-10 и рабочей группы ARIA Всемирной организации здравоохранения.

Для подробного анализа клинических данных больным детям и их родителям была проведена специальная анкета.

Клиническое исследование внешнего вида кожи, слизистая оболочка, устройство базового движение, нервная система, внутренние органы, а также для оценки состояния органов ЛОР отоскопов, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия. Риноскопия и исследование носоглотки проводились с использованием обычного метода и фиброэндоскопии «BUONCHOFIBERSCOPE XZ-3». Были проведены клинические и лабораторные исследования, включая общий анализ крови и мочи, аллергическое тестирование и оценку клеточного содержимого секретора носа. Рентгенологическое исследование полости носа и носа проводилось в соответствии с показание.

Во всех наблюдениях он находился в вибрирующем состоянии: период ремиссии (облегчение заболевания) и период обострения были зафиксированы на фоне клинических проявлений заболевания. Заболеваемость сезонным аллергическим ринитом составляет 32 (40%) весной, 27 (33,8%) осенью, 14 (17,5%) летом и зимой 7(8,8%). Эта разница может объясняться повышенной специфичностью чувствительности организма к клеткам и тканям, а также повышенным воздействием высоких аллергических доз в указанное время года. У ряда пациентов основной группы было зарегистрировано 2 и более вспышек в течение года, тогда как в группе сравнения отмечалась самая высокая частота множественных рецидивов в течение года.

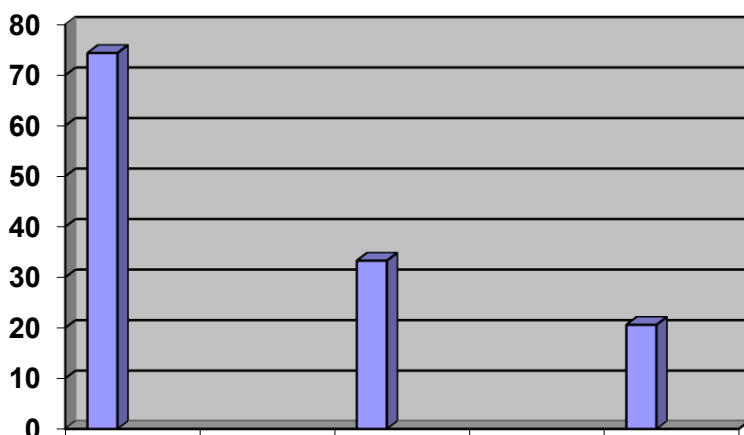
В таблице 1 представлены показатели сезонного аллергического ринита.

Таблица 1

Оценка исходных значений для пациентов с сезонным аллергическим ринитом.

Критерии	Количество пациентов n = 59
Количество вспышек в течение года	1,9 ± 0,08
Количество вспышек, требующих медикаментозного лечения	1,9 ± 0,07
Средняя продолжительность заболеваемости, в днях	34,2 ± 1,2

САР утаивания их сложностей, принимая во внимание сравнительной группы пациентов следующих группы: легкий форма- 12(20,3%), умеренный -20(33,8%), умеренные с относительно большого объема.



Средняя тяжелая 74,4% тяжелая 33, 8% легкая 20,3%

Клинические симптомы САР условно делятся на 3 группы.

Первая группа состоит из следующих основных симптомов заболевания:

- 51 (86,6%) случаев с частыми спонтанными приступами, частыми жалобами;

- 47 (79,6%) случаях заложенности носа;

49 (83,1%) пациентов испытывали запаха при увеличении гипосмии;

- 43 (75,4%) пациентов был установлен зуд и зуд в носу;

-39 (66,1%) пациентов жаловались на диссоциацию носа.

Только у 4 (7,0%) пациентов было 2 симптома у 16 (28,1%), и у 38 (66,6%) было 3 или более из указанных клинических признаков САР.

Таблица 2 показывает проявление признаков болезни у пациентов группы сравнения.

Таблица 2

Основные клинические признаки САР

Признаки	Серьезность САР		
	Легкий n=12	Умеренно тяжелый n=27	Тяжелая n=20
Приступный чих	9(81,8%)	24(88,8%)	18(94,7%)
Заложенность носа	9(81,8%)	22(81,4%)	16(80,1%)
Дисфункция обоняния	7(58,3%)	25(92,6%)	17(85,1%)
Зуд в носу	5(45,5%)	21(77,8%)	17(89,5%)
Выделения из носа	3(27,3 %)	20(74,1%)	16(80,1%)

Следующие дополнительные клинические признаки группы 2 включают в себя:

- у 52 пациентов были обнаружены воспаление, отек, покраснение на стенке носа и верхней губе;

- 48-зуд, раздражение, возрастные колебания, свидетельствующие о воспалении соединительной ткани;

- 42 случая боли в горле и кашля, свидетельствующие о наличии фарингита при чуме;

- у 43 пациентов были обнаружены поперечные складки на коже носовой стенки, и у 2 из них 1 был аллергический салют;

- у 4 пациентов (с носовым стулом, вызванным постоянным носовым дыханием в носовых венах), имеется основная диарея;

- 12 случаев кровотечения из-за ускорения носа;

- у 14 пациентов глотание, являющееся симптомом аллергической эритемы, определяется как боль в ушах и шум, потеря слуха;

Частота идентификации этих 2 групп показана в таблице 3.

Таблица 3

Дополнительные клинические признаки сезонного аллергического ринита.

Признаки	Сложность прогрессирования заболевания		
	Легкие n = 12	Средние тяжелый n = 27	Тяжелая n = 20
Воспаление, наблюдение за стенкой носа и верхней губы (52 человека)	6(54,5%)	25(92,6%)	18(94,7%)
Зуд и раздражение глаза (48 человека)	4(33,3 %)	26(96,3%)	18(90,1%)
Поперечные изгибы кожи стенки носа 43	3(27,3%)	24(88,9%)	16(84,2%)
Симптом "Аллергический салют" 21	2(16,6 %)	11(40,7%)	8(47,4%)
Потемнение циркулярных мышц вокруг глаза 4	-	1(1,8%)	3(15,8%)
Боль в ушах и шум 14	1(9,1%)	6(22,2%)	7(36,8%)

Это распространенный неспецифический симптом третьей группы, который присутствует при сезонном аллергическом рините;

- 51(89,5%) пациент испытывает слабость, тошноту, воспаление;

- у 43(72,9%) пациентов обнаружены головные боли, повышенная утомляемость, нарушения концентрации внимания;

- у 24(42,1%) пациентов отмечалось потоотделение;

- 23(40,4%) пациентов сообщили о нарушениях сна и храпа.

Таблица 4 показывает частоту выявления 3 групп симптомов.

Таблица 4

Сезонный аллергический ринит в общих неспецифических клинических признаках среды

Признаки	Переходный вес сезонного АР		
	Легкие n=12	Умеренно тяжелый n=27	Тяжелая n=20
Бессонница, болезнь, воспаление	8(72,7%)	26(96,3%)	17(89,5%)
Головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания 45	3(27,4%)	24(88,8%)	16(80,1%)
Нарушения сна, плохое настроение 23	2(18,2%)	10(37,0%)	11(57,9%)
Потоотделение 24	-	9(33,3%)	15(78,9%)

Симптомы первой группы менее выражены при легких формах заболевания, чем от умеренных до тяжелых. У пациентов группы сравнения все симптомы в 3 группах были менее частыми, чем в основной группе. Симптомы третьей группы пациентов с небольшим опрокидыванием САР показывают, что все клинические симптомы, зарегистрированные у пациентов основной группы, являются относительно полными, с высококачественным, полностью развитым САР. Подобно прерывистой форме САР, сохранение клинических признаков для первых 2 групп повторялось таким же образом.

Генерализованные неспецифические симптомы, указывающие на токсикоз, возбуждение головные боли, нарушения сна, потоотделение и потоотделение, часто встречаются у людей с персистирующими формами САР. САР растет больше в весеннем и осень с тяжестью сезона, в то время как группа 3, чтобы показать признаки прямых, косвенных и определили, что предмет качества их доказательств.

При лечении АР и диагностики планирует принимать во внимание все вышеперечисленное.

Список литературы:

1. Назаров А.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергических заболеваний. Ташкент- 2010 С. 84-103

2. Арифов.С.С.,Алиева.В.Ш. Анализ результатов лечения больных сезонной формой аллергического ринита // Российская отоларингология. – Санкт-Петербург, 2009. – № 3. – С. 9-13.

3. Алиева В.Ш., Арифов С.С., Анализ результатов обследования и лечения больных аллергическим ринитом (первое сообщение) //Журнал теоретический и клинической медицины. – Ташкент, 2009. – № 2. – С. 3.

4. Хасанов. С.А., Мухамеджанов У.Х. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергического ринита у детей школьного возраста. //Стоматология, Ташкент, 2005. №1-2 с.96.

5. Kantarci O.H., Hebrink D.D., Schaefer-Klein J., Sun Y., Achenbach S., Atkinson E.J., Heggarty S., Cotleur A.C., de Andrade M., Vandembroeck K. Interferon gamma allelic variants: sex-biased multiple sclerosis susceptibility and gene expression //Arch Neurol. -2008.-V.65.-P.349-357.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ГОРОДЕ ХАНКИ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Бабаджанова Ф.Р.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. В последнее десятилетие сердечные пороки развития занимают доминирующие позиции не только по распространенности среди других пороков развития у детей, но являются ведущей причиной смертности [13; 16; 18]. Благодаря развитию медицинской технологии (в том числе внедрения перинатального скрининга) и современных визуализирующих методик врожденные пороки сердца (ВПС) выявляется достаточно в раннем периоде беременности. [10; 12], а использование в лечении модернизированных способов оперативной коррекции данного заболевания обеспечивают выживание больных детей даже с тяжелым течением заболевания [12]. Развитие таких осложнений как сердечной недостаточности при ВПС считается главной причиной характеризующий клинику и продолжительность жизни у больных с данной критерии [1; 2; 4; 5]. Одним из современных методов диагностирование данного заболевания считается определение натрийуретического пептида. С определением, которого можно определить срок оперативной коррекции ВПС даже при раннем периоде патологических состояний, связанных с развитием ХСН и возможно прогнозирование [1; 2; 4; 13; 15].

Цель исследования. Провести комплексную оценку здоровья и показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, оценить роль мозговой натрийуретический пептид (BNP) в качестве маркера прогрессирования ХСН и развития патологических состояний, ассоциированных с течением ХСН, у детей первого года жизни с врожденными пороками сердца.

Методы и материалы исследования: На базе семейной поликлиники Ханки Хорезмской области проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 114 детей, рожденных с врожденными пороками сердца за период 2016-2020 гг. и состоящих на диспансерном учете. Также были проанализированы данные клинического материала и лабораторно-инструментального комплекса. Дети были разделены на две группы: основную группу 61 больные дети с диагнозом ВПС и контрольную -53 здоровые дети до

первого года жизни. Тяжесть ВПС определяли, основываясь на тяжести нарушений гемодинамики согласно классификации J.I.E. Hoffman [14], которая базируется на классификации S. N. Marder, которая не нарушает патофизиологических основ классификации Marder, но содержит в себе клинические характеристики, важные для врача-педиатра амбулаторного звена [5]; Мы основную группу разделили еще на две подгруппы в зависимости от фактора, проведенного или не проведенного оперативного вмешательства. IA подгруппа включала 34 ребенка (55,7%), которые провели операцию по поводу данного заболевания на первом году жизни и ПА подгруппу — 27 детей (44,3%), проведение операции не было необходимым. Для упрощения данных все дети с основной группы были еще разделены на 3 подгруппы в зависимости от тяжести нарушения гемодинамики (Hoffman J.I.E, 2002 г.) [14]. В IB подгруппе было включено 20 детей (32,8%), имеющих тяжелые цианотические формы ВПС. IB подгруппу — 21 пациента (34,4%) с тяжелой белой формой ВПС и IIIВ подгруппу — 20 детей (32,8%) с ВПС средней и легкой степени тяжести. Все данные лабораторных и инструментальных анализов включая объективных и субъективных данных мы проводили в периоды: 3–5 месяцев — 54 ребенка, 6–8 месяцев — 48 детей, и 10–12 месяцев — 40 детей. В динамике были осмотрены 50 детей. Для анализа клинико-anamnestических данных детей контрольной группы была использована медицинская документация. В возрасте 3-х месяцев проанализированы данные амбулаторных карт 42 детей, в возрасте 6-ти месяцев — 25 детей, 12-и месяцев — 18 детей. 23 детям контрольной группы был определен уровень BNP в сыворотке крови. В основной группе исследования мальчики составили 44,3% (n=27), девочки — 55,7% (n=34). В IA подгруппе мальчиков было 44,1% (n=15), девочек — 55,9% (n=19), в ПА подгруппе — 44,4% (n=12) и 55,6% (n=15) соответственно. Во IB подгруппе мальчиков было 45,0% (n=9), девочек — 55,0% (n=11), во IIIВ подгруппе — 47,6% (n=10) и 52,4% (n=11) и в IIIВ подгруппе — 40,0% (n=8) и 60,0% (n=12), соответственно. В контрольной группе исследования мальчики составляли 49,1% (n=26), девочки — 50,9% (n=27). По гендерной структуре группы обследования достоверно не отличались.

Выводы: ВПС являются одной из самых частых форм пороков развития [21]. У значительного процента детей с ВПС можно наблюдать нарушения физического и нервно-психического развития в течение всего периода детства [24; 35; 66; 122; 147; 154]. Так как первый год жизни ребенка сопровождается наиболее интенсивными темпами развития, оценка здоровья именно в этот период является приоритетной задачей для врача-педиатра. Все это определяет актуальность изучения показателей здоровья данной группы пациентов с целью оптимизации алгоритмов наблюдения на педиатрическом участке. ХСН является одной из основных причин заболеваемости и смертности населения. У детей наиболее частой причиной ХСН являются ВПС [1; 5; 22]. Основными методами диагностики ХСН являются клинические данные, однако у «маленьких» пациентов эта диагностика нередко бывает затруднена, что связано с особенностями адаптации сердечно-сосудистой системы, многообразием форм сердечной патологии, ее малосимптомностью, а также с отсутствием целенаправленного скрининга для выявления симптомов СН в практике врача. Особое значение имеет ранняя диагностика патологических состояний, связанных с развитием ХСН и возможность их прогнозирования [7]. Целью нашего исследования было провести комплексную оценку здоровья и показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, установить клиническую и прогностическую роль BNP у детей первого года жизни с ВПС. В исследовании приняли участие 114 детей первого года жизни: 61 ребенок с установленным диагнозом ВПС и 53 ребенка без ВПС, относящиеся к I-ПА группам здоровья. Анализ проводился в зависимости от факта наличия или отсутствия оперативного вмешательства и в зависимости от тяжести ВПС. В зависимости от факта проведения оперативного вмешательства основная группа была разделена на 2 подгруппы: IA подгруппу составили 34 ребенка (55,7%) с проведенным на 1 году жизни оперативным вмешательством по поводу ВПС, ПА подгруппу — 27 детей (44,3%), не требовавших проведения оперативного 151 вмешательства по поводу ВПС на 1 году жизни. Для

проведения анализа в зависимости от тяжести ВПС пациенты были разделены на 3 подгруппы согласно тяжести нарушений гемодинамики (Hoffman J.I.E, 2002 г.) [82]. IV подгруппу составили 20 детей (32,8%), имеющих тяжелые цианотические ВПС, IIВ подгруппу — 21 ребенок (34,4%) с тяжелыми ацианотическими ВПС и IIIВ подгруппу — 20 детей (32,8%) с ВПС средней и легкой степени тяжести.

Список литературы

1. Баранов, А. А. Хроническая сердечная недостаточность у детей / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Е. Н. Басаргина. – Москва, 2016. – 44 с.
2. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности у детей и подростков [Электронный ресурс] : методические рекомендации / Е. Н. Басаргина, И. В. Леонтьева, Н. П. Котлукова [и др.]. – Режим доступа: http://www.cardio-rus.ru/doc/metod_rekom_2010.pdf. (дата обращения: 10.08.2016).
3. Кардиология детского возраста / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М., Белозерова, Л. В. Брегель. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 784 с.
4. Клинико-метаболическая адаптация новорожденных с гипоксическим поражением центральной нервной системы в сочетании с врожденными пороками сердца / В. А. Желев, А. С. Погудина, Г. П. Филиппов [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2015. – № 2 (61). – С. 74–78.
5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца [Электронный ресурс] / А. А., Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Е. Л. Бокерия, Е. Н. Басаргина. – Москва, 2015.–20с.–Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_vps.pdf
6. Шарыкин А. С. Врожденные пороки сердца : руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарыкин. – 2-е изд. – Москва : БИНОМ, 2009. – 384 с.
7. A new syndrome with noncompaction cardiomyopathy, bradycardia, pulmonary stenosis, atrial septal defect and heterotaxy with suggestive linkage to chromosome 6p / M. W. Wessels, B. M. De Graaf, T. E. Cohen-Overbeek [et al.] // *Human genetics*. – 2008. – Vol. 122, № 6. – P. 595–603.
8. Abnormal brain development in newborns with congenital heart disease / S.P. Miller, P. S. McQuillen [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2007. – Vol. 357, № 19. – P.1928–1938.171
9. Birth weight of children with congenital heart disease / H. H. Kramer, H. J.Trampisch, S. Rammos, A. Giese // *European Journal of Pediatrics*. – 1990. – Vol. 149, № 11. – P. 752–757.
10. Congenital heart defects (per 10,000 births) for the following registries: All Registries, last 5 years [cited 2018 Nov 1] [Electronic resource]. – URL: <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>.
11. Effect of congenital heart disease on neurodevelopmental outcomes within multiple-gestation births / A. H.Schultz [et al.] // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2005. –Vol. 130, № 6. – P. 1511–1516.
12. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: a report from the American Heart Association / D. Mozaffarian, E. J. Benjamin, A. S. Go [et al.] // *Circulation*. – 2016. – Vol. 133, № 4. – P. e38–e360.
13. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association / E. J. Benjamin, M. J. Blaha, S. E. Chiuve, [et al.] // *Circulation*. – 2017. – Vol. 135. – P. e423–e434.
14. Hoffman, J. I. E. The Incidence of Congenital Heart Disease / J. I. E.Hoffman, S. Kaplan // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2002. – Vol.39, № 12. – P. 1890–1900.
15. Kantor, P. F. Presentation, Diagnosis, and Medical Management of Heart Failure in Children: Canadian Cardiovascular Society Guidelines / P. F. Kantor, J. Loughheed, A. Dancea // *Canadian Journal of Cardiology*. – 2013. – Vol. 29. – P. 1535–1552.
16. Krasuski, R. A. Congenital heart disease epidemiology in the United States:blindly feeling for the charging elephant / R. A. Krasuski, T. M. Bashore // *Circulation*.– 2016. – Vol. 134, № 2. – P. 110–113.

ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРНИ ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНТИРИШ ВА УЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Бекчанов Б.Г.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тадқиқот мақсади: Эрта ёшли болаларда тўғри овқатланишнинг уларнинг саломатлиги ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материал ва услублар: Биз 100 та 3 ёшгача бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатларини ўргандик. Тадқиқот объекти – Урганч шаҳар Наврўз ҳудуди, 3 – болалар поликлиникаси ва ТТА Урганч филиали клиникаси болалар бўлими. 112/ у карта ва тиббий мурожаат маълумотлари асосида ўрганилди, ҳар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди.

Натижалар: Уларда ўсиш – ривожланишга салбий таъсир кўрсатувчи сабаблар, шарт – шароитлар аниқлаб олинди. Анамнестик маълумотларни таҳлил қилиш учун оила анамнезани, боланинг ўсиб ривожланиб боришидаги хусусиятлар, бошидан кечирган касалликлар турмуш шароитлари тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига оладиган махсус қайтнома ишлаб чиқилди.

Илмий тадқиқотимиздаги болаларни ёшига қараб қуйидагича тақсимладик.

А) 1 < 56(36%). Б) 1-2 ёш-74(47%). В) 2-3ёш -27(17%).

Ҳомиладор аёл ва ҳомила доимо бир-бири билан боғлиқ эканлигини ҳисобга олиб, биз ўз илмий текширишимизда биринчи навбатда ҳомиладор аёл саломатлигини ўргандик. Ўрганиш жараёнида шу нарса аниқландики, уларнинг 97,6% ида ҳомиладорлик ёмон кечган, 60,8%ида кучли гестоз, 47%ида буйрак касалликлари, 20%ида кольпит, 20%ида олдиндан сув кетиш, 15,5%ида эса ўткир респиратор касалликлар кузатилган. Бу патологиялар алоҳида ва уйғунлашиб келган.

Ўрганилган болаларнинг 67% и тез – тез касалланувчи болалар (йилига 3 марта ва ундан кўп) эканлиги аниқланди. Бунга сабаб касаллик олди фон ҳолатларининг юқори даражаси (88%) ва уларнинг уйғунлашиб келишидир.

олаларда касаллик олди фон ҳолатларнинг учрашиши қуйидаги кўринишда ифодалаш мумкин: камқонлик-оқсил энергия танқислиги- рахит- ЭКД.

Касаллик олди фон ҳолатлари келиб чиқишида овқатланишнинг ахамиятини таҳлил қилдик. Гўдақларни овқатлантиришда 39% бола табиий, 29% аралаш, 15% и сунъий, 17% бола эса фақат кўкрак сути билан овқатлантирилган. Демак кўкрак сути билан боқошининг афзалликларини кенг тарғиб этишга қарамай, аралаш ва сунъий овқатлантириш даражаси юқорилигича қолмоқда. Бу боланинг 57% ида овқатланиш тўғри ва 43%ида нотўғри олиб берилган.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, кўпроқ овқатланиш билан боғлиқ касалликларнинг (касаллик олди фон ҳолатлари, гиповитаминозлар ва бошқалар) келиб чиқишнинг олдини олишда тўғри овқатлантиришни ташкил қилиш, буни оналарга албатта ўргатиш ва тарғибот қилишда кенг қамровли ишлар олиб борилиши лозимдир.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ GSTT1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С., Пулатова Н.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
гематологии, Ташкентская медицинская академия*

Цель. Изучить роль гена биотрансформации ксенобиотиков полиморфизма гена GSTT1 с риском формирования резистентных форм острого лимфобластного лейкоза.

Материал и методы. Исследование генетического полиморфизма гена GSTT1 проведено у 20 неродственных пациентов узбекской национальности с клинически и лабораторно верифицированной резистентной формой ОЛЛ (медиана возраста 36,4±4,7 лет). Контрольную группу составили 30 условно здоровых неродственных лиц узбекской национальности сопоставимого возраста. Тестирование полиморфизма генов GSTT1 и GSTP1 проводилось на программируемом термоциклере фирмы «Applied Biosystems» 2720 (США), с использованием тест-систем компании «Литех» (Россия), согласно инструкции производителя. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi, Version 9.3».

Результаты. Анализ распределения генотипических вариантов полиморфизма гена GSTT1 выявил преобладание гомозиготного генотипа по «дикому» аллелю как в контрольной выборке лиц, так и в основной группе больных ОЛЛ. Однако, сравнительная оценка разницы частоты GSTT1 0/0 в группе больных и контроле показала его увеличение (контроль – 3.7%; основная группа – 10.1%).

Наименьшая частота гетерозиготного генотипа А/Г полиморфизма rs1695 (Ile105Val) гена GSTP1 была отмечена в группе контроля (13,3%). Частота генотипа А/Г в основной группе больных ОЛЛ была достоверно выше контрольного значения (основная группа – 30.0%; $\chi^2=25.4$; $P<0.05$; OR=2.3; 95% CI 1.92-4.518). Таким образом, данные нашего исследования показали наличие значимой ассоциативной связи между гетерозиготным генотипом А/Г полиморфизма rs1695 (Ile105Val) гена GSTP1 и развитием ОЛЛ.

Данные проведенного исследования показали наличие значимой ассоциации между GSTT1 0/0 и GSTT1 «+» с развитием ОЛЛ.

Вывод. Учитывая то, что фермент GSTT1 играет важную роль в биотрансформации канцерогенных веществ, возможно именно GSTT1 0/0 и GSTT1 «+» ассоциированы с развитием ОЛЛ. Однако, подтверждение данной гипотезы требует проведения дополнительных исследований со значительным увеличением объема выборки обследуемых.

УДК:616-98.002-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ганиев А.Г., Назаров К.Д.

*Андижанский государственный медицинский институт,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности течения острых респираторных вирусных инфекций у детей младшего возраста с атопическим дерматитом (АД). Значимость именно этой категории детей обусловлена ее отношением к группе часто болеющих. Анализ приведенных данных говорит о высокой распространенности этой аномалии конституции у детей с наследственной аллергической отягощенностью, патологией внутриутробного периода и родов. Безусловно, возникшие иммунологические и метаболические нарушения обуславливают тяжесть течения острых респираторных инфекций и длительность заболевания, гиперергический и анафилактический типы реагирования. Соответственно, такие дети нуждаются в детальном обследовании, коррекции измененных иммунологических процессов, и дополнительной профилактике заболеваний с целью снижения частоты заболеваемости и возникновения возможных осложнений. Также в статье рассмотрены основные объективные признаки АД, которые позволяют без использования специальных лабораторных методов исследования определить эту группу часто болеющих детей. Соответственно, данная проблема имеет огромное социальное, медицинское и экономическое значение.

Ключевые слова: аномалии конституции, атопический дерматит, острые респираторные вирусные инфекции.

Атопический дерматит(АД) является самым распространенным воспалительным заболеванием кожи у детей и занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний [1,2,16]. По данным эпидемиологических исследований в разных странах АД страдают от 10 до 28% детей [3,5,7,9]. Распространенность АД и острые респираторные инфекции являются наиболее распространенными в детском возрасте [2,8,9]. Их доля совместно с гриппом составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей, причем самый высокий уровень заболеваемости отмечается у детей, посещающих детские образовательные учреждения[4,3,10,11]. В последние годы, в сравнении с предыдущим десятилетием, отмечено увеличение числа больных АД на 30-40%. До недавнего времени АД считали генетически детерминированной предрасположенностью к синтезу IgE в ответ на низкие дозы аллергенов и выявляли по возрастанию уровня общего и/или специфических IgE в сыворотке крови, а также по положительным результатам кожного тестирования с экзоаллергенами [6,9,11]. По современным литературным данным, у четверти пациентов с данной патологией не

выявляется сенсibilизация к аллергенам окружающей среды и отмечаются низкие уровни сывороточных IgE, т.е. нет данных за IgE-опосредованный механизм иммунных реакций [2,7,11,12,15]. В настоящее время обсуждаются вопросы иммунных нарушений при АД и продолжается поиск наиболее оптимальных диагностических критериев для выявления АД у детей с нормальным и повышенным уровнем общего IgE в сыворотке крови, а также с положительными и отрицательными значениями аллргенспецифических IgE [5,8,14].

Таким образом, исследование вопросов предрасполагающие факторов АД является актуальной проблемой настоящего времени и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования – определить предрасполагающие факторы к развитию АД у детей, отследить распространенность отдельных объективных признаков данной заболевания, исследовать особенности течения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей с АД в сравнении с детьми, не имеющими данной заболевания, рассмотреть возможности индивидуальной профилактики ОРВИ при АД.

Материалы и методы исследования. В работе использованы данные объективного исследования 80 детей в возрасте 1-7 лет с объективными признаками АД (группа 1), прикрепленных к поликлинике № 3 г. Андижана, а также проведен ретроспективный анализ их амбулаторных карт. Для группы сравнения были отобраны 25 здоровых детей 1-7 лет (группа 2), не имевших объективных признаков аномалий конституции, а также ретроспективно проанализированы их амбулаторные карты.

Результаты и их обсуждение. ОРВИ, поражающие дыхательные пути, вызываются различными вирусами, передачи характеризуются воздушно-капельным путем. ОРВИ характеризуются высокой заболеваемостью в Узбекистане: 20 тысяч случаев на 100 тысяч населения. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется 2,5-4 млн. тяжелых случаев гриппа и 20-300 тысяч смертей в результате гриппозной инфекции. В среднем дети могут болеть от 4 до 8 раз в год, а посещающие образовательные учреждения до 10 раз [3,13,14].

Таблица 1

Обращаемость по поводу гриппа / ОРВИ в детских возрастных группах на 100 тыс. населения в 3 городах Узбекистана

Увеличение частоты заболеваемости детей отмечается в холодное время года, в межсезонье и под воздействием стрессовых ситуаций. Для ОРВИ характерны исключительная легкость механизма передачи возбудителя, высокая интенсивность эпидемического процесса, массовый характер заболеваний и высокая изменчивость вирусов, что требует как индивидуальной, так и массовой профилактики. Но персональная профилактика трудится не идентично: одни пациенты вправду заражаются пореже, у иных же частота и продолжительность болезней значимо не меняется не обращая внимания на принимаемые меры. В связи с данным было введено конкретное понятие – часто болеющие дети (ЧБД) (пациенты с рекуррентными инфекциями) [13]. К пациентам с рекуррентными инфекциями относят дети в согласовании с инфекционным индексом (ИИ), определяемым как соответствие суммы всех случаев острых респираторных болезней (ОРЗ) в течение года к возрасту пациента. У ЧБД он оформляет от 1,1 до 3,5, а у изредка болеющих колеблется от 0,2 до 0,3. В реальное время выделяют 5 групп ЧБД достоверно различающихся по собственным характеристикам [3,16]:

Выделяют 5 групп ЧБД по предрасполагающим механизмам:

- 1-я группа. В нее входят пациенты с преобладающими появлениями аллергии и аллергической патологией в анамнезе как по материнской, например и по отцовской части.
- 2-я группа. Пациенты большей частью с неврологической патологией.
- 3-я группа. Пациенты с первичными вегетососудистыми дистониями, обусловленными потомственным нравом.
- 4-я группа. Пациенты с преимущественным проигрышем лимфатической системы с

рождения.

5-я группа. Пациенты с преимущественными обменно-конституционными нарушениями.

Возраст (лет)	Эпидемиологические сезоны (гг.)			
	2017-18	2018-19	2019-20	2020
0-2	27,4	32,4	40,	41,2
3-4	34,5	28,6	36,9	46,5
5-7	28,5	20,2	15,4	22,7

Как видно, данная классификация основана, в основном, на диатезах – крайних, пограничных с патологией вариантах конституции. Понятие о диатезах имеет существенное значение для педиатрии. Многочисленные свидетельства зависимости состояния здоровья и психомоторного развития детей от наличия тех или иных конституциональных аномальных аномалий сделали учение о диатезах важной частью детской медицины [9, 12]. Внедрение в клинической практике таких терминов как «экссудативный диатез», «детская экзема», «нейродермит», и др. нередко осложняет формулировку результатов научных обследований и реализацию эталонов диагностики и терапии.

Кроме того, подмена клинического диагноза аналогичными терминами в соответствующей степени предопределяет проведение необоснованной и неадекватной помощи больному.

В основе АД лежит хроническое аллергическое воспаление кожи. Кожные покровы младенца не случайно становятся «органом-мишенью» аллергической реакции при

АД. Собственно кожа (дерма) и

подкожножировая клетчатка у детей раннего возраста представляет собой средоточие клеток, участвующих в распознавании, представлении антигенов и эффекторном ответе на них. Многочисленными работами показаны разнообразные изменения иммунологической реактивности в периферической крови у пациентов с АД. В основном у детей и взрослых с диагнозом «атопический дерматит» разными авторами выявлено уменьшение общего количества Т-лимфоцитов, абсолютного количества CD8⁺ (Т-цитотоксические). По данным разных исследователей, содержание относительного и абсолютного числа CD4⁺ (Т-хелперы), а также содержание В-24лимфоцитов (CD20⁺) у пациентов с АД отличаются: возможно как увеличение их числа, так и уменьшение. По литературным данным у детей с повышенным уровнем общего IgE CD4⁺ значительно ниже, чем у детей с нормальным уровнем общего IgE. Индекс SCORAD обратно пропорционален соотношению CD4⁺/CD8⁺ [15].

По данным литературы, у детей с АД обнаруживается нередко разнонаправленная динамика показателей антителогенеза, заключающаяся как в уменьшении уровней IgG, IgM, IgA, так и в их увеличении [15]. Динамика показателей, отражающих состояние системы комплемента, по данным разных авторов, в основном совпадает. Как у детей, так и у взрослых пациентов с АД содержание компонентов комплемента уменьшается. Результаты изучения разными авторами функциональной активности лейкоцитов у детей с АД совпадают. У детей с АД наблюдали уменьшение фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, показателей НСТ-теста. У детей с АД преобладание активности Th2 сопровождается высоким уровнем IL-4, IL-5 и общего IgE крови. При этом отмечается уменьшение продукции IFN- γ у. Таким образом, имеющиеся в литературе данные о динамике показателей общей и местной иммунореактивности у пациентов с АД противоречивы. Продолжается поиск наиболее оптимальных клинико-иммунологических дифференциально-диагностических критериев диагностики АД с различными значениями общего и аллергенспецифического IgE. Это позволит углубить представление о патогенетических механизмах развития, возрастных особенностях клинических проявлений, вариантах течения и причинах обострения различных форм АД у детей и

подростков и совершенствовать лечебные и реабилитационные мероприятия при данном заболевании.

АД характеризуется полиморфизмом сыпи. В типичных случаях заболевание имеет характерную клиническую картину и четкие 25 критерии для постановки диагноза. Однако симптомы и морфологические признаки поражения кожи, свойственные атопическому дерматиту, в виде эритемы, папулезных и папуло-везикулезных элементов, сухости, шелушения, трещин, эскориации, инфильтрации и лихенификации кожи могут встречаться при других кожных заболеваниях, а также быть проявлениями целого ряда метаболических, неопластических и иммунодефицитных состояний.

Таблица 2

Частота патологий антенатального и интранатального периода у детей АД (I группе) и детей (II группе)

Патологии	I группа	II группа
Потомственная отягощенность по аллергическим болезням	95%	9%
Опасность прерывания беременности	69%	23%
Токсикозы беременности	84%	36%
Нарушения меню питания матери (потребление облигатных аллергенов, большого количества животного белка и малого количества растительных углеводов)	97%	54%
Осложнения в родах (гипоксия, оперативные роды, длительные и стремительные роды)	72%	32%
Большой вес при рождении (>4000 г)	80%	5%

Совокупность иммунологических и метаболических нарушений позволяют определить у таких детей кроме общего снижения иммунитета, еще и повышенный риск анафилактических реакций и гиперергического течения воспаления, что находит отражение в характере и спектре патологических состояний и ходе психомоторного развития. Для оценки особенностей развития и характера течения ОРВИ было обследовано 80 детей в возрасте 1-7 лет с объективными признаками АД (группа 1), прикрепленных к поликлинике № 3 г. Андижана, а также проведен ретроспективный анализ их амбулаторных карт. Для группы сравнения были отобраны 25 детей-нормостеников 1-7 лет (группа 2), не имевших объективных признаков аномалий конституции, а также ретроспективно проанализированы их амбулаторные карты. Один из важных вопросов – что предрасполагает к формированию АД. При проведении исследования в ходе опроса матерей и анализе амбулаторных карт были определены наиболее часто встречающиеся патологии антенатального и интранатального периодов у детей с данным типом диатеза (табл. 2).

Таким образом, из табл. 2 видно, что наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям [20] в группе детей с АД отмечалась в 96% случаев, тогда как в II группе в 10%. Патологии беременности в виде угрозы прерывания, токсикозов значительно чаще присутствовали у матерей, дети которых имеют аномалию конституции. Осложненное течение родов имело место в 74% случаев в I группе, что в более чем в 2 раза превышает показатель у детей II группа. Большой вес при рождении имели 82% детей в первой группе, а во второй группе всего 4%.

После определения предрасполагающих факторов к формированию АД обращает на себя внимание вопрос частоты встречаемости объективных признаков данного аномалии. Кожные проявления АД отмечались в 100% случаев в первой группе детей (48% имели их во время объективного исследования, а по результатам ретроспективного анализа амбулаторных карт у 100% детей этой группы регистрировались от 1 до 6 эпизодов

проявления атопического дерматита или крапивницы в год). Во второй группе детей кожных проявлений ни объективно, ни ретроспективно не обнаружено. Катар слизистой зева, аденоидные разрастания, увеличение периферических лимфатических узлов (в основном, подчелюстных и шейных) чаще отмечались в первой группе по сравнению со второй.

После проведения анализа выраженности клинических признаков АД на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт отмечены особенности течения ОРВИ у детей с I группой по сравнению с II группой. Эти данные обобщены в табл. 4. Из данной таблицы видно, что дети с АД впервые в жизни заболевают ОРВИ гораздо раньше, чем дети из контрольной группы. Средняя длительность заболевания в первой группе составляет 17 дней против 8 соответственно. Частота развития острого ларинготрахеита, острого бронхита, пневмонии, острого синусита достоверно выше, чем в II группе. Также отмечается более частое назначение противовирусной, антибактериальной и физиотерапии у детей с данной аномалией конституции, чем во второй группе.

Закключение. Эта отклонение конституции, как АД, сталкивается довольно нередко. К ее развитию предрасполагают аллергические болезни у опекунов, патология беременности и родов. Среди объективных симптомов АД всякий раз наличествуют кожные проявления в облике экземы, себореи, дерматита, крапивницы. В связи с тем, собственно, что при АД совокупности иммунологических и метаболических нарушений надеются, не считая совместного понижения иммунитета, ещё и повышенный риск анафилактических реакций и гиперергического течения воспаления, ОРВИ появляются в значительно больше раннем возрасте, почаще осложняются, собственно, что приводит к удлинению сроков болезни, появлению осложнений, требующих бактерицидной терапии и физиолечения. Например, как нередко болеющие малыши АД относятся к I группе нередко болеющих ребят, в корректировки иммунной защите у этих ребят особенное забота следует уделить формированию рациональных пищевых привычек и оптимизации быта.

Литература

1. Бобошко И.Е. Системный анализ конституциональных особенностей детей школьного возраста и дифференцированные программы формирования их здоровья: дисс. д.м.н. Иваново, 2010. 308 с.
2. Бурцева Е.И. Итоги эпидемического сезона 2013-2014 гг. в мире и России. URL: http://www.gcgie.ru/operative_2014/Gripp2014/Burceva.pdf (дата обращения: 11.05.2016).
3. Васечкина Л.И., Азарова Е.К., Акинфеев А.В. Алгоритмы комплексной терапии часто болеющих детей // Лечащий врач. Электронное издание. 2015. № 1. URL: <http://www.lvrach.ru/2015/01/15436140/>.
4. Висмонт Ф.И., Леонова Е.В., Чантурия А.В. Общая патофизиология. Учебное пособие. Минск, 2010. 110 с.
5. Ганиев А.Г., Абдурашидов А.А. Выявление наличия специфических антител к суперантигенам *staphylococcus aureus* у детей с инфицированным атопическом дерматитом// Евразийский союз ученых// Ежемесячный научный журнал./ Россия. Москва. -2020. № 6 (75) часть-5.С. 33-37.
6. Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у пациентов с аллергией // Лечащий врач. 2006. №9. С. 28–32.
7. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1. Основы общей патофизиологии. Учебное пособие для студентов мед ВУЗов. СПб.: ЭЛБИ, 1999. 624 с.
8. Замахина Е.В., Фомина В.Л., Кладова О.В., Бутакова Е.П., Базанова А.С., Легкова Т.П., Учайкин В.Ф. Клинико-патогенетическое значение персистенции респираторных вирусов у часто болеющих ОРЗ детей // Педиатрия. 2009. Т. 87, №3. С. 42–47.
9. Калюжин О.В. Острые респираторные вирусные инфекции: современные вызовы, противовирусный ответ, иммунопрофилактика и иммунотерапия. — М., — 2014. — С. 140
10. Комплексный подход к лечению и профилактике острых респираторных инфекций у детей. Практическое руководство для врачей / Под ред. Геппе Н.А., Малахова А.Б. М., 2012. 47 с.
11. Маркова Т. П. Применение иммуностропных препаратов в комплексном лечении и вакцинации детей с иммунодефицитными состояниями: автореферат дисс. д.м.н. М., 2011. 48 с.
12. Савенкова М.С. Лечение вирусных инфекций: проблема выбора эффективных противовирусных препаратов // Педиатрия. 2012. Т. 91, № 6. С. 70–77.
13. Самсыгина Г. А., Коваль Г. С. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе // Педиатрия. 2010. Т. 89, № 2. С. 137–145.

14. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Нисевич Н.И. Инфекционные болезни у детей. М.: ГЭОТАРМедиа, 2013. 688 с.
15. Чудакова Т.К., Михайлова Е.В., Шведова Н.М. Эффективность противовирусной терапии острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей // Вопросы практической педиатрии. 2015. Т. 10, №1. С. 58–63.
16. Gavala M., Bertics P. J., Gern J. E. Rhinoviruses, allergic inflammation, and asthma. *Immunol Rev.* 2011; 242 (1): 69–90. doi: 10.1111/j.1600–065X.2011.01031.x.
17. Bosch A. A. T. M., Biesbroek G., Trzcinski K. et al. Viral and bacterial interactions in the upper respiratory tract. *PLoS Pathog.* 2013; 9 (1): e1003057. doi: 10.1371/journal.ppat.1003057.
18. Rudan I., O'Brien K. L., Nair H. et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *J Glob Health.* 2013; 3 (1): 10401. doi: 10.7189/jogh.03.010401.
19. Hoffmann J., Rabezahary H., Randriamarotia M. et al. Viral and atypical bacterial etiology of acute respiratory infections in children under 5 years old living in a rural tropical area of Madagascar. *PLoS ONE.* 2012; 7 (8): e43666. doi: 10.1371/journal.pone.0043666.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ

Ганиев А.Г., Назаров К.Д., Жуманиязова Н.М.
*Андижанский государственный медицинский институт,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Хивенский медицинский колледж*

Оптимизация фармакотерапии достигается не только за счет внедрения в медицинскую практику новых высокоэффективных лекарственных препаратов, но и путем рационального использования существующих. Одним из факторов повышения эффективности фармакотерапии при пероральном применении лекарственных средств (ЛС) является рациональное сочетание их с пищевыми продуктами. Большинство лекарственных средств назначают внутрь, и при поступлении их в пищеварительный тракт могут произойти самые разнообразные взаимодействия как между собой, так и с пищеварительными соками и ингредиентами пищи, что может изменить всасывание препаратов, ослабить или усилить фармакологический эффект. Прием лекарственных средств вместе с пищей может отразиться на фармакокинетике и фармакодинамике препарата. В некоторых случаях одновременный прием лекарственных средств с пищевыми продуктами является благоприятным, но чаще снижается или даже теряется его фармакологическая активность вследствие прямого или опосредованного взаимодействия с содержимым желудка и кишечника. Правильное сочетание лекарств и пищи с учетом коррекции времени их приема позволяет не только повысить эффективность лекарственных средств и уменьшить их дозы, но и избежать нежелательных побочных явлений.

Цель и задачи работы: изучение литературных данных, содержащие информацию о правильной совместимости лекарственных средств с продуктами питания.

Объект изучения. Совместимость лекарственных средств с продуктами питания.

Методы. Анализ литературных источников; Сравнительный; Обобщение.

Выводы. Изучены и проанализированы литературные данные, содержащие информацию о правильной совместимости лекарственных средств с продуктами питания. Выяснено, что некоторые продукты питания способны не только уменьшить или усилить воздействие определенного лекарства на организм, но и совершенно изменить его, нанося непоправимый вред здоровью человека. Установлены принципы правильного применения лекарственных средств в зависимости от приема пищи. Рассмотрены основные шесть групп продуктов, которые обладают способностью существенно изменять действие лекарственных средств: алкоголь, молоко и молочные продукты, грейпфрут, соки, продукты, содержащие цитраты, кофе и чай. Отмечено правильное применение некоторых групп лекарственных препаратов с продуктами питания.

ОПТИМИЗАЦИЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕКОНИАЛЬНЫХ ВОД

Джуманязов С.С., Расуль-Заде Ю.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основной задачей современного акушерства является прогнозирование и профилактика перинатальных осложнений во время родового акта. Роды при наличии мекония в околоплодных водах представляют определенный риск развития синдрома мекониальной аспирации. Причем аспирация мекония может произойти в любой момент беременности и родов. Известно, что меконий присутствует в кишечнике плода, начиная с 14-16 недель беременности. Обнаружение мекония ниже голосовой щели возможно при состоянии дистресса плода в антенатальном или интранатальном периодах. Триггером данного состояния может служить как соматическая, так и акушерская неблагоприятная ситуация в организме женщины. Патологическая цепочка: неблагополучие в организме матери - гипоксия плода - расслабление сфинктера прямой кишки в сочетании с его произвольными дыхательными движениями - синдром мекониальной аспирации ведет к высокой перинатальной заболеваемости и смертности. Причинами столь грозных последствий являются мекониальная обструкция дыхательных путей, химическое воспаление, уменьшение продукции эндогенного сурфактанта и его инактивация.

Объективно обнаружить меконий в околоплодных водах в антенатальный период практически невозможно, так как амниоцентез и амниоскопия производятся крайне редко и по строгим показаниям. В интранатальном периоде мекониальное окрашивание вод видно после искусственного или естественного вскрытия плодного пузыря. Конечно же, мекониальные воды диктуют необходимость тщательного контроля за состоянием плода, который должен включать в себя постоянную или продолжительную кардиотокографию (КТГ). Понятно, что патологическая КТГ подразумевает определение рН крови, взятой из подлежащей части плода. Ацидоз будет расцениваться как проявление дистресса плода, требующего быстрого завершения родов.

Однако практикующие акушеры достаточно часто встречаются с ситуацией мекониального окрашивания околоплодных вод при отсутствии каких-либо страданий сердцебиения плода аускультативно и по данным КТГ. Определение рН крови, взятой из подлежащей части плода, не имеет широкого применения в практике. Поэтому достаточно часто врач становится заложником ситуации, связанной с наличием мекония в околоплодных водах. Конечно же имеет значение степень окрашивания вод. При густомекониальном окрашивании степень перинатального риска значительно возрастает, и решение о неотложном родоразрешении будет принято незамедлительно. Итак, мекониальное окрашивание околоплодных вод - это состояние максимальной акушерской напряженности и ответственности, требующей незамедлительного решения о возможности продолжать роды через естественные родовые пути или предпочтении родоразрешения путем операции кесарева сечения.

ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛСИЗ ЁҒЛИ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ МЕТАБОЛИЗМГА БОҒЛИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Джуманязова Г.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация. Жигарнинг алкогольсиз ёғли гепатоз касаллиги кейинги вақтларда кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, келиб чиқиши кўп омилларга боғлиқ бўлади.

Долзарблиги. Ахолини турмуш шароитини мунтазам яхшиланиб бориши, гиподинамия ва юқори калорияли, углеводларга, ёғларга бой таомларни истеъмол қилиш, алкоголь, кашандалик, вируслар ва бактериял инфекциялар, гижжалар, жигарга токсик таъсир қилувчи препаратларни узок қабул қилиш, Вильсон-Коновалов яасаллиги, ичакнинг кўп

касалликлари ва кўпинча қандли диабет ва бошқа кўп сабабларни этиологик факторлар сифатида келтириш мумкин. Ёғнинг гепатоцитларга йиғилиши жигарнинг экзоген ва эндоген интоксикацияларга курсатадиган жавоб реакциясидир. Биохимик нуқтаи назардан гепатоцитларга ёқ йиғилиши триглицеридларни утилизациясига қараганда хосил бўлиши кўпайганда кузатилади. Айниқса, қандли диабетнинг 2 типидида метаболизмни бузилиши натижасида кетон таначаларни кўп йиғилиши ёғнинг жигар хужайраларига ўтириб қолишини кучайтиради. Ёғларнинг жигар хужайраларига йиғилиши:

-Жигарга эркин ёғ кислоталарини ўтириб қолиши.

-Эркин ёғ кислоталарини оксидланишининг (гепатоцит митохондриясида) пасайиши.

-Жигарда хар хил зичликдаги липопротеинларнинг синтезини пасайиши.

-Ичакда микроб колонизациясининг кучайишидан хам келиб чиқади.

Текшириш мақсади:

Жанубий Орол минтақасида экологик жихатдан ноқулай шароитда жигар алкохолсиз ёғли гепатоз касаллигини тарқалиши ва унинг метаболик синдромга боғликлигини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари:

Тадқиқот ишларида Урганч туман 29- оилавий поликлиникада 45 та ортиқча вазли аҳоли кузатувдан ўтказилди, 30та аёл ва 15 та эркак. Аёлларнинг ўртача ёши 30-58ёш, эркакларни ўртача ёши 25-55ёш. 30та аёлдан 16 тасида семизлик йдаражали, қон биохимик анализидида АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатаза, триглицеридлар миқдори сал ошган, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия аниқланди. 10 тасида гипергликемия, А/Б ошган, 30тадан 19 тасида УЗДда жигар экзогенлиги ошиб, томирлар визуализацияси ёмонлашиб, эхоструктураси донатор ва нотекислиги аниқланди. 3та аёлда ичак дисбактериози аниқланди. 20 та эркакдан 4 тасида А/Б ошган, 12 тасида УЗДда ўзгаришлар, 4 тасида гипергликемия, хамда ичак дисбактериози аниқланди, шунингдек 20 тасидан 7 тасида биохимик ўзгаришлар аниқланди.

Текшириш натижалари: Тадқиқот натижаларидан маълум бўлдики, жигарнинг алкохолсиз ёғли гепатоз касаллиги метаболик синдром билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, метаболик синдром таркибига кирувчи комплекс белгилар текширилган контингентнинг 80% ида аниқланди.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, В ДИНАМИКЕ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ L-АРГИНИНА («ТИВОРТИНА®»)

Джуманиязова З. Ф., Шерметов Р. А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Несмотря на успехи в лечении больных хроническим панкреатитом (ХП), тяжесть течения, в том числе при наличии внешнесекреторной недостаточности, пока не позволяет достичь существенного прогресса, тем более в лечении коморбидности ХП и ИБС при наличии синдрома хронической сердечной недостаточности (ХСН). Возникает необходимость дифференцированного подхода к назначению комплексного лечения данной группы больных, используя препараты, перекрестно влияющие на ряд общих патогенетических механизмов развития и прогрессирования данных заболеваний. В качестве препаратов, обладающих такими свойствами были выбраны L-аргинин (Тивортин® «Юрия Фарм.»).

Цель работы – повысить эффективность лечения больных хроническим панкреатитом с ИБС и синдромом ХСН с учетом влияния курсового лечения с включением

препарата Тивортин® в инъекционной и питьевой форме на клиническое течение данной коморбидности заболеваний.

Материалы и методы

Обследовано 30 больных с ХП в сочетании с ИБС и синдромом ХСН, которые в зависимости от программы лечения распределились на три группы: пациенты первой группы (15 больных) получали базисную терапию, пациентам второй группы (15 больных) дополнительно назначали Тивортин® (L-аргинина гидрохлорид). L-аргинина оказывает положительный эффект при гепатозах, циррозах печени, воспалительных заболеваниях кишечника, так как L-аргинин может вызвать развитие острого панкреатита в результате активации индуцибельной NO-синтазы и образования излишка оксида азота. Именно этот факт способствовал разработке следующего способа назначения: Тивортин® в виде 4,2% раствора L-аргинина гидрохлорида вводился парентерально по 100 мл 1 раз в день (6-10 дней) в зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности с последующим переходом на использование питьевой формы (L-аргинина аспартата) по 5 мл 2 раза в сутки за 40 минут до приема еды в течение 4 недель

Результаты. Анализ характера абдоминальной боли у больных, получавших Тивортин®, показал, что у 8 больных (53%) боль значительно уменьшилась к 4 дню лечения с использованием инъекционной формы препарата. К концу пребывания в стационаре у 12 (80%) пациентов отмечалось исчезновение боли абдоминального характера, болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена и Губергрица уменьшилось у 7 (46,06%) больных, показатели фракции выброса левого желудочка улучшились у 8 (53,33%) больных.

Заключение. Действительно, препарат Тивортин эффективен при лечении больных с хроническим панкреатитом с ИБС и ХСН.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ОТБОРА ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Жалолова В.З.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Уровень результатов в современном спорте настолько высок, что для их достижения спортсмену необходимо обладать редкими морфологическими данными, уникальным сочетанием комплекса физических и психических способностей, находящихся на предельно высоком уровне развития (Платонов В.Н., 2004). Поэтому одной из центральных проблем в системе подготовки высококвалифицированных спортсменов является проблема спортивного отбора. Последние десятилетия мирового профессионального спорта характеризуются развитием молекулярной генетической диагностики, разрабатывающий вопросы выбора спортивной специализации адекватные генетическим особенностям спортсменов и позволяющий вести научно обоснованный отбор детей для занятий тем или иным видом физической активности.

Цель. Цель исследования – изучить практическую значимость созданной нами программы для определения антропометрических фенотипов и психофизиологической характеристики молодых спортсменов с учетом полиморфизма генов ответственных за обмен веществ спортсменов юниоров и кадетов.

Материалы и методы. Проанализировано 60 спортсменов юниоров и кадетов. Все они были разделены на 3 основные группы: Все эти спортсмены прошли программу теста опросник для определения антропометрических фенотипов и психофизиологической характеристики молодых спортсменов с учетом полиморфизма генов ответственных за обмен веществ

Результаты. Как следует из полученных данных спортсмены кадеты и юниоры которые прошли тест опросник по приготовленным нами программой для определения композиционного состава тела и нейрофизиологической характеристики было получено следующий результат: 1 группа спортсменов которые получили от 0 до 7 баллов их было 18, 2 группа спортсменов которые получили от 8 до 14 составило 47 спортсменов, 3 группа спортсменов которые получили от 15 до 21 составило 10 спортсменов юниоров и кадетов.

Выводы. Программу можно использовать в спортивных школах для спортивного отбора и выявления технического решения, который далее в свою очередь поможет улучшить уровень спортивных достижений.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Жарылкасынова Г.Ж., Ходжиева Г.С., Джунаидова А.Х.
Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Неадекватное соблюдение режима приема препаратов железа (ПЖ) является вероятной причиной неэффективности терапии анемии. Приверженность, или комплаенс, пациента лечению обычно определяется как степень соблюдения пациентами предписаний врачей. Недостаточный комплаенс является распространенным явлением и проблемой для систем здравоохранения многих стран. По данным ВОЗ, в развитых странах только 50% пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, в течение длительного времени в точности соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах показатель еще ниже.

Цель исследования. Изучить различные аспекты приверженности лечению у пациентов с железодефицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы исследования. Массовое исследование комплаенса пациентов проводился в период с 2019 по 2021 годы на территории 4 областей Республики: Бухарской, Кашкадарьинской, Навоийской и Республике Каракалпакстан. Объектом исследования являлись пациенты с ЖДА. Исследования проводились путем анкетирования на базе крупных амбулаторных учреждений 4 указанных областей. Возраст пациентов, которые проходили анкетирование составлял от 18 до 60 лет. Всего было обследовано 2000 пациентов с ЖДА, по 500 пациентов в каждой области. Исследование проводилось на основании опросника «Уровень комплаентности».

Результаты. Результаты анкетирования по опроснику «Уровень комплаентности» в общей выборке пациентов в 4 областях показали, что высокий уровень приверженности отмечался лишь у 59% опрошенных, в то время как у 3,6% приверженность оказалась низкой, а у 37,3% - средней. Если рассматривать уровень приверженности по областям, то становится ясно, что наиболее низкие показатели зафиксированы в Кашкадарьинской области, а наиболее высокие в Навоийской.

Особый интерес представляло изучение отдельных аспектов комплаенса. Опросник «Уровень комплаентности» построен таким образом, что при помощи него возможно оценить 3 вида комплаентности: социальную, эмоциональную и поведенческую. Результаты исследования показали, что наиболее выражено снижение поведенческого аспекта, что проявляется в невнимательности или несерьезном отношении пациента к терапии. Доля пациентов с низким уровнем поведенческой комплаентности оказалась равна 42,8%. У 35,8% пациентов был определен средний уровень поведенческой комплаентности, в то время как у 21,4% пациентов уровень был высоким.

Анализ социальной комплаентности показал, что у 42,1% пациентов уровень соответствовал высокому, у 54,5% уровень соответствовал среднему и у 3,5% пациентов определялся низкий уровень. Анализ эмоциональной комплаентности показал, что низкий уровень определялся лишь у 4% пациентов. Наиболее высокая доля пациентов (58%) имела средний уровень эмоциональной комплаентности, в то время как у 38% пациентов был

отмечен низкий уровень. Анализ поведенческой комплаентности показал, что почти во всех областях доля пациентов с ЖДА, у которых низкий показатель составила более 40% и составляла основную часть пациентов. При этом доля пациентов с высоким уровнем поведенческой комплаентности была наименее значимой во всех исследованных областях.

Выводы. Таким образом, на основании массового анкетирования было определено, что высокого уровня комплаентности придерживались лишь 59% опрошенных пациентов с ЖДА. При этом у респондентов был определен выраженный дефицит поведенческого комплаенса.

МАРКАЗИЙ ОСИЁ ТРАНСЧЕГАРАВИЙ ДАРЁЛАРИ СУВ ҲАЖМИ ҲАМДА УНДАН ФОЙДАЛАНИШ

Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Чучук сувнинг тақчиллиги ҳозирда энг катта экологик муаммо ҳисобланади ва келажакда муаммо бўлиб қолади, чунки сув ҳосилдорлиги паст шўрланган ерларни кишлок хўжалиги маҳсулотини олиш мақсадида суғориш учун ҳал қилувчи ресурс ҳисобланади. Дренаж коллекторлар сувини дарёларга оқизиш ва сув тозалаш тизимларининг самарасизлиги сув ресурслари сифати пасайишига ва сув шўрлиги ортиб боришига олиб келмоқда.

Сув ресурсларидан фойдаланиш жиҳатидан Ўзбекистоннинг табиий шароити анча ноқулай. Марказий Осиё гидрография тармоғида сув ҳавзалари ва ресурслар жуда нотекис жойлашган. Сув ресурсларининг фақат тахминан 10 фоизи мамлакатда ҳосил бўлиши туфайли Ўзбекистон кўшни мамлакатлардан оқиб кирадиган сувга юқори даражада боғлиқ. Экологик имкониятларни ҳисобга олмай сув ресурсларидан фойдаланиш ҳам сув сифати ёмонлашгани ва ичимлик суви билан таъминлашда танг вазиятга олиб келди.

Мавзунинг асосий мақсади Марказий Осиёнинг асосий сув манбалари ҳажми, Ўзбекистонда сув ресурсларидан фойдаланиш соҳалари тўғрисидаги адабиётларни ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Марказий Осиё мамлакатлари асосий сув манбалари ҳажми, Ўзбекистонда сув ресурсларидан фойдаланиш соҳалари жиҳатларга боғлиқ йўналтирилган илмий мақола ва тезисларни, монография ҳамда диссертация материаллари таҳлили ва ушбу материалларни ўрганиб таҳил қилишда тавсифловчи (описательное) усулдан кенг фойдаланилди.

Орол денгизи ҳавзасининг ер усти сув ресурслари (ўртача йиллик оқим, км³)

Давлатлар	Ҳавза номи		Орол денгизи ҳавзаси бўйича жами	
	Сирдарё	Амударё	км ³	%
Қозоғистон	2,516	-	2,516	2,2
Қирғизистон	27,542	1,654	29,196	25,2
Тожикистон	1,005	58,732	59,737	51,5
Туркменистан	-	1,405	1,405	1,2
Ўзбекистон	5,562	6,791	12,353	10,6
Афғонистон ва Эрон -	-	10,814	10,814	9,3
Жами	36,625	79,396	116,021	100

Натижа ва муҳокамалар. Орол денгизи ҳавзасида умумий сув ҳажми 64,8 км³ бўлган 60 дан ортиқ сув омбори мавжуд бўлиб, бунда сув омборларининг фойдаланиш ҳажми 46,8 км³ ни ташкил этади. Шундан 20,2 км³ – Амударё ҳавзасига, 26,6 км³ – Сирдарё ҳавзасига тўғри келади. Сўнгги йилларда Ўзбекистонда фойдаланиладиган сув

ресурсларининг йиллик ҳажми ўрта ҳисобда 48–50 км³ ни ташкил этмоқда. Бу умумий олинган сув ҳажмининг жиддий тарзда қисқарганидан далолатдир (20%). Айни ҳолат иқлим ўзгариши таъсири остида, шунингдек, трансчегаравий сувдан фойдаланиш муаммолари туфайли дарё сувларининг камайиб кетганлиги билан боғлиқ.

Ўзбекистонда сув ресурсларидан фойдаланиш соҳалари таҳлили шуни кўрсатадики энг кўп сув истеъмоли қишлоқ хўжалиги соҳасига тўғри келади – 90%, иккинчи ўринда ҳавзалар орқали етиб келган сув коммунал хўжалик соҳасига йўналтирилган – 2,3%, учинчи ва тўртинчи ўринларда энергетика ва саноат соҳаларида (мос равишда 1,4% ва 1,2%) фойдаланилса, балиқчилик соҳасида 0,6% сувдан фойдаланилади. 4,5% сув эса бошқа соҳаларда истеъмоли қилиниши кузатилган.

Хулоса сифатида айтиш мумкинки, Ўзбекистонда сув ресурсларидан фойдаланиш бўйича энг кўп сув истеъмоли қишлоқ хўжалиги соҳасига тўғри келмоқда, шу сабабли қишлоқ хўжалигида экин ерларини ҳозирги замон технологияси бўйича тайёрлаш ҳамда уни суғоришда сувни тежовчи ускуналардан фойдаланишни талаб этади.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Джуманиязова Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: Испокон веков благодаря своему солнечному климату Узбекистан прославлен своими лекарственными растениями. Последнее время стало актуально лечения заболеваний народной медициной. Это статья посвящена изучению хронического холецистита. В статье представлены современные данные по этиологии и патогенетическим механизмам развития данной патологии.

Ключевые слова: хронический холецистит, воспаления, санация, инфекция, диета,

Abstract: Uzbekistan has always had a Sunny climate. it is famous for its medicinal plants. Recently, it has become important to treat diseases with folk medicine. This article is devoted to the study of chronic cholecystitis. The article presents current data on the etiology and pathogenetic mechanisms of development of this pathology.

Хронический холецистит - воспаление желчного пузыря, сопровождающееся нарушением его моторной функции и в некоторых случаях - образованием конкрементов. Клинически проявляется болью и тяжестью в правом подреберье, возникающими часто после приема жирной пищи и алкоголя, тошнотой, рвотой, сухостью и горечью во рту. Хронический холецистит - воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-тонические нарушения билиарной системы. Встречаются холециститы токсической и аллергической природы. Проникновение микробной флоры в желчный пузырь происходит энтерогенным, гематогенным или лимфогенным путем. Предрасполагающим фактором возникновения холецистита является застой желчи в желчном пузыре, к которому могут приводить желчные камни, сдавления и перегибы желчевыводящих протоков, дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, нарушения тонуса и двигательной функции желчных путей под влиянием различных эмоциональных стрессов, эндокринных и вегетативных расстройств, патологических рефлексов измененных органов пищеварительной системы. Застой желчи в желчном пузыре также способствуют опущение внутренностей, беременность, малоподвижный образ жизни, редкие приемы пищи и др.; имеет также значение заброс панкреатического сока в желчные пути при их дискинезии с его протеолитическим действием на слизистую оболочку желчных протоков и желчного пузыря [1]. Информативными методами диагностики хронического холецистита служат биохимические пробы крови, УЗИ желчного пузыря, холецистография, дуоденальное зондирование. По данным ряда авторов, хронический холецистит чаще развивается у женщин старше 40 лет, преимущественно, среди страдающих ожирением.

Профилактика. Профилактика хронического холецистита состоит в поддержании активного образа жизни, санации очагов инфекции, полноценном лечении органов пищеварения и рациональном питании и исключая продукты, богатые холестерином и щавелевой кислотой. Профилактика хронического холецистита заключается в соблюдении режима питания, занятиях спортом, физкультурой, профилактике ожирения.

Диета: Блюда предпочтительнее отварные, запеченные или тушеные. На завтрак рекомендуются овощные салаты и пюре, отварные овощи, нежирный творог с сахаром, омлет, каши, отварные макароны или вермишель с сыром. В обед на первое — вегетарианские супы: из сборных овощей, картофельный, крупяной с картофелем, молочные с крупами, вермишелью. На второе — отварное мясо, паровые биточки из мяса, тушеное мясо с овощами без предварительной обжарки, курица, рыба, картофельные котлеты со сметаной. На третье — компот, кисель, напитки из шиповника, фруктовый сок. На ужин можно использовать тот же ассортимент блюд, что и на завтрак, дополнив его различными запеканками (из творога, с крупами, овощами, фруктами), овощным рагу, тушеными овощами, варениками с творогом [5]. , рекомендуются: хлеб ржаной (подсушенный или вчерашней выпечки), печенье, несдобные мучные изделия.

Из рыбы: судак, треска, навага, щука, сазан и другие нежирные виды — отварная, запеченная после отваривания куском, фрикадельки, суфле, фаршированная.

Из молочных продуктов: молоко, кефир, простокваша, сметана как приправа к блюдам, обезжиренный творог и запеченные блюда из него, неострый и нежирный сыр.

Из жиров: сливочное масло (ограниченно и только в натуральном виде), рафинированные масла — подсолнечное, кукурузное, оливковое.

Блюда из круп: в самом широком «диапазоне», из гречки и овсянки — лучше с добавлением творога и сухофруктов.

Мясо и птица: нежирные сорта говядины, кролик, куры, мясная и обрезная свинина, молодая нежирная баранина.

Из меню исключаются: свежий хлеб, изделия из слоеного и сдобного теста .

Не рекомендуются: жирные сорта мяса, утка, гусь, дичь, копчености, консервы, жареные блюда. Обострение заболевания могут дать жирные виды рыб — белуга, кета, осетрина, севрюга. Увы, придется отказаться и от сливок, жирного молока

(выше 6 процентов), ряженки, жирного творога, соленого и жирного сыра. А также от свиного, говяжьего, бараньего сала, кулинарных и пережаренных жиров [4].

Лечение

При обострениях хронического холецистита больных госпитализируют в хирургические или терапевтические стационары и лечение проводят, как при остром холецистите. В легких случаях возможно амбулаторное лечение. Назначают постельный режим, диетическое питание (диета №5а) с приемом пищи 4–6 раз в день [1].

Этиотропное лечение назначается, как правило, в фазы обострения процесса. Из антибиотиков рекомендуется назначать препараты широкого спектра действия, которые поступают в желчь в достаточно высокой концентрации - макролиды, последнего поколения кларитромицин (синонимы: клацид, фромилид) 250 мг, 500 мг 2 раза в день и более известные эритромицин 250 мг 4 раза в день, пролонгированные тетрациклины доксициклин 100 мг, юнидокс солидаб 100 мг по схеме в первый день 200 мг за 2 приема, в дальнейшем по 100 мг во время еды в течение 6 дней. Все препараты назначаются в обычных терапевтических дозах курсами 7–10 дней. При лямблиозе желчных путей эффективны метронидазол 200 или 400 мг, суточная доза 1200 мг (синонимы: метрогил, трихопол, клион) или тинидазол 500 мг суточная доза 2 г в течение 2-3 дней. При описторхозе желчевыводящих путей эффективен противопаразитарный препарат празиквантел 600 мг по 25 мг/кг 1–3 раза/сут.

Для устранения дискинезии желчных путей, спастических болей, улучшения желчеоттока назначают симптоматическую терапию одним из следующих лекарственных препаратов.

Селективные миотропные спазмолитики: мебеверин (дюспаталин) по 200 мг 2 раза в день (утром и вечером, курс лечения 14 дней).

Прокинетики: цизаприд (координакс) 10 мг 3-4 раза в день; домперидон (мотилиум) 10 мг 3-4 раза в день; метоклопромид (церукал, реглан) 10 мг 3 раза в день.

Системные миотропные спазмолитики: но-шпа (дротаверин) 40 мг 3 раза в день; папаверин 2% -2мл в \ м 1раз в сутки, никошпан (но-шпа + витамин РР) 100 мг 3 раза в день.

М- холинолитики: бускопан (гиоцинабутил бромид) 10 мг 2 раза в день.

Холеретические препараты: аллохол по 1таб 3раза всутки, холензим, гепабене 1капсуле 3 раза \ сутки, кукурузные рыльца - растительного происхождения;

фестал, по 1др 3 раза \ сутки, или панзинорм (панкреатин), - ферментные препараты, содержащие желчные кислоты.

Холекинетиические препараты: облепиховое и оливковое масло по 1чайной ложке 3 раза \ сутки натошак.

Холеретические препараты могут применяться при основных формах холецистита, в фазах затихающего обострения или ремиссии, назначаются обычно на 3 нед., затем препарат целесообразно сменить.

Холекинетики не следует назначать больным калькулезным холециститом, они показаны больным некалькулезным холециститом с гипомоторной дискинезией желчного пузыря. Эффективны у больных некалькулезным холециститом лечебные дуоденальные зондирования, 5-6 раз через день, особенно при гипомоторной дискинезии. В фазе ремиссии таким больным следует рекомендовать «слепые дуоденальные зондирования» 1 раз в неделю или 2 нед. Для их проведения лучше использовать ксилит и сорбит. Больным калькулезным холециститом дуоденальные зондирования противопоказаны из-за опасности развития механической желтухи.

Диета: ограничение жирной пищи, ограничение калорийной пищи, исключение плохо переносимых продуктов. Регулярное 4-5-разовое питание.

При безуспешности консервативного лечения и частых обострениях необходимо хирургическое вмешательство.

Список литературы:

1 Хирургические болезни. 2-е издание. М.И. Кузин - ред. М. Медицина, 1995 г.

2 Лекции по хирургическим болезням. «Холецистит» С.В. Рачинский.

3 Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия ЖКБ. // Алматы: «БІЛІМ», 1996. 256 с.

4 Онучина Е.В., Рожанский А.А., Пошкайте И.А. // Сибирский медицинский журнал. Иркутск, 2002. С. 84.

5 Онучина Е.В., Рожанский А.А., Казакова Р.В., Пошкайте И.А. // Сибирский медицинский журнал. Иркутск, 2006. № 5. С. 84.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Жуманазарова Г.У., Курьязова Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на достижения медицины в области бронхолегочной патологии у детей, бронхиты относятся к наиболее распространенной форме патологии органов дыхания, среди них наиболее часто встречается рецидивирующие бронхиты, которые привлекают внимание исследователей, как для расширения представлений о механизмах формирования и клинического течения болезни, так и в целях выяснения роли данной патологии легких в процессах хронизации воспаления в дыхательной системе [5]. Рецидивирующий бронхит — это болезнь в целостном организме, поэтому научный и клинический интерес представляет понимание сущности и степени вовлеченности в патологический процесс не только системы дыхания, но и сопряженных с ней органов. В частности, наиболее тесно функционально с дыхательной системой взаимодействует сердечно-сосудистая система. Представлены сведения о направленности адаптационных

перестроек системы кровообращения при рецидивирующем бронхите у детей раннего возраста [2,3,5].

Цель исследования. Изучить состояния сердечно-сосудистой системы у детей с рецидивирующим бронхитом.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 45 больных детей которые на данный момент находились в отделении детей раннего возраста в клинике ТашПМИ из них с диагнозом Рецидивирующий Бронхит (РБ) первых 3-х лет жизни, в том числе 25 детей было в возрасте до 1-го года и 12 детей 2х лет и 8 детей 3х лет. Использовались следующие методы исследования: клинико-anamnestические, функциональные и инструментальные -ЭКГ ЭХОКГ. Консультации узких специалистов; Лор, невропатолог, окулиста. Опрос – анкетирования родителей. Анализ электрокардиографических данных у этих больных проводился по общепринятой методике на основе регистрации 12 отведений ЭКГ. Эхокардиограмма выполнялась на аппарате Medison (Япония) в одно- и двумерном режиме с использованием датчика с частотой 3,5 МГц. Анализировались линейные морфологические показатели, вычислялись показатели центральной гемодинамики, величины объемов крови по отношению к площади тела обследованного и ряд индексов и коэффициентов.

Статистическая обработка проведена с использованием стандартного пакета компьютерного анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась путем вычисления критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Для детей двух возрастных групп с рецидивирующей патологией бронхов характерна однонаправленность динамики темпа и ритма сокращений сердца, заключающаяся в увеличении частоты сердечных сокращений и появлении синусовой аритмии. Но вместе с тем отмечено, что степень выявления указанных видов нарушения сердечной деятельности различна у больных младшего и более старшего возраста. Так, тахикардия выявлялась у 83,4% больных первого года жизни и у 65,5% детей от 1 года до 3 лет ($P < 0,05$). Частота встречаемости выраженной тахикардии в обеих возрастных группах была примерно одинаковой (16,7% и 13,8% соответственно), а нормальная частота сердечных сокращений достоверно чаще отмечалась у детей старшей возрастной группы (16,7 и 34,5% соответственно, $P < 0,05$). Детей до 1 года с рецидивирующим бронхитом отсутствовал монотонный ритм, в то же время у детей старше года несколько чаще выявлялось нарушение ритма сердечных сокращений в виде выраженной синусовой аритмии — у 34,5% пациентов, в младшей возрастной группе процент больных с этим видом дисфункции ритма составил 25,0% ($P < 0,05$). У всех детей первого года жизни при рецидивирующем бронхите отмечалась вертикальная позиция сердца, в том числе у 73,3% ЭОС была расположена вертикально, а у остальных 16,7% больных выявлялось отклонение ЭОС вправо, т. е. угол α был больше $+90^\circ$. В старшей возрастной группе больных с рецидивирующим бронхитом вертикальное положение сердца констатировалось в 50,5% случаев, отклонение электрической оси сердца вправо — в 20,5%, нормальное положение ЭОС отмечалось у 20,0% обследованных. Удлинение интервала Q-T, свидетельствующее о нарушении электролитного баланса в миокарде, отмечалось у 33,7% больных детей младшей возрастной группы и у 41,4% пациентов старше 1 года ($P > 0,05$). Нормальная длительность электрической систолы желудочков была характерна для большинства больных с рецидивирующей патологией бронхов и примерно одинаково часто выявлялась у больных разного возраста (66,7 и 58,6% соответственно, $P > 0,05$). Частичная блокада правой ножки пучка Гиса была выявлена соответственно по группам обследованных в 41,7% и 34,5% случаев.

Выводы. Таким образом, выявлен ряд возрастных особенностей изменений деятельности сердца у больных с рецидивирующим бронхитом, среди которых можно выделить следующие: большая частота нарушений ритма сердечных сокращений у детей младшей возрастной группы, преобладание среди них вертикальной позиции сердца, нарушения процессов реполяризации и частичной блокады правой ножки пучка Гиса.

Указанные факты отражают возрастные закономерности и свидетельствуют о преобладании чувствительности сердца к гипоксии и токсическим воздействиям у детей первого года жизни по сравнению с больными 2-х и 3-х летнего возраста.

Литература:

1. Ильина Е. С. Организация пульмонологической помощи детям с бронхолегочной патологией // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. №1. С. 23-27.
2. Кабаева Д. Д. Ведение болезней дыхания у детей на первичном уровне // Здоровье матери и ребенка. 2010. Т. 2. №1-2. С. 72-81.
3. Курьязова Ш.М., Тошметова Б.Р., Рузметова Д. Особенности частота встречаемости нарушений ритма сердца у детей с перинатальной гипоксией ЦНС//4-Международная конференция: Медицина и здравоохранение. Илмий-амалий журнал «Молодой учёный». -Москва, 2017. 41-43 бетлар.
4. Курьязова Ш.М., Давлетова Ф., Худайназарова С.Р. Частота встречаемости затяжного кашля у детей с сочетанными патологиями// Наука и техника. мировые исследования Материалы международной научно-практической конференции 13 февраля 2020. Россия ,Екатеринбург. 87-90 с.
5. Таточенко В. К. Практическая пульмонология детского возраста. М., 2000. 208 с.

МАРКАЗЛАШГАН ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ДАРАЖАСИ

Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С., Йўлдошев М.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Хориж матбуотида таъкидланишича, бундай ҳолат юзага келишининг асосий сабаби, ер юзининг 71 фоизини дарё ва океан сувлари ишғол қилган бўлса-да, ундаги чучук сув микдори атиги 2,5 фоизни ташкил этар экан. Чучук сувнинг 70 фоизи муз қопламаларида, 30 фоизи эса тупроқдаги нам ёки олиш қийин бўлган ерости қатламларида жойлашган. Ер юзида мавжуд бўлган чучук сув захираларининг бир фоизидан инсоният фойдаланиши мумкинлиги манбаларда қайд этилган.

Мавзунинг мақсади. Республика аҳолисини марказлашган ичимлик суви билан таъминланганлик (МИСБТ) даражаси тўғрисидаги адабиётларни ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат бўлди. Олинган материаллар таҳлили тариқасида тавсифловчи (описательное) усулдан кенг фойдаландик.

Республика ҳудудларида аҳолининг марказлашган ичимлик суви билан таъминланганлик даражаси

№	Худудлар	Аҳоли сони	МИСБТ аҳоли	Таъминланганлик даражаси, %
1	Қорақалпоғистон Республикаси	1 916 396	1 246 624	65,1+++
2	Андижон вилояти	3 179 548	2 619 165	82,4+
3	Бухоро вилояти	1 946 995	1 069 302	-54,9
4	Жиззах вилояти	1 403 182	759 481	-54,1
5	Қашқадарё вилояти	3 316 501	1 225 566	37,0---
6	Навоий вилояти	1 042 639	689 674	66,1+++
7	Наманган вилояти	2 867 411	1 807 257	63,0+++
8	Самарқанд вилояти	3 933 499	2 315 886	-58,9
9	Сурхондарё вилояти	2 681 183	1 432 812	-53,4
10	Сирдарё вилояти	846 730	695 768	82,2+
11	Тошкент вилояти	3 042 898	2 068 969	68,0+++
12	Фарғона вилояти	3 734 326	2 506 191	67,1+++
13	Хоразм вилояти	1 878 844	1 425 121	75,9++
14	Тошкент шаҳар	2 421 179	2 393 737	98,9
Жами республика бўйича		34 211 331	22 255 552	65,1+++

Жадвалдан кўриниб турибдики Республика бўйича энг кўп марказлашган ичимлик суви билан таъминланган аҳоли Тошкент шаҳри ҳисобланади (98,9%), иккинчи ва учинчи ўринларда Андижон ва Сирдарё вилояти аҳолиси бўлиб мос равишда 82,4% ва 82,2%ни ташкил қилади. Энг кам (37%) марказлашган ичимлик суви билан таъминланган аҳоли Қашқадарё вилояти ҳисобланади. Қолган вилоятлар аҳолисининг марказлашган ичимлик суви билан таъминланганлиги Республика кўрсаткичига яқин эканлигини таъкидлаш мумкин.

АМУДАРЁ ВА СИРДАРЁ СУВИДАН МАРКАЗИЙ ОСИЁ МАМЛАКАТЛАРИНИНГ УЛУШИ

Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Сувни қишлоқ хўжалиги ва иқтисодиётнинг бошқа тармоқлари орасида қайта тақсимлашнинг имкони йўқлиги аҳоли учун сув танқислиги таъсирини кучайтиради, шунингдек экологик ва биологикхавфсизликни мувозанатдан чиқарувчи фавкулотда ҳолатларни келтириб чиқариши мумкин. Кўпчилик энг йирик дарёлар халқаро ҳисобланади. БМТ маълумотларига кўра дунёда 261 та дарёлар бассейнлари икки ва ундан ортиқ мамлакатлар ҳудудларида жойлашган, у ерда дунёнинг 40% аҳолиси яшайди. Ўзбекистонда 9 та чегаралараро дарёлар бўлиб, уларнинг энг йириклари Амударё ва Сирдарё ҳисобланади.

Амударё ва Сирдарё каби чегаралараро дарёлар сув ресурсларининг асосий манбалари бўлган Марказий Осиё минтақасидаги сув-энергетика муаммоларига боғлиқ барча масалалари умум қабул қилинган халқаро ҳуқуқ меъёрлари асосида ҳал қилиниши лозим. Бу меъёрлар 1992 йил 12 мартда қабул қилинган “чегаралараро сув оқимлари ва халқаро кўллардан фойдаланиш ҳамда муҳофаза қилиш тўғриси”да ва 1997 йил 21 мартдаги “Кемалар қатновисиз турдаги халқаро сув оқимларидан фойдаланиш ҳуқуқи тўғрисида”ги БМТ Конвенциялари орқали мустаҳкамланган. Ушбу ҳужжатлар чегаралараро дарёлар ресурсларидан фойдаланишда атроф-муҳитга ва чегадош давлатлар манфаатларига зарар етказмасликтамойилларига риоя қилишни талаб қилади.

Чегаралараро дарёлар муаммоси мамлакатимиз мустақиллиги йилларида вужудга келди ва кескинлашди. Бугунги кунгача аҳолининг сувдан фойдаланиш биологик ва экологик хавфсизлиги масалалари басейнларида яшовчи аҳоли саломатлиги ҳолатига таъсири масалалари ҳал қилинмаган.

Мавзунинг асосий мақсади Марказий Осиёнинг асосий сув манбалари, ҳар бир мамлакат фойдаланиш учун сув олишнинг келишилган улуши, Ўзбекистонда фойдаланиладиган сув ресурсларининг асосий манбалари тўғрисидаги адабиётларни ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Марказий Осиё мамлакатлари асосий сув манбалари, фойдаланиш учун сув олишнинг келишилган улуши, мамлакатимизда фойдаланиладиган сув ресурсларининг асосий манбалари ва улардан аҳоли фойдаланишининг биологик ва экологик хавфсизлиги башорати жиҳатларга боғлиқ йўналтирилган илмий мақола ва тезисларни, монография ҳамда диссертация материаллари таҳлили ва ушбу материалларни ўрганиб таҳил қилишда тавсифловчи (описательное) усулдан кенг фойдаланилди.

Натижа ва муҳокамалар. Амударёнинг узунлиги асосий манбаси Панж дарёсидан бошлаб 2540 км, ҳавзасининг майдони 309 минг м² ни ташкил этади. Сирдарё узунлиги асосий манбаси Норин дарёсидан бошлаб 3019 км, ҳавзасининг майдони 219 минг м² ни ташкил этади. Ўзбекистонда фойдаланиладиган сув ресурсларининг асосий манбаларини Амударё, Сирдарё ва уларнинг ирмоқлари ташкил этади. Орол денгизи ҳавзасидаги барча дарёларнинг ўртача кўп йиллик сув оқими ҳажми йилига 116,02 км³ бўлиб, шундан 79,4 км³ Амударё ҳавзасида (67,4%) ва 36,6 км³ (32,6%) Сирдарё ҳавзасида шаклланади.

Амударё ва Сирдарё сувидан Марказий Осиё мамлакатларининг улуши

№	Мамлакат номи	Амударё	Сирдарё	Ўртача
1	Афғонистон	9%	0%	9%
2	Тожикистон	13%	7%	10%
3	Туркменистон	28%	0%	28%
4	Қирғизистон	0,4%	11%	5,7%
5	Ўзбекистон	50%	48%	49%
6	Қозоғистон	0%	34%	17%

Орол денгизи ҳавзасининг асосий дарёларидан Ўзбекистоннинг сув олиш улуши минтақада ҳосил бўлган жами сув ресурсларининг ўртача 49 фоизини ташкил қилган бир вақтда, Қирғизистоннинг улуши 5,7%ни ва Тожикистоннинг улуши эса 10%ни ташкил қилади. Қайд қилиш мумкинки Қозоғистон фақат Сирдарё сувидан фойдаланади. Қозоғистоннинг мазкур сув ҳавзасидан фойдаланиш улуши 34%ни ташкил қилади ва шу сабабли мазкур давлатнинг жами ўртача сув ресурсларидан фойдаланиш улуши ҳам 34%ни ташкил қилади. Худди шунингдек Туркменистон ва Афғонистон фақат Амударё сувидан фойдаланишини инobatга олсак уларнинг мазкур сув ҳавзасидан фойдаланиш улуши мос равишда 28% ва 9%ларни ташкил қилади. Бу кўрсаткичлар ҳам Марказий Осиёнинг мазкур давлатларини жами ўртача сув ресурсларидан фойдаланиш улуши кўрсаткичларини кўрсатади.

Ушбу захираларнинг деярли барчаси мамлакатлар томонидан турли хил эҳтиёжлар учун фойдаланишга олинган. Дарё ҳавзасидаги ҳар бир мамлакат фойдаланиш учун сув олишнинг келишилган улуши (лимити)га эга. Амударё ва Сирдарё дарёларининг ўтган асрнинг 80-йилларда ишлаб чиқилган ҳавзавий схемаларида ҳар бир мамлакатнинг улуши, белгиланган сувни олиш миқдори ханузгача минтақанинг барча республикалари томонидан тан олинади.

Хулоса сифатида айтиш мумкинки, Ўзбекистон учун Амударё ва Сирдарё сувлари асосий сув манбалари ҳисобланади ва бу сув ҳавзаларидан Ўзбекистоннинг сув олиш улуши энг кўп фоизини ташкил қилади.

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЕ ШТАММЫ COVID-19 К АНТИТЕЛАМ

Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

По мере развития пандемии COVID-19, вызывающий заболевание коронавирусом SARS-CoV-2 мутирует. Так, его штаммы могут представлять большую угрозу для человека, например, легче передаваться или вызывать более тяжёлое заболевание. В настоящее время выделяют 4 наиболее опасных штамма COVID-19 – α, β, γ и δ. Новую генетическую линию коронавируса SARS-CoV-2 – B.1.1.7 впервые зафиксировали осенью 2020 года в Великобритании (британский штамм – «α»). Она является одним из самых распространённых в странах Европы вариантов коронавируса. Этот штамм коронавируса принципиально не отличается от «уханьского» или других штаммов, так как при мутации не произошло и 1% изменения в его геноме, но распространяется на 56-70% быстрее исходника. Хотя предполагают, что эта разновидность коронавируса приводит к смерти пациентов – на 30-70% чаще, чем классический штамм COVID-19, но увеличение риск-ов повторно заразиться этим штаммом, нет.

Доказано, что инфицированные британским штаммом редко теряют вкус и обоняние. В основном у заразившихся им распространены кашель, боль в горле, усталость, мышечные боли и лихорадка. Новый вариант коронавируса SARS-CoV-2 501Y.V2/B.1.351 (южноафриканский штамм - «β») впервые выявили в ЮАР в декабре 2020 года.

Мутации нового варианта SARS-CoV-2 делают его устойчивым к антителам в плазме крови, донорами которой были пациенты, уже переболевшие коронавирусной инфекцией. β -штамм активно распространяется среди молодых людей, так как способен лучше прикрепляться к клеткам организма. Болезнь при заражении именно этим штаммом протекает без каких-либо сопутствующих заболеваний и чаще приводит к серьёзным осложнениям.

В январе 2021 года в Бразилии выявили новый штамм коронавируса – B.1.1.248 (бразильский штамм – « γ »). Считается, что данный штамм является более заразным и опасным для молодых людей, а также снижает эффективность вакцин. При γ -штамме болезнь имеет стандартные симптомы ковида, но сам вирус минимум гораздо заразнее исходного варианта. Также он умеет преодолевать естественный иммунитет уже переболевшего населения. Установлено, что бразильский вариант тяжелее протекает у молодёжи и беременных женщин.

На сегодняшний день в мире доминирует вариант B.1.617, т.е. индийский штамм – « δ ». Этот штамм впервые выявили в индийском городе Напур в октябре 2020 года. В ВОЗ и Европейском центре по профилактике и контролю заболеваний считают, что он будет преобладать в мире и в ближайшие месяцы, так как его уже идентифицировали почти во всех европейских странах. Считают, что этот штамм более заразен и способен избегать нейтрализации некоторыми моноклональными антителами. Это значит, что антитела, появившиеся у переболевшего COVID-19 человека, могут быть не эффективны в борьбе со штаммом δ . Штамм δ , по сравнению с уханьским штаммом, по течению болезни является более гриппоподобным: больные часто жаловались на головную боль, боль в горле, повышенную температуру, кашель и насморк, для них совсем не характерна потеря обоняния. Многие люди легко могут принять заражение δ -штаммом за простуду. Но вместе с тем пациенту может стать хуже буквально за считанные дни.

Для течения средней тяжести болезни δ вирусом характерны следующие характеристики: сильные боли в суставах, сильные боли в животе, тошнота, рвота, высокая температура, лихорадка, потеря слуха, спутанность сознания, гангрена. Это связано с тем, что при бразильском штамме у пациентов увеличивается риск возникновения тромбов в кровеносных сосудах кишечника, рук и ног. Причиной повышенной заразности и устойчивости новых штаммов коронавируса к антителам, является изменение в спайковом белке. Было отмечено, что у вариантов α и δ изменения были непохожи, поэтому последний распространился гораздо быстрее.

РОЛЬ СТАФИЛОКОККОВ У ЛИЦ С ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Микроорганизмы не являются непосредственной причиной *acnevulgaris*, но определенную роль в патогенезе заболевания играют, вызывая местные воспалительные процессы.

В связи с этим целью данной работы стало изучение роли микроорганизмов рода *Staphylococcus* в патогенезе заболевания, выяснение некоторых механизмов антибиотикорезистентности. Нами было проведено микробиологическое обследование 21 лиц с *acnevulgaris*. Для характеристики микробиоты очагов поражения учитывали интенсивность обсеменения ($\text{КОЕ}/\text{см}^2$), видовой состав, чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Использовали комплекс общепринятых бактериологических методов. Изучение видовой структуры микрофлоры очагов поражения при *acnevulgaris* ($n=21$) показало преобладание микроорганизмов рода *Staphylococcus*, а именно-*S. aureus*, *S. epidermidis* и *S. saprophyticus*. Выявлена более высокая частота коагулазоположительных стафилококков (*S. aureus*) у лиц с *acnevulgaris* – 86%. Доля

коагулазонегативных стафилококков - *S. epidermidis* и *S. saprophyticus* составляла 52% и 42% соответственно.

Изучение антибиотикорезистентности коагулазопозитивных стафилококков, выделенных от лиц с *acnevulgaris* (n=21), показало абсолютной (100%) резистентности *S. aureus* к пенициллину, линкомицину и эритромицину. Наибольшая высокая степень чувствительности *S. aureus* отмечена к цефалоспориновому – 80,9%, амикацину – 76,2%, доксициклину – 66,7%, ванкомицину и офлоксацину – 61,9%.

Из коагулазонегативных стафилококков, выделенных от лиц с *acnevulgaris* (n=21), *S. epidermidis* проявлял высокую степень резистентности к ряду антибиотиков: пенициллину - 85,7%, линкомицину и эритромицину - 80,9%, доксициклину - 71,4%, хлорамфениколу - 61,9%. Установлена высокая степень чувствительности *S. epidermidis* к цефалоспориновому и офлоксацину - 90,5%. Для *S. saprophyticus* в большей степени резистентность проявлялась в отношении к пенициллину - 90,5%, линкомицину - 85,7%, эритромицину - 80,9%, доксициклину – 76,2% и хлорамфениколу - 71,4%.

S. saprophyticus не проявлял устойчивости к цефалоспориновому и офлоксацину, что позволяет рекомендовать его для включения в комплексную терапию *acnevulgaris*.

Таким образом, вышеуказанные результаты свидетельствуют о высокой частоте выделения микроорганизмов рода *Staphylococcus* у лиц с *acnevulgaris*. Установлено полное приобретение устойчивости *S. aureus* к пенициллину, линкомицину и эритромицину, а также выявлено повышение резистентности коагулазонегативных стафилококков к пенициллину, линкомицину и эритромицину.

БЕРЕМЕННОСТЬ И COVID-19

Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С., Аллаберганова З.С.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Во время беременности имеются периоды, которые являются критическими для развития плода и угрозы прерывания самой беременности.

В эти периоды следует внимательнее отнестись к беременной женщине. Почему же именно эти периоды являются критическими? А потому что в это время происходит активный клеточный и тканевой рост зародыша, также повышается обмена веществ организмов.

При воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды на ребёнка, в зависимости от периода в который факторы воздействуют, изменения могут быть разнообразными. Неблагоприятные факторы окружающей среды – недостаток кислорода (гипоксия), переохлаждение, перегревание, лекарственные препараты, токсины, продукты химического производства, возбудители вирусных и бактериальных инфекций и т.д.

В прошлые годы к возбудителям вирусных и бактериальных инфекций мы относили инфекции передаваемые половым путём, начиная с декабря 2019 года также смело можем отнести сюда и коронавирусную инфекцию. Да, имеются спорные моменты на счёт применения или отказа антибиотиков при коронавирусной инфекции. Но, если речь идёт о беременной женщине всё же с целью предупреждения осложнений со стороны плода необходимость в проведении антибиотикотерапии всё же имеется. Данный факт также можно подтвердить тем, что у детей, чьи матери переболели коронавирусной инфекцией, имели различные патологии ЦНС различной степени тяжести. Акушерская практика ведения беременной женщины с COVID-19 показала, что необходимо под контролем плацентарного кровообращения проводить антикоагулянтную терапию и в зависимости от тяжести течения дополнять антибиотикотерапией

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проблема воспалительных заболеваний половых органов у женщин остается одной из самых важных в акушерстве и гинекологии. Удельный вес генитальных инфекций в структуре материнской и перинатальной заболеваемости составляет около 60 %. Сегодня возникновение генитальных инфекций в значительной мере обусловлено патологической аутофлорой с преобладанием смешанных микробных ассоциаций бактерий аэробов и /или анаэробов.

В настоящее время роль инфекции в развитии преждевременных родов (ПР) абсолютно доказана. Последние исследования показали, что внутриутробная инфекция ведет к развитию таких осложнений у новорожденных, как перивентрикулярная лейкомаляция, бронхопульмональная дисплазия и церебральный паралич. В системе доказательной медицины имеется три группы утверждений, поддерживающих гипотезу о главенствующей роли инфекции в индукции ПР. Первое: искусственное введение бактерий или их продуктов животным вызывает прерывание беременности; второе: системная материнская инфекция, такая как пневмония, пиелонефрит, малярия, тиф ассоциированы с началом родовой деятельности; третье: внутриутробная инфекция связана с ПР. Несмотря на то, что назначение антибиотиков существенно снижает материнскую смертность от септических состояний, данная интервенция практически не влияет на уровень ПР. В последнее время много внимания уделяется инфекции периодонта, как фактора риска ПР. И хотя недиагностированная системная материнская инфекция представляет собой высокий относительный риск ПР, данное состояние встречается не так часто в развитых странах, поскольку в арсенале врачей имеется достаточно эффективные антибактериальные препараты. Современные исследования по данной проблеме направлены на изучение микробных агентов, вызывающих ПР, и пути борьбы с ними. Внутриутробная инфекция может быть классифицирована по локализации возбудителя на две группы: интраамниальная инфекция и экстраамниальная инфекция. Золотым стандартом для диагностики внутриутробной инфекции является обнаружение возбудителя культуральным методом. Ее наличие доказывается путем бактериологического обследования околоплодных вод и хориона. Исследование микробного инфицирования хориона представляет собой значительные технические сложности, поэтому на практике большинство исследований, посвященных проблеме ПР, сфокусированы на поиске возбудителя в амниотической полости (положительная культура возбудителя в околоплодных водах при трансабдоминальном амниоцентезе).

АХОЛИ ОРАСИДА ИФА УСУЛИ ЁРДАМИДА ТАШҲИСЛАНГАН ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР АНИҚЛАНИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ибрахимова Х., Машарипова Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги Ҳозирги кунда одамлар, ҳайвонлар ва ўсимликларнинг ҳисобига яшовчи паразитларнинг 15 мингдан зиёд тури маълум ва инсонларда кўпроқ аскаридалар, острицалар, қилбош гижжалар учрайди.

Болалар паразитларга нисбатан аҳолининг заиф тоифаси эканлиги аниқланган. Бу, бир томондан, санитария-гигиена меъёрларига риоя қилишнинг қуйи даражасига, иккинчи томондан, паразитар инвазия натижасида жадал ўсиш ва ривожланишнинг пасайиши билан боғлиқ.

Материал ва усуллар. Мақсадга эришиш учун иммунофермент анализ (ИФА) текшируви ёрдамида турли шикоятлар билан мурожаат қилган аҳоли орасида паразитар касалликлар кўзгатувчиларини аниқлаш ва клиник ташҳисини тасдиқлаш ўтказилди.

ИФА ёрдамида жами 2240 та, нажас текшируви ёрдамида эса жами 1242 та ижобий натижалар олинди. Текшириш ўтказилган беморлар 12 ёшдан 60 ёшгачани ташкил этишди. Тадқиқотлар 2018-2021 йилларда Бухоро шаҳридаги “Amal” клиникасида ўтказилди.

Олинган натижалар ва муҳокама: Охирги 4 йил давомида ўтказилган ИФА текширишлар натижасида 2240 та мусбат натижа кузатилди, унда асосан 6 та паразитар касалликлар шу усул натижасида тасдиқланди: аскаридоз, лямблиоз, описторхоз, таксокариоз, трихиниллёз, эхинококкоз.

ИФА ёрдамида ташҳис қўйишда энг кўп аниқланган паразитар касаллик бу лямблиоз бўлиб, барча лаборатор ташҳисларининг $79,20 \pm 0,86\%$ ини ($n=1774$) ташкил этди. Ушбу кўрсаткич бошқа аниқланган паразитар касалликлар кўзгатувчилари йиғиндисидан кўплиги аниқланди. ИФА ёрдамида аниқланиш кўрсаткичи бўйича кейинги ўринларда эхинококкоз ва описторхоз бўлиб, мос равишда барча лаборатор ташҳисларнинг ўртача $13,34 \pm 0,72\%$ ($n=299$) ва $3,71 \pm 0,40\%$ ини ($n=83$) ташкил этди.

Юқорида келтирилган учта паразитар касалликлардан ташқари ИФА ёрдамида яна трихиниллёз, аскаридоз ва токсокариоз ҳам аниқланди - мос равишда $1,70 \pm 0,27\%$ ($n=38$); $1,34 \pm 0,24\%$ ($n=30$) ва $0,71 \pm 0,18\%$ ($n=16$). Ушбу паразитар касалликларнинг кам миқдорда лаборатор усулда ташҳисланиши уларга эътибор қаратишга ҳожат йўқ дегани эмас, балки улар давоси ва профилактикасини доимо мукамаллаштириш заруратини кўрсатади.

Хулоса:Паразитар касалликлар орасида лямблиоз (79,20%), эхинококкоз (13,34%) ва описторхозларнинг (3,71%) кўп учраши ушбу минтақа учун хос хусусият сифатида талқин қилинди. Трихинеллёз (1,70%), аскаридоз (1,34%) ва токсокорозларнинг (0,71%) кам миқдорда аниқланиши улар орасида кам учрашини кўрсатсада, бошқа паразитар касалликлардан кам эътибор қаратмаслик зарурлигини эътироф этамиз.

АҲОЛИ ОРАСИДА НАЖАС ТЕКШИРИШИ ЁРДАМИДА ЛАБОРАТОР ТАСДИҚЛАНГАН ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР АНИҚЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ибрахимова Х., Машарипова Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги. Паразитлар келтириб чиқарадиган касалликлар ўзига хос ва кенг гуруҳга мансуб хасталикларни бирлаштирган бўлиб, тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга. ЖССТ берган маълумотларга кўра, дунё бўйича паразитар инвазиялар билан 4,5 млрд.дан ортиқ киши касалланган.

Материал ва усуллар. Мақсадга эришиш учун ахлат текшируви ёрдамида турли шикоятлар билан мурожаат қилган аҳоли орасида паразитар касалликлар кўзгатувчиларини аниқлаш ва клиник ташҳисини тасдиқлаш ўтказилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, нажас текшируви натижасида кўп аниқланган паразитар касаллик гименолипедоз бўлиб, жами 638 ҳолатда ($51,37 \pm 1,42\%$) аниқланди.

Лямблиоз бирмунча камроқ аниқланган бўлса ҳам (жами 298 ҳолат, $23,99 \pm 1,21\%$), унинг паразитар касалликлар орасида учраш даражаси бўйича ўрни беқиёс эканлиги аниқланди. ИФА ёрдамида касалликнинг энг кўп аниқланганини инobatга олсак, ушбу патология давоси ва профилактикасига муносабат буткул бошқача бўлиши лозимлигини кўрсатди, айниқса бизнинг иссиқ иқлимли минтақамизда. Бошқа паразитар касалликлар қатори нажас текшируви натижасида кўп аниқланган касалликлардан бири энтеробиоз бўлиб, ушбу лаборатория усули ёрдамида ташҳисланган патологик ҳолатларнинг 1/5 қисмининг ташкил этиши билан ажралиб турди - мос равишда 259 ҳолат ($20,85 \pm 1,15\%$).

Хулоса. Паразитар касалликлар лаборатория ташҳисида муҳим ўрин тутувчи нажас текшируви натижасида бир қанча паразитар касалликлар ташҳисланди, улар орасида кўп учрагани гименолипедоз (51,37%) бўлиб, лямблиоз (23,99%) ва энтеробиоз (20,85%) ҳам муҳим ўрин эгаллагани кўриниб турибди. Тениаринхознинг кам миқдорда (3,79%) учрагани ушбу патологиянинг минтақа учун хос касаллик эмаслиги билан изоҳланди.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУДИНЫ ПОТОМСТВА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ

Иброхимова Л.И, Расулов Х.А., Абдуллаева И.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что при сахарном диабете первый очередь претерпевает к изменению периферические сосуды. Также в нем больше всего страдает растущий организм. Поэтому считаем целесообразным, изучит морфологические изменение костных ростковых зон на фоне СД.

Цель – изучить динамику морфологических изменений хрящевых структур грудины крыс при аллоксановом диабете.

Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 50 крысах самках массой 200-250 г. После выявления беременности животные были разделены на 2 группы: 1 - контрольная группа – 10 крыс; вторую группу составляли 30 беременные животные с аллоксановым диабетом. Сахарный диабет вызывали путем внутрибрюшного введения раствора аллоксантетрагидрата из расчета 15 мг на 100 г массы тела, предварительно 2 суток голодавшим животным. Гистологическое исследование грудины проводили на 7, 14, 30 и 60 сутки жизни потомства, полученных от здоровых особей и при беременности, которых протекал на фоне экспериментального сахарного диабета. Кусочки хрящевых тканей фиксировались в 10 % нейтральном формалине и затем заливались парафином. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по Ван Гизону.

Результаты. В результате эксперимента количества полученных потомств и прерывание беременности указывают на негативное влияние аллоксанового диабета (умирали – 7, прерывание беременности – 4 случаев).

К морфологическому исследованию подвергнуты грудинно-реберные комплексы у потомства контрольных и экспериментальных крыс в динамики роста на этапах раннего постнатального онтогенеза.

Результаты морфологических исследований показали, что аллоксановый сахарный диабет материнского организма во время беременности и грудное вскармливание диабетической матери приводят к изменению в механизме развития грудинной кости потомства. Основное негативные влияния сахарного диабета отражается хрящевой ткани на 4 зон роста грудины и синхондрозах в местах прикрепления ребер.

Во всех 4 зонах роста транзиторная хрящевая ткань имеет одинаковой архитектоники. Отличая от ростковых зон трубчатых костей с обеих сторон (проксимальной и дистальной) одинаковый механизм костеобразования. основной группы исследования изогенные хондроциты не отмечается, ранних периодах (7-14 дней) расположены хаотически одиночно, попарно, а следующих сроках (14-30 дней) наблюдения небольшими группами, по 4 клеток различного размера. Форма этих хондроцитов эллипсоидная или веретенообразная, местами определяются клетки округлой формы. В поздних сроках (60 дни) в хондроцитах размещается ядро окруженное цитоплазмой, сферической или округлой формы. Зона пролиферации представлена хрящевыми клетками, которые имеют клиновидную форму и накладываются по 10–12 клеток в каждой колонки. Эти хондроциты отделены от соседних столбиков прослойками основного вещества, с продольно направленными выраженными фибриллами. У некоторых хондроцитах данной

зоны выявлены картины митозов. У крысят основной группы определяются единичные случаи процесса митозов. Между колонками хондроцитов выявляются трещины хряща. Местами выявляются очаговые дистрофические изменения хондроцитов, стенка сосудов утолщена, разволокнена, просвет их расширен, вокруг сосудов отмечаются очаги плазморрагии.

Выводы:

В условиях СД материнского организма у крысят наибольшие изменения испытывает зона пролиферирующего хряща, которая значительно утончена, количество клеток в ней уменьшено. Процесс дифференциации хряща в типичных костных балках резко ухудшается, в связи с чем расширяется зона деструкции ростковых хрящей грудины.

Полученные данные свидетельствуют об отставании процессов развития всех составляющих структур ростковых зон грудины крысят при аллоксановом диабете материнского организма в период беременности.

МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ВЫТЯЖКИ ИЗ ГРИБА G.LUCIDUM

Ирискулов Б.У., Бобоева З.Н., Абилов П.М.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В этой статье описаны возможности *Ganoderma Lucidum* в коррекции окислительного стресса. Было доказано, что *Ganoderma Lucidum* удаляет свободные радикалы, действует как антиоксидант и повышает врожденный иммунитет.

Цель исследования. Определить механизмы нарушений окислительного стресса с помощью гистологических и биохимических методов исследований и пути их коррекции с помощью вытяжки из гриба *G.Lucidum*.

Материалы и методы исследования: Все экспериментальные животные были разделены на 4 группы: 1 группа – 10 мышей – контрольная, абсолютно здоровые мыши; 2 группа – 1 основная группа (20 мышей), у которых острую печеночную недостаточность вызывали путем однократного внутрибрюшинного введения 50% CCl_4 0,06 мл масляного раствора (оливковое масло) – из расчета 0,3 мл на 100 гр тела; 3 группа 2 основная (20 мышей), у которых острую печеночную недостаточность вызывали путем однократного внутрибрюшинного введения 50% CCl_4 0,06 мл масляного раствора (оливковое масло) – из расчета 0,3 мл на 100 гр тела, но коррекцию обменных нарушений проводили интактным препаратом (5%-2,0 ml аскорбиновой кислоты); 4 группа 3 основная (40 мышей), у которых острую печеночную недостаточность вызывали путем однократного внутрибрюшинного введения 50% CCl_4 0,06 мл масляного раствора (оливковое масло) – из расчета 0,3 мл на 100 гр тела, но коррекцию обменных нарушений проводили биологически активными веществами на основе Ганодермы Луцидум (в дозировке 100 mg/kg массы тела).

Результаты исследования: по результатам гистологического исследования в 3 основной группе, в которой применялся *Ganoderma Lucidum*, наблюдалась активная регенерация печени, о чем свидетельствует частый митоз гепатоцитов, жировая дегенерация менее выражена, чем в 1 и 2 основные группы. в котором использовалось оливковое масло и 5% -2,0 мл аскорбиновой кислоты. В 3 основной группе после воздействия *Ganoderma Lutsidum* доля интактных гепатоцитов составила $68 \pm 2,0\%$ ($p \leq 0,05$) по сравнению со 2 и 3 основными группами ($32,0 \pm 3,5\%$, $p \leq 0,05$). Исследование показало, что активность цитохрома с во 2 и 3 основных группах была достоверно выше, чем в 1 основной группе. В частности, это связано с действием тритерпеновых фракций и β - δ -полиглюканов на повышение цитохромоксидазы печени за счет повышения неспецифической резистентности организма, в результате чего снижается оптическая плотность раствора. При этом в 3-й основной группе активность цитохромоксидазы была выше на 37,8% ($p \leq 0,05$), чем в 1-й и 2-й основных группах, и составила $59,0 \pm 1,05$ нмоль

сукцината / мг белка в минуту (со скоростью $61,09 \pm 1,09$ нмоль сукцината / мг белка в минуту). В 1-й и 2-й группах активность цитохрома с снизилась на 38% ($p \leq 0,01$) и 44% ($p \leq 0,01$) соответственно. В результате после повышения активности цитохрома с эндогенные окислительно-восстановительные реакции и метаболические процессы в тканях ускорились, улучшалась утилизация кислорода и уменьшалась гипоксия в тканях при отравлении CCl_4 .

Выводы: Активность цитохрома после воздействия *G.Lucidum* была значительно выше, что связано с действием тритерпеновых фракций и β - δ -полиглюкоанов на повышение цитохромоксидазы печени за счет повышения неспецифической резистентности организма.

АҲОЛИ ОРАСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИК ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Исмаилов К.Я., Абдуллаева Д.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Аҳоли орасида касалликларга олиб келувчи хавф омилларни аниқлаш, уларни бартараф этиш ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш соғлиқни сақлаш тизимининг асосий устувор вазибаларидан бири ҳисобланади. Кўпгина касалликларнинг келиб чиқиши ва ривожланишида юқори қон босими, тамаки ва алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш, ортиқча тана вазни, мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик ва жисмоний фаолликнинг сустлиги каби хавфли омиллар муҳим аҳамиятга эга. Демак, аҳоли орасида касалликларга олиб келувчи хавфли омилларни аниқлаш, уларни бартараф этиш ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш муҳим амалий аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Аҳоли орасида хавф омилларнинг тарқалганлик даражасини ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат.

Материаллар ва усуллар. Беруний туманида яшовчи 194505 нафар аҳолининг 191400 нафарида (98,4%) антропометрик текширишлар ва ижтимоий сўровнома ўтказилди. Тадқиқот давомида тўпланган материалларни таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария-статистик усуллардан фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. Ўрганилган аҳолининг 64,4 фоизини катта ёшдагилар, 36,0 фоизини 18 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди. Шундан 50,3 фоизи эркаклар, 49,7 фоизи аёллар ҳиссасига тўғри келди. Шаҳар аҳолиси 35,3 фоизни, қишлоқ аҳолиси 64,7 фоизни ташкил этди.

Ўрганиш натижалари шуни кўрсатдики, катта ёшдаги аҳолининг 34,0 фоизида ортиқча тана вазни, 17,3 фоизида биринчи ва иккинчи даражали ҳамда 2,1 фоизида учинчи даражали семизлик ҳолатлари мавжудлиги аниқланди. Ижтимоий сўровнома натижасида катта ёшдаги аҳолининг 59,8 фоизида мева ва сабзавотларни, 11,2 фоизида сут маҳсулотларини кам истеъмол қилиши, 51,6 фоизида ширинликларни, 47,9 фоизида ёғли овқатларни хуш кўриши, 38,4 фоизида тузли озиқ-овқат маҳсулотларни кўп истеъмол қилиши, 7,9 фоизи тамаки чекиши, 3,3 фоизи алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиши, 57,8 фоизининг жисмоний фаоллиги паслиги аниқланди.

Хулоса. Ўрганилган аҳоли орасида ортиқча тана вазни, семизлик, нотўғри овқатланиш, гиподинамия каби хавф омиллар мавжуд. Аҳоли орасида хавф омилларни барвақт аниқлаш ва бартараф қилиш ҳамда соғлом турмуш тарзи тамойилларига амал қилиш касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга имконият яратади. Оилавий поликлиникаларда касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасини амалга оширишда хавф омилларнинг мавжудлигига аҳамият қаратиш ва уларни бартараф этиш юзасидан чоралар белгилаш зарур.

ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АЛОҲИДА ВА ҚЎШИЛИБ КЕЛГАН ХАВФ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Исмаилов К.Я., Абдуллаев И.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Юрак қон-томир касалликларидан энг кўп тарқалган касаллик юракнинг ишемик касаллиги (ЮИК) ҳисобланади. Юракнинг ишемик касаллиги ҳозирги даврда энг муҳим аҳамиятга эга бўлган тиббий-ижтимоий ва тиббий иқтисодий муаммолардан бири саналади. Маълумки, унинг шаклланишига ҳар хил хавф омиллар таъсир кўрсатади. Алоҳида хавф омиллар ва уларнинг қўшилиб келган ҳолатларини аниқлаш ва бартараф қилиш юрак ишемик касаллигининг асосий профилактикаси ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Юракнинг ишемик касаллиги шаклланишида Артериал гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия (ГХ), глюкозага бўлган толерантликнинг бузилиши (ГТБ), ортиқча тана вазни (ОТВ) каби хавф омиллари аҳамиятини ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва усуллар. Тошкент шаҳар Юнусобод туманида яшовчи 69 ёшли эркаклар орасида 1814 кишидан репрезентатив танлаш орқали эпидемиологик текшириш ўтказилди. ЖССТ томонидан популяцион текширишлар учун тавсия этилган тадқиқот усулларида фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. Тадқиқот натижалари хавф омилларнинг мавжудлиги ва уларнинг қўшилиб келиши билан юракнинг ишемик касаллиги тарқалиши орасида чамбарчас боғлиқлик борлигини кўрсатди. Хавф омиллар йўқлигида ЮИКнинг учраши 4,69%ни ташкил қилди. Иккита хавф омили қўшилиб келганида ЮИКнинг учраши ошди. ГХ ва ГТБ қўшилиб келганида ЮИКнинг тарқалиши 7% гача ошди. ГХ ва АГ мавжудлиги ЮИК учрашининг 12 %гача ошиши билан борди. ЮИКнинг энг юқори учраши ГХ ва ОТВ қўшилиб келганда кузатилди (16,67%). Яна ҳам кўпроқ ЮИКнинг учраши иккита хавф омили қўшилиб келганда кузатилди: ОТВ ва ГТБ - 19,64%; АГ ва ОТВ - 20%; АГ ва ГТБ - 27,3%. Учта хавф омил АГ, ГТБ ва ОТВ қўшилиб келганида ЮИК шаклланиш хавфи сезиларли равишда ошди (44,4%). Кўпинча тўртта хавф омили АГ, ГТБ, ГХ ва ОТВ (66,7%) қўшилиб келганида ҳаммасидан ҳам кўп ЮИК учраши кузатилди.

Хулоса. Тадқиқот натижаси шуни кўрсатдики, ўрганилган аҳоли орасида турли хил хавф омилларнинг аҳамиятига кўра ўзига хос хусусиятлар мавжуд. Олинган маълумотлар юрак ишемик касаллигининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси мақсадида гипергликемия, гиперхолестеринемия, артериал гипертензия ва ортиқча тана вазнини эрта аниқлаш ва бартараф қилиш зарурлигини кўрсатади. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш орқали хавф омилларнинг олдини олишга эришиш лозим.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

Исмаилов С.И., Каримова М.М., Холбобоева Ш.А., Юлдашев О.С.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ферганский медицинский институт Общественного здоровья,
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. На сегодняшний день хирургия щитовидной железы (ЩЖ) претерпела большие изменения в плане предоперационной оценки узловых образований щитовидной железы. Применяются различные системы оценки узлов ЩЖ при помощи ультразвукового исследования, одним из которых является система ACR TIRADS, предложенная Американским Колледжем Радиологов (American College of Radiology). Так же применяется специальная система цитологической оценки этих узлов по обновленной классификации Bethesda, принятой в 2017 году.

Цель: Показать и оценить опыт применения систем ACR TIRADS и Bethesda на практике хирургии ЩЖ. Оценить корреляцию между результатами предоперационной оценки с использованием данных систем и результатами патогистологического исследования.

Результаты: Полученные данные от применения систем ACR TIRADS и Bethesda показали свою эффективность в выявлении рака ЩЖ. 90,5 % выявленного по окончательной гистологии рака щитовидной железы на этапе до операции были расценены классификацией TIRADS по категориям TIRADS -3, TIRADS – 4, TIRADS -5, в 19%, 34%, 37,5% случаев соответственно. 69% рака ЩЖ предоперационно по результатам ТАБ были отнесены к трем категориям классификации Bethesda, как B- IV - 41%, B- V – 22%, B- VI - 6% соответственно. Показаниями к операции служили случаи подтвержденного рака ЩЖ (n=3), подозреваемого рака ЩЖ (n=81), токсического зоба (n=43), первичного гиперпаратиреоза и одновременного наличия узлов ЩЖ или диффузно токсического зоба (n=7) и наличия симптомов сдавления и/или загрудинного роста узлов ЩЖ (n=24). Были произведены в количестве 101 тотальных и околототальных тиреоидэктомий, 15 субтотальных тиреоидэктомий, 25 гемиструмэктомий, 17 расширенных или экономных резекций доли ЩЖ. Вовремя экспресс гистологической диагностики все 100% случаев рака ЩЖ были отнесены в категории B-IV, B – V, B-VI в 28%, 58% и 16% случаев соответственно. По результатам окончательной гистологии были выявлены 32 случая рака ЩЖ (папиллярной карциномы – 13 (41%), фолликулярной карциномы – 8 (25%), фолликулярно – папиллярной карциномы – 10 (31%), недифференцированной карциномы – 1(3%)).

Выводы: Применение систем TIRADS и Bethesda в предоперационной оценке узловых образований ЩЖ эффективно в выявлении злокачественных образований. Применение системы Bethesda для цитологической оценки материалов мазков на стекле из узлов ЩЖ после их резекции во время операции, эффективно в выявлении рака ЩЖ и корректировке объема хирургического вмешательства.

ОҚАВА СУВ ТАРКИБИДАГИ ЮЗА ФАОЛ МОДДАЛАР ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ АСПЕКТЛАРИ

Искандарова Г.Т., Юсупхўжаева А.М.

Тошкент тиббиёт академиями

СЮФМларни халк хўжалиги ва қишлоқ хўжалигининг турли соҳаларида кенг қўлланиши уларни хўжалик маиший ва ишлаб чиқариш корхона чиқиндилари таркибига тушишига, ундан эса очик сув ҳавзалари сувларига аралашивуга сабаб бўлади. СЮФМларнинг асосий манбаси бу тўқимачилик саноати, тери ва мўйна саноати, қишлоқ хўжалик чиқинди сувлари, ҳамда хўжалик маиший оқава сувларидир (Т.И. Искандаров, И.И. Ильинский, Г.Т. Искандарова, 2007).

Оқава сувларни СЮФМлардан тозалаш учун техник ривожланган давлатларда катта аҳамият берилмоқда. Бунинг учун физик усулдан (А.М. Когановский, Н.А. Клименко, 1974), химиявий ва биологик усулдан фойдаланилмоқда. Химиявий усул (металл катализаторлардан фойдаланиш, кальций гипохлориддан фойдаланиш - кальций алюминат, алюминий сульфатлар тавсия этилди.

Аэротенкларда кетувчи жараёнлар устида олиб борилган изланишлар шуни кўрсатдики, бу ердаги фаол ил таъсирида чиқинди сув таркибидаги СЮФМлар 98%га камаяди.

Биологик тозалаш курилмалари иш самарадорлиги етарли бўлмаган ҳолларда икки босқичли биологик тозалаш усулларидан фойдаланиш тавсия этилади. Бунинг учун аэротенк ва биологик фильтр, аэротенк ва биологик ҳовуз ҳамда аэрация ва ҳосил бўлган кўпикларни йўқотиш усулларидан фойдаланиш зарур. Аммо бу усуллардан фойдаланиш

тозалаш таннархини ошириб юборди, шунинг учун энг радикал усул бўлиб, СЮФМларни биологик оксидлаш даражасини 96-97%га етказиш ҳисобланади.

Тажрибалар шуни кўрсатдики, ишлаб чиқариш шароитида биологик “қаттиқ” СЮФМ ларни “юмшоқ”ларга алмаштириш СЮФМлар миқдорини очиқ сув ҳавза сувларида камайишига олиб келади. Бир қатор Европа давлатларида биологик “қаттиқ” СЮФМларни ишлаб чиқаришни чегаралаш, ва умуман аэрация станцияси биологик иншоотларида 80%дан кам парчаланадиган СЮФМларни ишлатиш чегараланиши тўғрисида қонуний-маъмурий чора тадбирлар белгиланган.

Аммо бир моддани бошқасига алмаштириш сув ҳавзаларини ифлосланишдан муҳофаза қилишда етарли чора ҳисобланмайди; бу фақат қуйидаги ҳоллардагина тўлиқ самарали ҳисобланади, қачонки чиқинди сув етарли биологик тозалаш босқичида самарали тозалансагина. Шунинг учун СЮФМлар сифатини ошириш билан бир қаторда уларни тозалаш усуллари ҳам такомиллаштириш зарур.

Биологик тозалаш жараёнидан сўнг парчаланган СЮФМларни ва уларни оралиқ маҳсулотларини янада заҳарли бирикмалар ҳосил қилиш ёки қилмаслиги катта амалий аҳамиятга эгадир. Анионоактив СЮФМларнинг биологик оксидланиши натижасида турли оралиқ маҳсулотлар спирт, альдегидлар, органик кислоталар ҳосил бўлади.

Содда сув жониворлари бўлган дафналарда олиб борилган тажрибалар шуни кўрсатдики, СЮФМлар миқдори 10 мг/л бўлган сувларда дафналар бир суткадан сўнг нобуд бўлади. Агарда СЮФМни 3 кунлик эритмасига (3 кун ичида сув микрофлораси таъсирида оралиқ маҳсулотлар ҳосил бўлади) дафналар солинса, улар ичида нобуд бўлганлар миқдори СЮФМнинг янги эритмасига солинган дафналарга нисбатан кам миқдорда бўлиши аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Искандаров Т.И., Ильинский И.И., Искандарова Г.Т. Современные проблемы гигиены воды и водоснабжения населения, санитарной охраны водоёмов в специфических условиях Узбекистана.- Т., 2005. – 110 с.

2. Ильинский И.И., Усманов И.А. и др. Методические рекомендации по гигиенической оценке качества воды поверхностных водисточников.- Т., 2000. - 11 с.

ШИФОКОР СТОМАТОЛОГЛАРНИНГ МЕҲНАТ ШАРОИТИНИ ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Искандарова Г.Т., Курбанова Ш.И., Калбаева У.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги кунда стоматология - аҳоли учун энг кўп талаб қилинадиган тиббий ёрдам турларидан бири ҳисобланади. Ташрифлар сони бўйича врач стоматологлар терапевтларга ташрифлар сонидан кейин иккинчи ўринда турадилар. 35 ёшдан ошган аҳолининг ёш гуруҳларида тиш ва оғиз бўшлиғи касалликлари билан боғлиқ муаммолар биринчи ўринда туради ва ортопедик даволанишга эҳтиёж 60-100% ни ташкил этади. Врач стоматологларнинг иши нейроэмоционал зўриқиш, меҳнат шароитларининг ёмонлиги, соғлиғи учун зарарли бўлган бир қатор зарарли ва ҳавфли омиллар, шу жумладан визуал ва эмоционал стресс, мажбурий меҳнат ҳолати, кўз анализаторларига зўриқиш натижасида юзага келадиган профессионал хавфларнинг мавжудлиги, инфекция касалликларнинг юқиши, аллергия ва токсик моддалар билан алоқа, шовқин, тебраниш ва бошқа омиллар комплекс таъсир этади.

Илмий тадқиқот ишимизда шифокор стоматологлар организмига иш жараёнига таъсир этувчи ишлаб чиқариш муҳитини ва улар даражасини баҳолашни 2 та йўналиш бўйича ҳар бир омилни алоҳида специфик таъсири ва уларнинг умумий таъсири, яъни иш куни давомида ишловчилар организмига комплекс таъсир этувчи омиллар ўрганилди. Иш шароитида ҳар хил омиллар таъсирида ақлий меҳнат фаолияти ҳақида тасаввурга эга бўлиш учун Платонов жадвали ёрдамида корректура тестларидан фойдаланилди. Тест ёрдамида бажарилаётган ишнинг сифатига ва сонига баҳо берилди. Эшитиш ва кўриш

реакцияларининг латент даврларини С.И. Горшков конструкциясидаги универсал хронорефлексометр ёрдамида хронорефлексометрия усулидан фойдаланилди. Ёруғликка яширин вақт реакциясини аниқлаш, кўзга зўриқиш берилган шароитда баҳоланди. Бажарилган ишларнинг хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, СанҚваМ №0141-03 “Ишлаб чиқариш муҳитидаги зарарли ва ҳавfli кўрсаткичлар, меҳнат жараёнининг оғирлиги ва кескинлиги” га асосан бажариладиган ишнинг тавсифига асосан – 3-синфнинг 2-даражасига (3.2), бажарилган ишларнинг мураккаблик даражасига кўра – 3-синфнинг 1-даражасига (3.1) мос келиши аниқланди.

ИЧИМЛИК СУВИНИ КИМЁВИЙ ТАРКИБИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Искандарова Г.Т., Шеркўзиева Г.Ф., Асенбаева Т.А.,
Курбаниязова М.О., Даулетбаева Н.Ю., Бобоева И. Ў
Тошкент тибийёт академияси, Тошкент

Сув саноат корхоналари, қишлоқ хўжалик экинлари, халқ хўжалигининг барча тармоқлари учун энг зарур омиллардан биридир. Сув инсоннинг сиҳатсаломатлигини сақлашда айниқса катта аҳамият касб этади. Аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш ва шу ердаги аҳолининг саломатлик кўрсаткичлари, кўпгина эпидемик касалликларни бартараф қилиниши, аҳоли яшаш жойларини ободонлаштирилиши ва турар-жой биноларининг санитар камфортини таъминлаш масалалари чамбарчас боғлиқдир. Сув жуда кўп касалликларни қўзатувчи ва тарқатувчи омил сифатида муҳим ўринни эгаллайди, жумладан вабо, тиф, паратиф, ичбуруг, гепатит, бруцеллез ва б.қ., ҳамда айрим турдаги инвазион касалликлар (ришта)нинг тарқатувчисидир. Бундай ҳолат жуда кўп микроорганизмларнинг сув муҳитида узоқ муддатларда (бир неч кундан бир неча ойгача яшай олиши билангина боғлиқ бўлмай, балки улар сув муҳитида ўзларининг вирулентлигини ҳам тўлиқ сақлай оладилар. Айниқса иссиқ иқлим шароитида бунинг аҳамияти жуда муҳим, чунки бундай шароитда микроорганизмлар ва айниқса патоген микроблар жуда узоқ муддатларгача яшай оладилар. Шунинг учун сув муҳити юқумли касалликларнинг тарқалишида бизнинг Республикада жуда муҳим омил бўлиб ҳисобланади. Юқумли касалликларнинг сув орқали тез тарқалишини аниқлаш (сув эпидемиялар), уларнинг янада кенг тарқалиб кетмаслигини олдини олишдаги тез ва самарали тадбирларни амалга оширишга имкон беради. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига қараганда 80% миқдордаги барча касалликлар у ёки бу шаклда аҳоли томонидан сифатсиз сувларни истемол қилиш билан боғлиқдир. Шунинг учун аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлаш муаммоси деярли барча мамлакатларда энг долзарб ҳисобланади, шу билан бирга Ер шарининг 97% қисми сув билан қопланган ёки миқдор жиҳатидан қарайдиган бўлсак 1,5 млн. куб км сув манбаи денгиз, океан, музликлар ва айсбергларга тўғри келади ва бу миқдорнинг жуда оз қисмигина ичимлик-хўжалик мақсадларида фойдаланиши мумкин. Ўзбекистон Республикасида йилига ўртача ҳисобда 62-65 км³ (85% қишлоқ хўжалиги, 12% саноат корхоналари учун ва 3% коммунал хизмат учун)ни ташкил этса, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида бор бўлган дарёларда ҳосил бўладиган сувларнинг умумий ҳажми бор-йўғи йилига 10 км³ ни ташкил этади. Хаттоки Республикамиз ҳудудидида сунъий тарзда ҳосил этилган 53 та сув омборларидаги захира сувлари ҳам аҳолининг сув истемоли эҳтиёжини қондира олмайди. Бугунги кунда 40 дан ортиқ мамлакатдаги 2 миллиарддан ортиқ одам сув танқислигини сезмоқда, ҳар куни 2 миллион тонна чиқинди сув ҳавзаларига ташланади, ўтган асрнинг 90-йилларидаги табиий офатларнинг 90 фоизи сув билан боғлиқ. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳолига берилаётган ичимлик сувнинг сифатини йиллар динамикасида кимёвий таркибини текширдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2017 йил умумий олинган намуналар сони 533 та бўлиб, улардан 53 таси (9,9%), 2018 йил умумий олинган намуналар сони 615 та бўлиб, улардан 103 таси (16,7%), 2019 йил умумий олинган намуналар сони 887

та бўлиб,улардан 70 таси (7,8%), 2020 йил умумий олинган намуналар сони 403 та бўлиб,улардан 42 таси (10,1%) кимёвий таркиби бўйича гигиеник талабларга жавоб бермаган.

Юқорида олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкин, кимёвий таркиби бўйича ичимлик сувининг сифати барча кузатув йилларида айрим намуналар гигиеник талабларга жавоб бермаган ,айниқса 2018 йил бошқа йилларга нисбатан , бу эса ичимлик сувининг кимёвий таркибини гигиеник меъёрлашда илмий асосланган чора тадбирлани қўллаш ва аҳоли ўртасида ичимлик сувининг кимёвий таркибига боғлиқ касалликларнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

IMMUNOTHERAPY FOR INFERTILITY IN WOMEN WITH SMALL FORMS OF GENITAL ENDOMETRIOSIS

Ismoilova D.

Urgench branch of Tashkent medical academy

The incidence of infertility in endometriosis remains high and does not tend to decrease. Of particular interest is infertility associated with "small" forms of endometriosis. It is not known why these patients develop infertility with minimal anatomical changes in the pelvic organs. The aim of the study was to develop a personalized approach in the appointment of Likopid in women with infertility and endometriosis of stages I-II to improve the efficiency of reproductive recovery of patients after surgical treatment. 45 women with infertility were examined in the "small" forms of genital endometriosis, which were divided into two subgroups: the first received Likopid at 10 mg per day for ten days after the operation per os, the patient 2 - only traditional therapy.

Immunological studies were performed the day before the operation and 2 months after the treatment. The synthesis and expression of the receptor recognition pattern (PRR) and the determination of intracellular production of IL-1 β , IL-6 and TNF α by monocytes by flow cytometry were evaluated. Dynamic monitoring of the reproductive function of patients was carried out for 1 year after laparoscopy. The results of the study showed that in women with infertility in "small" forms of endometriosis and low values of TLR2 + and IL-1 β + monocytes, the use of Likopid in the early postoperative period has a positive effect. Thus, in women with infertility in "small" forms of endometriosis, it is necessary to conduct an immunologic examination before and after surgery with TLR2 + and IL-1 β + monocytes .

ЗАБОР И ХРАНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Исроилов А.А., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии, Ташкентская медицинская академия

Целью исследования: внедрение метода забора CD34⁺-клеток путем афереза и их хранения как основного этапа терапии аутологичными ГСК пациентов с множественной миеломой (ММ) в условиях клиники республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии.

Материалы и методы. Исследования проведены у 20 больных ММ (в возрасте 31-55 лет), находившихся на лечении в центре трансплантации костного мозга РСНПМЦГ, давшие письменное согласие на проведение трансплантации ГСК. Диагноз ММ всем пациентам установлен на основании протокола ВОЗ (2001).

Выделение из периферической крови клеток фракции CD34⁺ проводили путем лейкоцитофереза (при помощи аппарата для цитоплазмафереза «Fresenius» (Германия)),

после их предварительной 4-6 дневной стимуляции с использованием гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) и препарата «Нейпоген». Выделенные клетки замораживали в растворе диметилсульфоксида (ДМСО) до достижения 10% концентрации при -196°C . На цитофлуориметре «ВД CALIBUR» определяли общее число ГСК, CD34 и CD45, их соотношение до и после афереза. Перед трансплантацией определяли количество живых ГСК. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Всем больным ММ ($n=20$), включенных в исследование успешно поведена терапия гемопоэтическими клетками. Анализ уровня ГСК у пациентов в зависимости от срока введения Г-КСФ и препарата «Нейпоген» показал наибольший выход клеток на 4-6 сутки применения. При этом средний выход ГСК составил $5,806 \pm 0,95 \times 10^6$ и $3,637 \pm 0,77 \times 10^6$ клеток, соответственно на 5-й и 6-й дни взятия пробы. Следует отметить, что в наших исследованиях отмечена высокая вариабельность показателей. Так, если у 9 пациентов уровень ГСК составил от $4,5 \times 10^6$ клеток до $11,62 \times 10^6$ кл, то у 3 он составил $1,4-0,38 \times 10^6$ кл. Видимо, это было связано с воздействием длительного курса терапии больных ММ алкилирующими агентами на эффективность мобилизации ГСК.

До проведения афереза уровень общей фракции CD34+ составил 92,541 мк/л, а после этот показатель увеличился до $206,518 \pm 86,98$ мк/л и $115,182 \pm 32,04$ мк/л, соответственно срокам на 5 и 6 день взятия пробы. Подтверждением эффективности сепарации является соотношение CD34 к CD45. Данный показатель до афереза составил в среднем $0,261 \pm 0,09\%$, а после проведения данной процедуры - $0,546 \pm 0,08\%$ и $0,375 \pm 0,08\%$, соответственно. Приведенные данные свидетельствуют о наибольшем выходе ГСК на 5-й день взятия пробы.

Таким образом, нами успешно освоена терапия ММ аутологичными ГСК, и, в частности, аферез гемопоэтических клеток периферической крови, который имеет в перспективе широкие возможности для его применения при различных заболеваниях.

Вывод: 1. Результаты проведенного исследования показывают наличие клинической эффективности применения афереза клеток периферической крови, как компонента аутологичной терапии множественной миеломы гемопоэтическими клетками в условиях клиники.

Т-ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗНИНГ ГИСТОЛОГИК ВА ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТАВСИФИ

Исроилов Р.И., Салаева З.Ш

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Лейкоз, яъни оқ кон касалликларининг клиник-морфологик диагностикаси мураккаблигини хисобга олиб, диагностик тактика иш режасини ишлаб чиқишга харакат қилинди. Дастлаб, клиник-анамнестик маълумотлар таҳлил қилинади. Кейин лаборатор текширувлардан биопсия натижалари ўрганилади. Биопсия текширувини ўтказиш учун касалдан суяк к ўмиги ёки бирорта лимфа тугуни тўқимаси олинади..

Тадқиқот натижалари. Иммуногистокимёвий текширишда лимфа тугунларнинг монотипиясини инобатга олиб, лимфоид хужайраларнинг моноклонлигини ёки иммунофенотипини аниқлаш керак бўлади. Лимфоид тўқима хавфли ўсмалари ва лейкозларни аниқлашда асосий вазифа қуйидагилардан иборат бўлади: 1. Лимфоид хужайралар келиб чиқиши бўйича турини аниқлаш. 2. В ва Т лимфоцитлар дифференциалланиш даражасини аниқлаш. 3. Лимфоцитар лейкозларнинг қайси бир лимфоид хужайрага мансублигини аниқлаш. Ушбу белгилар асосида лимфоид хужайралардан ўсган хавфли ўсмалар ва лейкозларни аниқлаш мумкин. Лимфоцитлар келиб чиқиши ва бажарадиган функцияси бўйича икки хил бўлганлигидан, улардан ривожланадиган лимфома ва лейкозлар ҳам икки хил, В-хужайрали ва Т/НК-хужайрали турлари фарқ қилинади. Лимфоид хужайраларнинг меъёрий эквивалентларини

аниқлашнинг зарурлиги, қайси бир тармоқдан ўсганлиги, унинг авж олиш хусусиятлари, пролифератив фаоллиги, хавфли ўсмага айланган хужайраларнинг кимёвий даволашга сезувчанлигини аниқлашда зарур омил ҳисобланади.

Хулоса. Лимфоид тўқима хавфли ўсмаларини идентификация қилишда иммуногистокимёвий текширув шарт ва лимфа тугунларнинг монотипиясини инобатга олиб, лимфоид хужайраларнинг моноклонлигини ва иммунофенотипини аниқлаш керак бўлади.

2. Ўзбекистон шароитида лимфоцитар лейкозни гистологик текширувда қуйидаги вариантлари аниқланади: лимфогистиоцитар, майда хужайрали, гигант хужайрали, саркомага ўхшаш, ходжин лимфомасига ўхшаш ва аралаш типи.

БОЛАЛАРДА -ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Исроилов Р.И., Салаева З.Ш

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Болалардаги лимфобластли лейкоз касаллишида лимфа тугуннинг барча морфофункционал майдонларининг гистотопографик ҳолати ўрганилиб, гистологик тасвири ёзиб чиқилади. Кейин иммуногистокимёвий текширув ўтказилади. Иммуногистокимёвий текшириш бошланишида 4-га антителадан фойдаланилади, улар тўқиманинг гистогенетик турини аниқлаб беради

Тадқиқот натижалари. Лимфоид тўқима хавфли ўсмаларини идентификация қилишда иммуногистокимёвий текширув шарт ҳисобланади. Бу соҳа кўп қиррали соҳа бўлиб, касалликларнинг турини аниқлашда нафақат иммуногистокимёвий текширув, балки иммунофлуоресцент, цитометрия усулларини қўллаш тўғри келади. Бизнинг материалимизда бу турдаги лейкоз ҳар қандай ёшда учрашлиги, аксарият ҳолларда 35 ёшгача бўлганларда аниқланди. Ёш болалардаги лейкозларнинг 15,5% ташкил қилди. Ушбу касаллик кўпинча тарқоқ тизимли кўринишда учрайди, биринчи марта аниқланганнинг 75% кечки оғир формадалиги кузатилди. Асосий клиник белги сифатида тана хароратининг кўтарилиши аниқланди. Қонда лактатдегидрогенез ва $\beta 2$ -микроглобулин миқдори кўтарилгани кузатилди. Аксарият ҳолларда деярлик барча лимфа тугунларнинг катталашганлиги, ундан ташқари тери, юмшоқ тўқималар, суяк ва ўпканинг шикастланганлигидан касалликнинг лейкомик формаси ривожланганлиги аниқланди.

Хулоса.

1. Лимфоид тўқима хавфли ўсмаларини идентификация қилишда иммуногистокимёвий текширув шарт ва лимфа тугунларнинг монотипиясини инобатга олиб, лимфоид хужайраларнинг моноклонлигини ва иммунофенотипини аниқлаш керак бўлади.

2. Т-лимфоцитар лейкозни иммуногистокимёвий текширилганда, транслокацияли киназнали ген ALK ҳам ядрода, ҳам цитоплазмада жойлашганлиги, CD30-нинг экспрессияланиши асосан хужайра цитолеммасида, Т-лимфоцитга хос бўлган маркерлардан кўпинча CD5 ва CD8 экспрессияланганлиги кузатилди.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ АССОЦИИРОВАННОЙ *HELICOBACTER PYLORI*

Кадиров Б.С., Хамрабаева Ф.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз..

ВВЕДЕНИЕ. Язвенная болезнь (ЯБ) является частой причиной госпитализации при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (Чижиков Д.А. 2015). Вегетативная нервная система выполняет адаптационно-трофическую роль, под влиянием дисфункции вегетативной нервной системы возникают факторы, способствующие образованию язвы (Зурнаджьянц В.А. 2019).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. изучить состояние вегетативной нервной системы у пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ДПК), ассоциированной *Helicobacter pylori*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. для исследования были подобрано 88 пациентов с язвенной болезнью желудка и ДПК без осложнений с наличием *Helicobacter pylori* (Hр) в этиологии. Для изучения состояния вегетативной нервной системы было использовано тест Спилбергера (анкетирование) и проба Ашнера-Даньини (надавливание на край обеих глазных яблок в течение 3-5 секунд). Выявление язв проводилось инструментальным методом ЭФГДС натощак. Для уточнения наличия Hр применялось С-13 уреазный дыхательный тест натощак.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После анкетирования и тестирования 88 пациентов, нарушение вегетативной нервной системы выявлено у 69 пациентов. Из этих 69 пациентов, у которых проводилась проба Ашнера-Даньини у 26 пациентов (29.5%) установлено симпатикотонический тип пробы, у 43 пациентов (48.8%) - ваготонический. Также у этих пациентов выявлено нарушение вегетативной нервной системе в виде личностной и ситуативной тревожности путём теста Спилбергера. При заполнение анкеты минимальный балл составлял 20, максимальный 80. У 40 пациентов (57.9%) установлено наличие личностной тревожности (А группа), у 29 (42.02%) - ситуативная тревожность (Б группа). По полученным результатам можно разделить степень тревожности на низкую, среднюю и высокую. В группе А: низкая степень у 11 (27.5%), средняя у 24 (60%), высокая у 5 (12.5%) пациентов. В группы Б: низкая степень у 10 (34.48%), средняя у 17 (58.62%), высокая у 2 (6.9%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Таким образом, из всех пациентов, инфицированных Hр, почти у 80% было выявлено нарушение вегетативной нервной системы. Учитывая проведенные обследования, можно назвать эти нарушения синдромом вегетативной дистонии. Это в свою очередь показывает, что в развитии язвенной болезни играет мультифакторная роль, хотя главным предиктором является *Helicobacter pylori*.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Казаков Х.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Основное содержание: СД имеет широкое распространение во всём мире. Так, в США СД выявлен у 12% населения в возрасте 60 лет и старше, а в Европе в этой возрастной группе у 8-10%. Распространённость СД постоянно растёт, опережая самые пессимистические прогнозы начала века, к тому же наблюдается «омоложение» СД 2 типа. При СД в результате нарушения метаболических процессов из-за гипергликемии и патологии кровотока в сосудах микроциркуляторной системы формируются разнообразные

поражения большинства органов и систем организма. К классическим осложнениям СД относятся: нефропатия, ретинопатия и дистальная симметричная сенсорно-моторная полинейропатия, причём именно диабетическая полинейропатия наиболее часто выявляется у больных с СД.

В лечении СД имеет значение – питание больных. Рациональное питание необходимо для улучшения углеводного и жирового обмена. Больным с СД необходимо исключить из рациона питание: сахар, конфеты, торты, пирожные, варенье, мёд, мороженное, семечки, орехи, сладкие фруктовые и газированные напитки, соки кроме томатного. Нужно так же исключить из рациона алкоголь, шоколад, майонез, сливочное масло, сало, маргарин, готовые соусы, жирные сорта сливок, молока, творога, сыров; жирные копчёности, колбасные изделия, мясные изделия – особенно уличное «быстрое питание», рыбные и мясные консервы, мучные изделия из дрожжевого и слоёного теста, сдобную выпечку.

Можно употреблять, но в умеренном количестве: молока, кисломолочных продуктов и сыров средней жирности, яиц, круп, зернового хлеба, макароны из твёрдых сортов пшеницы, картофеля, бобовых, кукурузы, фруктов; нежирных сортов мяса, рыбы, мясо курицы и индейки без кожицы.

Обязательно рекомендуется в приём пищи и без ограничений: листья салата, шпинат, капуста, кабачки, баклажаны, свёкла, морковь, стручки фасоли; все сорта чая и натурального кофе, столовая питьевая вода. Нужно обязательно добавлять свежую зелень.

Рекомендовано принимать пищу 3-5 раз в день. Голодание для больных с СД абсолютно противопоказано.

Соблюдая строгую диету при СД можно достичь улучшение течения СД, уменьшить риск развития побочных – вторичных явлений СД благодаря улучшению углеводного и жирового обмена.

Вывод: Использование предложенного рациона питания у больных с СД позволяет оптимизировать их лечение, а так же уменьшается риски развития разнообразных осложнений, которые введут больных с СД к ухудшению качества жизни и летальности. Благодаря здоровому образу питания, возможно, достичь наиболее улучшение показателей уровня жизни.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ

Каримов М.М., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Каримов М.М.

ГУ Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентский педиатрический институт

Цель: Изучить анамнестические показатели впервые выявленного неспецифического язвенного колита (НЯК) по Узбекистану за период 2020-2021 годы.

Материал и методы: Были исследованы особенности контингента больных с неспецифическим язвенным колитом, клинико-инструментальная верификация которых была проведена в ГУ «РСНПМЦТ и МР» по обращаемости в период 2020- 2021 гг..

Результаты: Воспалительные заболевания кишечника, в т.ч. и НЯК до последнего времени считались заболеванием присущим исключительно индустриально развитых стран с частотой от 30- до 120 человек на 100000 населения, средний возраст которых составлял 20- 40 лет. До последнего времени по Узбекистану реестра больных с НЯК не имелось. В ГУ «РСНПМЦТ и МР» за последние 2 года было выявлено 78 больных, где, по результатам клинико- инструментального обследования было впервые поставлен диагноз НЯК. Из них 40 больных было мужчин и 38 женщин. Средний возраст больных составлял $35,9 \pm 5,5$ лет (от 17 до 61 года). Средний период от первого обращения в различные медицинские учреждения начиная от первичного медицинского звена до ГУ «РСНПМЦТ и МР» где было верифицировано диагноз НЯК составлял от 1 до 4-х лет и зависило от региона проживания

пациента. Например если в г. Ташкенте средний срок верификации диагноза НЯК составлял до 1- 2-х лет, то в некоторых регионах средний срок верификации диагноза составлял до 2-4 лет.

Выводы. Таким образом, проведенная наблюдения показали, гендерные различия в НЯК по Узбекистану отсутствовали. Средний возраст больных с НЯК соответствовали общемировым показателям. Однако, средние сроки верификации диагноза НЯК отставали от среднемировых данных на 1-2 года.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ

Каримов М.М., Зуфаров П.С., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Рустамова С.Т.
ГУ Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучение клинического течения неспецифического язвенного колита (НЯК).

Материал и методы: были исследованы особенности клинического течения 78 больных с впервые верифицированным диагнозом НЯК (мужчин 40, женщин 38, средний возраст 35, 9 лет).

Результаты: Обследования больных включало в себя помимо общеклинических исследований, также определение фекального кальпротектина, ирригоскопию, фиброколоноскопию. Оценку тяжести течения НЯК проводили согласно критериям Truelove-Witts. Наблюдения показали, что основными клиническими проявлениями болезни были диарея (89%). Кишечные кровотечения (78%). Менее было выражено абдоминально-болевым синдром (30%). По результатам проведенной колоноскопии было установлено: острое течение у 35%, фульминатное у 8%, НЯК непрерывного течения 30% и НЯК рецидивирующего течения у 27% больных. Тяжесть течения НЯК по критериям Truelove-Witts составляло: легкое течение у 32%, среднетяжелое течение у 53% больных и тяжелое течение у 15%. Уровень фекального кальпротектина зависело от тяжести заболевания и при легком течении составляло до 200 ед, при среднетяжелом течении до 700 ед и при тяжелом течении до 1400 ед.

Выводы. Таким образом, наблюдения показали, что при первичной диагностике НЯК у большинства больных наблюдаются среднетяжелое и тяжелое течение, что свидетельствует о поздней диагностике заболевания на уровне первичного здравоохранения.

ЛОР АЪЗОЛАРИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ЎЛИМ КЎРСАТКИЧИ САБАБЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Каримов Р.Х., Авезов М.И., Курязов А.Қ.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги: Ҳозирги кунда ташхислаш жараёнлари ривожланиши, антибактериал давонинг кенг қўлланишига қарамасдан ЛОР аъзоларида йирингли-яллиғланиш касалликларида асорати туфайли ўлим кўрсаткичи юқориликча қолмоқда. ЛОР аъзоларида ўлим ҳолатлари асосан отоген ва риноген мия ичи асоратлари туфайли келиб чиқади. Отоген мия ичи асоратларининг келиб чиқиши сабаби ўрганилганда сурункали йирингли эпителимпанит касаллиги туфайли ривожланиши аниқланди.

Ишнинг мақсади: Хоразм вилоятида 1998-2018 йилларда ЛОР аъзолари йирингли-яллиғланиши туфайли келиб чиққан ўлим ҳолатларининг касаллик тарихлари асосида ўрганишдан иборат.

Текшириш усуллари: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлими ва РШТТЎИМ Хоразм филиали оториноларингологик шошилинич ёрдам хонасига мурожаат қилган ва кейинчалик даволаш чора-тадбирларига қарамасда ўлим ҳолати кузатилган 21 нафар беморнинг касаллик тарихи ўрганилди

Олинган натижалар: Касаллик тарихи ҳолатлари ўрганилганда ўлим қайд қилинган беморларнинг 65% эркаклар 35% аёллар ташкил қилган бўлса, шулардан 78% қишлоқ шароитида истиқомат қилаётган беморлар эканлиги аниқланди. Ҳолатлар туманлар кесимида ўрганилган энг кўп яъни 3 ҳолат Тупроққалъа туманига тўғри келгани аниқланди. Умумий беморларнинг 70% ни қулоқ касалликлари ташкил қилиши қайд этилди. Клиник ташхисларга асосан ўрганганимизда сурункали йирингли эпителимпанитлар асорати билан 13 нафарда, ренотген асоратлар 4 нафари фаринготен ва ларинготен бўйин флегмонаси кузатилган. Шунингдек беморларнинг касалхонага мурожаат қилганларидаги аҳволи оғир тури 55%, ўта оғир тури 30%, ўртача оғир тури 15% ҳолатда аниқланди. Ўрганишлар асосий касалликдан кейин асоратлар 3 кунда кам вақтда (63%), 3-7 кун орасида (20%) 1-2 ҳафтада (12%) ҳамда (5%) 2 ҳафтадан кейин ривожланган.

Беморларнинг ЖЖСТ нинг ёшга доир таснифига асосан барча беморлар 51-60 ёшдан ошганлиги аниқланди ва уларнинг барчасида ёндош касалликлари борлиги касаллик варақаларида қайд қилинган.

Жумладан: умумий беморларнинг 90% да юрак-қон томир касалликлари, 30% ошқозон-ичак тракти ва 40 % эндокрин касалликлари ҳамда 25% да сийдик ажратиш тизимида касалликлари борлиги аниқланган. Қулоқ касалликларининг 65% ҳолатида ўнг ёки чап томонлама зарарланишлар, қолган 35 % да икки томонлама касалланиш ҳолатлари қайд қилинди.

Беморларнинг 92%да асоратлар касалхонага ётқизишгача бўлган муддатда ривожланган. Шунингдек; барча беморлар КТ ёки МРТ ташхислари ва керакли мутахассислар кўригидан тавсиялар олинган. Барча беморларга индивидуал ёндашилган ҳолда, стандарт бўйича келтирилган ҳамда қабул қилинган клиник-лаборатор текширувлардан ўтказилган.

Хулоса: ЛОР аъзолари йирингли яллиғланиши туфайли ўлим ҳолатлари асосан эркакларда ва қишлоқ аҳолисида кўпроқ кузатилган. Беморлар ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмаслиги ва шифокор тавсияларига риоя қилмасдан ўз бошимчалик билан дори-воситаларининг қабул қилиши туфайли оғир асоратланиш ҳолатларига олиб келган.

Зеро, инсон саломатлиги ҳар нарсадан устун.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADIPOQ (+276G>T) У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Далимова Д.А.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель: изучение взаимосвязи между распространённостью аллелей и генотипов полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T и инсулинорезистентностью, нарушениями липидного и углеводного обменов у больных НАЖБП узбекской национальности.

Материал и методы: Было включено 94 больных с НАЖБП узбекской национальности и 49 здоровых лиц. Проводились клинико-биохимические исследования (аминотрансферазы, липидный спектр), а также молекулярно-генетические исследования полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T. Изучались значения НОМА-IR и объёма талии (ОТ) у обследованных больных.

Результаты: Дисперсионный анализ по методике ANOVA показал, что при выборе зависимой переменной ОТ обнаружены достоверные ассоциации величины ОТ и гена-кандидата ADIPOQ +276G>T ($p = 0,0024$). Средние значения ОТ у больных НАЖБП в группах - носителях генотипов G/G, G/T и T/T полиморфного маркера G/T гена ADIPOQ

различались статистически значимо. Так, у пациентов с генотипом G/G величина ОТ была достоверно ниже, чем у больных с генотипами G/T и T/T полиморфного маркера G/T гена ADIPOQ ($p = 0,00226$). Кроме того, при сравнении величин НОМА-IR у больных НАЖБП с разными генотипами полиморфного маркера rs1501299 ADIPOQ было обнаружено, что значения НОМА-IR у больных генотипом T/T были достоверно выше, чем у пациентов с генотипами G/T и G/G ($p = 0,00024$). Дальнейший анализ полученных данных показал наличие ассоциации между параметрами липидного спектра. Так, была выявлена прямая положительная корреляция между такими показателями, как липопротеиды низкой плотностью (ЛПНП) и G/T полиморфизмом гена ADIPOQ ($p=0,0090$) и отрицательная между липопротеидами высокой плотности (ЛПВП) и G/T полиморфизмом гена ADIPOQ ($p=0,074$). Кроме того, была выявлена значимая положительная связь между ТГ и T/T полиморфизмом ($p=0,0001$) и показателем триглицериды (ТГ)/ЛПВП и T/T полиморфизмом ($p=0,018$).

Выводы. Исследования подтверждают наличие существенных сдвигов в нарушении углеводного обмена и липидного обменов, а также снижение чувствительности тканей к инсулину у больных НАЖБП узбекской национальности с наличием патологического полиморфизма гена ADIPOQ +276G>T

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НР ГАСТРИТАМИ

Каримова Д.К., Собирова Г.Н., Каримов М.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

Цель исследования. Изучить эффективности эрадикационной терапии (ЭТ) у больных с НР-ассоциированными хроническими гастритами в зависимости от морфологической картины слизистой оболочки желудка.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 50 больных (28 мужчин и

22 женщин, средний возраст – $53,4 \pm 3,3$ год) с НР-ассоциированным хроническим гастритом. Верификацию диагноза проводили по данным эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией из 5 точек желудка (2 – из тела, 2 – из антрального отдела и 1 – из малой кривизны желудка) и гистологического исследования. Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Наличие НР подтверждено с помощью неинвазивного дыхательного C14-уреазного теста (HUBT-20P Helicobacter pylori detector). Всем больным с хроническим гастритом В была назначена эрадикационная терапия. Пациенты принимали ИПП, амоксициллин, кларитромицин, висмут трикалия децитрат в течение 10 дней.

Результаты исследования: Проведение четырехкомпонентной схемы лечения в включением препарата висмута в течение 10 дней показало лучшие результаты по обоим тестам на НР. Так, по результатам дыхательного теста эрадикацию удалось достигнуть у 85% больных. По результатам уреазного теста эрадикация была отмечена у 85% больных. При суммировании обеих методов исследования, полная эрадикация НР- инфекции была отмечена у 85% больных, что можно оценивать как относительно удовлетворительный результат.

Анализ неудачных ответов эрадикационной терапии у 15% показал определенные закономерности. Полученные результаты показывают, что при отсутствии атрофии и при наличии 0-1 до 3 стадии и степени атрофии слизистой оболочки желудка по системе OLGA эрадикация НР была успешной. Однако, при наличии в слизистой оболочке желудка атрофии 3-4 стадии и степени, эрадикации добиться не удалось.

Выводы: Эффективность ЭТ у больных с атрофическими НР-ассоциированными хроническими гастритами достоверно выше по сравнению с больными имеющие атрофические процессы в слизистой оболочке желудка.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ

Киличева Т.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования -клиническое наблюдение за больными с хроническими пиелонефритами у детей, лечение и разработка профилактических мероприятий у детей, находившихся в нефрологическом отделении детской городской больницы

Материалы и методы исследований. Проведено наблюдение больных в нефрологическом отделении детской больницы за период с января по декабрь 2018 года. Было изучено клиническое течение у больных с хроническими пиелонефритами у детей.

Результаты и обсуждение. Всего за период с января по декабрь в отделении находилось 150 ребенка с инфекцией мочевыводящих путей, из них 90 мальчиков, 60 девочек. Наибольшее количество поступивших больных составили сельские жители. Всего 120 больных. Основную массу больных составили дети с острым пиелонефритом в количестве 50 больных, из них сельских жителей 30 детей и с хроническим пиелонефритом 20 детей, 20 детей составили сельские жители. Большинство заболевших детей составили дети от 6 до 14 лет. Общими симптомами острого пиелонефрита явились слабость, повышение температуры тела, снижение аппетита, иногда рвота. Местными признаками были боль в пояснице.

Выводы.

1.В целом антибиотикотерапия и терапия нитрофурановыми препаратами имело хорошую переносимость у 80% детей, получавших длительную противорецидивную терапию.

2.Высокоэффективное применение фитопрепаратов, фитолизина, травяных настоев канефрона, реналки, тутукона и других, уролесана, почечного сбора позволили снизить рецидивы заболевания.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Киличева Т.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Лекарственные препараты играют большую роль при возникновении острых аллергических реакций у детей грудного возраста. Проявления лекарственной аллергии многообразны, и для грудничков они представляют особую опасность: в этом возрасте острая реакция очень быстро может привести к ухудшению состояния здоровья ребёнка

Цель исследования. Изучить аспекты клинической особенности причины возникновения лекарственной аллергии у детей грудного возраста. **Материалы и методы исследования.** При поступлении в стационар 1-ОДБ были обследованы 31 больных детей грудного возраста с различными клиническими проявлениями лекарственной аллергии. Для диагностики лекарственной аллергии был собран аллерго-анамнез и были применены лабораторные методы, кожное тестирование. По клиническим проявлениям больные распределились следующим образом: анафилактический шок – у 5, крапивница – у 6, бронхообструктивный синдром- у 6, отек Квинке- у 4, синдром Лайелла- у 4, синдром, аллергические ринит и конъюнктивит-у 4 больных.

Результаты: Наиболее актуальными проявлениями лекарственной аллергии являлись анафилактический шок, отек Квинке, бронхообструктивный синдром, острая

крапивница и полиморфные высыпания, в том числе такие тяжелые эксфолиативные проявления, как синдром Лайелла. Чаще всего лекарственную аллергию вызывают нестероидные противовоспалительные препараты. Йод (спиртовая настойка йода, йодиол) и бромсодержащие препараты (бром камфора, натрия бромид).

Выводы: Принципиальной особенностью детей грудного возраста является тот факт, что организм ребенка может быть сенсibilизирован внутриутробно или во время грудного вскармливания, когда беременная или кормящая женщина принимает определенные средства. Лекарственная аллергия у детей может возникать при передозировке препарата т. к. у малышей особенно у детей грудного возраста иногда сложно правильно дозировать лекарство. Другими причинами является неправильный способ применения препарата и неправильная схема лечения, и конечно индивидуальная непереносимость.

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Кобилев Э.Э., Некбаева Ф.З.

Самаркандский государственный университет

Одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста является острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН). Заболевание продолжает оставаться актуальной проблемой детской хирургии. В последние годы отмечен рост числа детей со спаечной кишечной непроходимостью. Ведущими факторами приводящими к спаечному процессу является инфицирование брюшной полости микрофлорой устойчивой к действию антибиотиков и длительно сохраняющийся воспалительный процесс брюшной полости, приводящий к усиленному спайкообразованию.

Цель исследования. В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение сроков и причин развития ОСКН у детей.

Материалы и методы исследований. Нами проведено комплексное обследование и лечение 505 детей с ОСКН в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Всем больным применен комплекс исследований включающий клинические и лабораторные методы, а так же электрокардиографию, ультразвуковую, рентгенологический и патоморфологический методы обследования и лапароскопию.

Результаты и их обсуждение. Нами в результате анализа данных установлено, что ОСКН реже встречается у детей до 3-х лет, в последующих возрастных группах она наблюдается значительно чаще. Мальчиков было 264 (52,3 %), девочек 241 (47,7%).

Ранняя форма ОСКН наблюдалась у 182 (36,0 %), поздняя – у 323 больных (64,0 %). Пограничным сроком между ранней и поздней непроходимостью считается 4-5 недель с момента первичной операции на органах брюшной полости.

При поздней спаечной кишечной непроходимости необходимость в релапаротомии может возникнуть в различные сроки после первичной операции, но чаще она наступает в первые два года.

Чаще всего ОСКН возникала после операции по поводу гангренозно – перфоративной формы аппендицита с явлениями перитонита (24,6%). Однако, необходимо отметить, что у 41 больного непроходимость развивалась после удаления недеструктивно измененного червеобразного отростка, достоверности воспалительных изменений которого всегда возникают большие сомнения. В общей сложности ОСКН после операций по поводу острого аппендицита возникла у 243 (48,2) больных.

По видимому, имеет значение необычное расположение аппендикса – ретроцекальное, особенно подпеченочное, низкое тазовое и др., при котором аппендэктомия выполнялась с большими техническими трудностями, приводя к десерозированию кишечника, что способствовало спайкообразованию.

Второе место после аппендэктомии занимает кишечная инвагинация (101 больной – 20,1 %), послужившая причиной возникновения острой спаечной кишечной непроходимости. Возможно, при оперативной дезинвагинации наблюдается значительная

травматизация кишечной стенки, что приводит к усиленному образованию спаек в брюшной полости.

Довольной часто первичная лапаротомия выполнялась также по поводу и травматических повреждений органов брюшной полости (47 больных – 9,3 %) и пороков развития кишечника (85 больных – 16,8%). На долю остальных причин - новообразований и прочих факторов пришлось 29 (5,6%) случаев.

Заключение. Таким образом, поздняя острая спаечная кишечная непроходимость встречается гораздо чаще чем ранняя. Основной причиной развития острой спаечной кишечной непроходимости являются операции по поводу острого аппендицита, инфицирования брюшной полости микрофлорой и сохраняющийся воспалительный процесс брюшной полости, приводящий к усиленному спайкообразованию.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Курьязова Ш.М., Усманова Ш.А., Абдураззакова З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)-системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в результате иммунной реакции (клеточной и гуморальной) на эпитопы р-гемолитического стрептококка группы А (БГСА), и перекрестной аутоиммунной реакции со сходными эпитопами тканей организма (сарколеммы миофибрилл, кардиомиозина, синовиальной оболочки, антигенов тканей мозга и др.) - феномен антигенной мимикрии, приводящие к их разрушению. Антитела против стрептококковых антигенов (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалурионидаза и др.), перекрестно реагируют с белками и антигенами соединительной ткани, имеющей практически во всех органах человека и выполняющей поддерживающую и защитную функции. При ревматической лихорадке поражается преимущественно соединительная ткань сердца, стенок сосудов и суставов, что и приводит к соответствующим клиническим проявлениям заболевания. Клетки сердечной мышцы поражаются стрептококковыми токсинами, некоторые антигены кардиомиоцитов начинают распознаваться иммунной системой как «чужие», в результате чего к ним также могут вырабатываться антитела. Антистрептолизин-О может принимать участие в формировании ЦИК, циркуляция которых коррелирует с изменением на электрокардиограмме в виде атриовентрикулярной диссоциации и блокады [1,2]. Все описанные выше явления приводят к тому, что в различных органах развиваются характерные воспалительные процессы, исходом которых является некроз (гибель) поврежденного участка. Вокруг очага некроза образуется так называемая гранулема, представляющая собой компенсаторное разрастание соединительной ткани. Гранулема развивается в течение 34 месяцев, после чего она склерозируется, то есть на месте повреждения образуется плотный рубец. Множественные рубцовые изменения вызывают необратимые нарушения функций пораженного органа, что может являться причиной инвалидности. В патогенезе ОРЛ, в ее трансформации в Ревматической Болезни сердца (РБС). С большое значение придают иммунологическим механизмам [1, 8]. Антитела, которые вырабатываются на стрептококковые антигены благодаря феномену молекулярной мимикрии, перекрестно реагируют с белками и соединительнотканными антигенами, вызывая клинические проявления заболевания. Этот механизм является центральной проблемой в патогенезе ОРЛ и РБС [9, 11]. Именно он инициирует разнообразные клеточные и гуморальные реакции с развитием структурных и функциональных нарушений.

Цель: Изучить клинико-иммунологическую характеристику ревматической лихорадки у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 23 ребенка с ОРЛ в возрасте от 10 до 17 лет, которые находились на стационарном лечении в клинике ТашПМИ в отделении детской кардиологии и ревматологии. Длительность заболевания составило пять лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей. Диагностику ОРЛ проводили по критериям Киселя-Джонса [4, 7]. Всем детям были проведены общепринятое клинико-лабораторное обследование, электрокардиография и доплер-эхокардиография. Обследование иммунологических показателей проведено у 10 детей. Уровни фактора некроза опухолей альфа (ФНО-б), интерлейкинов: ИЛ-4, ИЛ-10, интерферона гамма (ИФН-г) выявляли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием калибровочных кривых. Количественное содержание цитокинов выражали в пг/мл.

Для статистического анализа данных использовали пакет программ - 6,0». Использовали методы непараметрической статистики - и-критерий Манна-Уитни для сравнения показателей в двух независимых группах (при сравнении больных с контрольной группой) и критерий Уилкоксона при сравнении показателей до и после лечения. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Нами было анализ истории болезни, среди больных с ОРЛ. было девочек 13 (56,5%), мальчиков - 10 (43,5%). Средний возраст пациентов был $(11,78 \pm 0,85)$ лет. Чаще заболевание встречалось в возрастном периоде от 12 до 16 лет - 65,2% детей, с пиком в 12 лет (21,7%).

Большинство детей (15 - 65,2%) поступали в стационар в первые 12 дней заболевания, среди них 8 (34,8%) - в первые 3-4 дня от начала болезни. 4 (17,4%) пациентов были госпитализированы в срок от 7 до 14 дней, 2 (8,7%) - через 3 недели от начала болезни и 2 (8,7%) - больше месяца. Поздняя госпитализация была связана чаще с запоздалым обращением за медицинской помощью в связи со слабой выраженностью симптоматики или неуспешным лечением у участкового врача или ортопеда.

Проявления ревматического кардита наблюдали у 18 (78,3%) детей, артрита - у 11 (47,8%), малой хореи - у 6 (26,1%) больных. Кольцевидная эритема была у 2 (8,7%) пациентов, ревматические узелки - у 3 (13,0%) детей. Серьезность поражения сердца у 90,2% детей с ОРЛ была связано в митральным поражением клапанного аппарата сердца. Клиническими проявлениями митральной недостаточности было наличие аускультативно шумовой картины над областью сердца, при этом в 51,4% случаев выслушивался грубый систолический шум на верхушке сердца, что свидетельствует о сформировавшемся пороке сердца. По тяжести поражения у 22,0% детей имелось легкое поражение сердца, т.е. без расширения его границ при наличии шума в сердца. Следует отметить, что у 44,4% этих детей объективно при нормальных размеров сердца выслушивался грубый шум. У % детей с ревматической лихорадкой поражение сердца было средней степени, у 17,1% - тяжелое поражение сердца. При доплер-ЭхоКГ краевое уплотнение и утолщение створок митрального клапана и/или аортального клапана встречалось у 53,3% больных, регургитация - у 50,0%. У 33,3% пациентов был выявлен пролапс митрального клапана. По лабораторным исследованиям мы наблюдали ускоренное СОЭ - 26,8% случаев, лейкоцитоз (17,1%) с нейтрофилезом (63,4%), повышения уровней СРБ (41,2%). У 90,6% детей выявлены повышенные титры АСЛ-О (средние значения $767,62 \pm 233,2$ МЕ/мл, что в 3,5 раза превышает нормальные значения). Диагностические уровни стрептококковых антител (АСЛ-О) имели пограничные значения у 28,1% больных, высокие значения - у 62,5%; у детей с наличием клапанного поражения сердца высокие показатели титра АСЛ-О определялись у 74,0% случаев (средние значения $1003,98 \pm 157,32$ МЕ/мл). Изменения протеиновых фракций у детей с ревматической лихорадкой наблюдались в повышении уровней а-глобулинов: преимущественное и свойственное повышение отмечено а2-глобулинов у 89,6% детей, меньше а1-глобулины - повышение уровней у 79,3% детей. У детей с формированием порока сердца наблюдалось 100% повышение уровней а2-глобулинов крови, 85,7% - а1-глобулино. Изменения морфологических показателей сердца по данным ЭхоКГ отмечались в виде гипертрофии межжелудочковой перегородки в 22,6%

случаев (средние значения $0,9 \pm 0,1$ см), гипертрофии задней стенки левого желудочка - 9,7% (средние значения $1,0 \pm 0,2$ см), дилатации левого желудочка - 32,3%. Снижение сократительной способности миокарда отмечено у 92,9% детей. На ЭКГ: нарушение процессов реполяризации в 35,0%, синусовая тахикардия в 45,0%, нарушение проводимости миокарда в 42,5%. Расширение тени сердца на МСКГ выявлено у 62,9%, усиление легочного рисунка у 68,6% больных. Иммунологические изменения у детей с ОРЛ сопровождались цитокиновым дисбалансом, который проявлялся в нарастании провоспалительных цитокинов ФНО-б, ИФН-г, увеличении противовоспалительного цитокина ИЛ-4 при относительно нормальном уровне ИЛ-10 в сыворотке крови. Очевидно, в патогенезе ОРЛ играет роль дисбаланс между Т-хелперами первого типа и Т-хелперами второго типа с преобладанием первых над вторыми, что отразилось в значительном возрастании ФНО-б, ИФН-г и недостаточной активности ИЛ-10 в сыворотке крови, на что указывают и другие исследователи [10]. После курса терапии наиболее долго наблюдались изменения именно со стороны цитокинового профиля. Указывается [8] на роль ФНО-б, ИФН-г, ИЛ-10 и ИЛ-4 в прогрессировании фиброзных изменений клапанов сердца у больных с РБС. Наши данные свидетельствуют о том, что указанные цитокины могут играть роль не только в патогенезе ОРЛ и прогрессировании порока сердца, но и в формировании РБС после перенесенной ОРЛ. Длительное повышение показателей цитокинового профиля, особенно провоспалительных цитокинов, может свидетельствовать об активности патологического воспалительного процесса у детей с ОРЛ и возможности формирования порока сердца, особенно при дисбалансе цитокинов.

Все дети с ОРЛ, которые были под наблюдением, находились на стационарном лечении с соблюдением соответствующего режима и диеты с ограничением соли и жидкости и обогащением продуктами, содержащими калий и магний. Среди исследуемых показателей цитокинового профиля мы наблюдали достоверное снижение уровня ФНО-б после курса терапии ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом согласно по нашим данным развитие кардита при ОРЛ занимает лидирующую позицию. Течение ревмокардита более чем у половины детей имеет тяжелое течение, с высокими диагностическими уровнями антистрептококковых антител. Медленное восстановление показателей цитокинового профиля свидетельствует о длительном воспалительном процессе и необходимости продолжения противовоспалительной терапии на амбулаторном этапе. Концентрация провоспалительного цитокина ФНО-б может служить критерием выздоровления у детей с ОРЛ. Дальнейшее исследование динамики иммунологических и цитокиновых показателей может иметь важное значение в прогнозировании формирования ревматической болезни сердца у детей и своевременном назначении корректирующих средств.

Литература.

1. Белов, Б.С. Острая ревматическая лихорадка: современные этиопатогенетические аспекты / Б.С. Белов, В.А. Насонова, Н.Н. Кузьмина // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №5. - С. 51-58.
2. Волосовец, О.П. Гостра ревматична лихоманка як проблема сучасно! дитячо! ревматологи / О.П. Волосовец // Здоровье ребенка. - 2019. - № 3 (24). - С. 106-110.
3. Ильяш, М.Г. Лечение больных на ревматические пороки сердца / М.Г. Ильяш, Г.А. Мотюк, Г.И. Гавриленко // Украинский ревматологический журнал. - 2007. - № 3 (29). - С. 74.

КАЛЛА СУЯГИНИ КРАНИОМЕТРИК ТЕКШИРИШДА УЧ ЎЛЧОВЛИ РАҚАМЛИ ТАСВИРЛАДАН ФЙДАЛАНИШНИ ИННОВАЦИОН УСУЛИ

Кўзиев О.Ж., Курбанов А.Т.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Калла тузилиши хусусиятлари ва бошнинг барча элементлари билан ташқи пластикаси ўртасида аниқ кўриниб турган анатомик алоқадорлик шахсни идентификация қилиш мақсадида фотосолиштириш усулидан фойдаланиш учун асос бўлиб хизмат

қилишини илк мартаба М. М. Герасимов чуқур ўрганади. С. С. Абрамов, Н. С. Корнеева ва Н. Ю. Моисееваларнинг маълумотлари бўйича анъанавий фотосолиштириш, уларни бирлаштириб, қиёслаш усулидан фойдаланиш ҳолларида жароҳатланмаган калла тасвири ва инсоннинг тириклигидаги анфас проекциясида олинган фотосурати бир-бири билан солиштирилганида нотўғри ижобий натижалар бериш эҳтимоли 15% ни, каллада нуқсон бўлиши эса 30% ва ундан кўпроқни ташкил этиши аниқланди.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, анчагина нашр қилинган мақолалар орасида рентгенологик усуллардан фойдаланиш ҳақидаги алоҳида мисоллар билан баён этилган, айниқса шахс идентификациясини систематик ечими келтирилган ишлар сони жуда кам эканлиги кузатилди.

Тадқиқот мақсади: икки ва уч ўлчовли тасвирларга ишлов беришнинг замонавий рақамли технологиялар ёрдамида инсон тириклигида бошининг рентген суратлари ва калланинг табиий препаратлари тасвирини фотоларни бирлаштириб, солиштириш йўли билан шахсни идентификация қилиш усулини ишлаб чиқиш.

Текширув материаллари ва усуллари: тадқиқот 57 та 18-60 ёшгача бўлган инсонлар (20та аёл, 37та эркак) калла суяги МСКТ тасвирини краниоетрик таҳлили асосида олиб борилди.

Олинган тасвирлар IMA дастурий тизими ёрдамида краниоетрик таҳлил қилинди. IMA дастури 40 та диагностик белгиларни ўз ичига олган тадқиқот натижалари 93.7% аниқликда жинсга мансуб кўрсаткичларни автоматик равишда аниқлашни имконини берди.

Хулоса. Мазкур мувофиқлаштирилган услуб тиббий-криминалистика бўлимларида ҳозирга қадар мавжуд шахсни идентификация қилиш усуллари хазинасини бойитади ва такомиллаштиради, шунингдек, экспертиза ишончлилиги ва асосли бўлишини оширишга имкон беради

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ

Курбанова Н.Н., Олимова М.М.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Витамин D – одно из уникальнейших биологически-активных веществ, принимающих участие в физиологических процессах в человеческом организме. По своему строению и функциям это скорее гормон, который частично вырабатывается в коже человека при ее облучении ультрафиолетовыми лучами, частично поступает с пищей и выполняет до нескольких десятков самых разнообразных задач: от регуляции кальциевого обмена до участия в процессах синтеза половых гормонов и стимуляции деятельности иммунной системы. Учитывая огромную роль витамина D в организме важно поддерживать его уровень в крови в пределах оптимальных значений. Но все-таки в женском организме он играет свою, особую роль. В женском организме холекальциферол оказывает непосредственное влияние на состояние репродуктивной системы. Современные исследования выявили наличие рецепторов к витамину D в тканях яичников, маточных труб, эндометрия. Уже известно, что без достаточного уровня холекальциферола в крови становится невозможным нормальное зачатие, вынашивание, рождение здорового малыша. Дефицит витамина D часто сопутствует эндометриозу, синдрому поликистозных яичников, лейомиоме матки.

Известно, что гормональный фон женщины напрямую связан с состоянием ее костной ткани. В частности, в период менопаузы постепенно развивается остеопороз – патологическая хрупкость костей, связанная с нарушением кальциевого обмена. При этом на опорно-двигательный аппарат женщины в течение ее жизни регулярно ложится дополнительная нагрузка. Это и ношение обуви на каблуках, приводящее к смещению центра тяжести тела, и некоторые сугубо «женские» профессии (парикмахер, продавец-консультант, учитель), требующие длительного стояния на ногах. И, наконец, это беременность и последующее материнство – ребенок сначала находится внутри

материнского организма, а потом, в течение нескольких лет – преимущественно на ее руках. Все это, конечно, становится серьезной дополнительной нагрузкой на кости, суставы и мышцы женщины. Постоянное поддержание достаточного уровня витамина D в организме (разумеется, в сочетании с поступлением достаточного количества кальция) служит важным условием эффективной регенерации костной ткани и профилактики остеопороза. Состояние кожи и ее производных (волос и ногтей) напрямую зависит от баланса кальция и фосфора. Соответственно, достаточный уровень витамина D – одно из условий здоровья кожи, ее регенерации, сохранения тонуса и упругости, отсутствия шелушений, а также мягкости волос, прочности и красоты ногтей.

Доказана исключительная роль витамина D в регуляции всех звеньев иммунитета. Не стоит забывать о еще одной важной функции иммунной системы: она обеспечивает не только защиту от инфекций, но и защиту от возникновения новообразований, своевременно уничтожая «дефектные» клетки, которые могут становиться источником опухолей. Разумеется, крепкий иммунный щит важен для любого человека, но женщина чаще сталкивается с факторами его снижения – в частности, во время беременности, кормления грудью. Поэтому поддержка иммунитета путем приема витамина D для женщины особенно важна.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курбанова Н.Н., Куполова И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Рак возникает в результате мутаций — нетипичных изменений в генах, отвечающих за регуляцию роста клеток и сохранение их здоровыми. Злокачественные клетки размножаются бесконтрольно, поэтому с течением времени могут выходить за пределы первоначальной опухоли и распространяться на окружающие здоровые ткани, лимфатические узлы и в отдаленные органы. Злокачественную опухоль, которая развилась из клеток молочной железы, называют раком молочной железы. Чаще всего болезнь начинается в клетках долей (желез, вырабатывающих молоко) или в протоках (по которым молоко из долей попадает в сосок). ВОЗ: Рак молочной железы вышел на первое место по распространенности во всем мире.

Впервые рак молочной железы обошел по распространенности рак легкого – примерно 12% новых случаев рака во всем мире приходится именно на РМЖ, подсчитали специалисты ВОЗ. В течение последних двух десятилетий рак легкого оставался наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием. Теперь он оказался на втором месте, а на третьем – колоректальный рак. В ВОЗ отмечают, что ожирение является наиболее распространенным фактором риска РМЖ, также ряда других злокачественных опухолей.). В связи с ростом продолжительности жизни злокачественные новообразования будут диагностироваться все чаще. Ожидается, что к 2040 году ежегодно будет выявлять около 30 млн новых случаев в год, тогда как в 2020 было выявлено 19,3 млн. Регулярный осмотр является первым шагом профилактики рака молочной железы. Онкология груди диагностируется у каждой 8 женщины после 35 лет. Выявить первые признаки развития патологического процесса можно самостоятельно, проводя каждый месяц самоосмотр и посещая гинеколога.

В возрасте 20-40 лет осмотры в смотровом кабинете 1 раз в год; Ультразвуковое обследование молочных желез после 40 лет 1 раз в год; Рентгеновское профилактическое обследование молочных желез (маммографию) после 40 лет 1 раз в 2 года; Несмотря на стремительный прогресс возможностей диагностической техники, самообследование молочной железы остается самым ранним и доступным методом выявления опухолей данной локализации. Самообследование молочных желез проводится 1 раз в месяц в первую неделю после менструации. Рекомендуется выбирать аэробные упражнения для профилактики рака молочной железы, которые повышают выносливость организма и

насыщают ткани кислородом. Начинать тренировки нужно с 3 раз в неделю, затем увеличить до 5 раз. Время одного занятия – 30–50 минут.

ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ОМИЛЛАРИ – ҲОЗИРГИ КУННИНГ ЭКАЛОГИК МУАММОСИ

Курбанова Ш.И., Ташпулатова М.Н., Сабитов М.А., Мингбаев А.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш, унинг сифат кўрсаткичларини экологик нормативларга мослигини таъминлаш бугунги куннинг глобал муаммоларидан бири. Атмосфера ҳавосининг ифлосланиши инсон, ўсимлик, ҳайвонот, умуман, жамики тирик мавжудотларга зарарли таъсир кўратади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2018 йилги маълумотларига кўра, йилига 7 миллион киши ҳавонинг ҳаддан ташқари ифлосланиши натижасида вафот этмоқда. Одамлардаги юрак касалликларининг 25 фоизи, шол касаллигининг 24 фоизи, ўпка касалликлари ва ўпка саратонининг 43 фоизи ифлосланган ҳаводан нафас олиш натижасида келиб чиқмоқда. Атмосфера ҳавосининг ифлосланиши нафақат инсон, балки атроф муҳит, ўсимлик ва ҳайвонот дунёсига ҳам салбий таъсир кўрсатмоқда. Республикамизда 99,5 минг турғун ифлослантирувчи манбага эга 3,5 мингдан ортиқ ишлаб чиқариш корхоналари ҳамда 2,816 млн. дан ортиқ кўчма ифлослантирувчи манбалар мавжуд. 2010 йилдан 2018 йилгача атмосфера ҳавосига чиқарилаётган ифлослантирувчи моддалар миқдори қарийб 1,3 баробарга ортган бўлса ҳозирги кунга бу кўрсаткич 1,5 баробарбарга етганлиги аниқланди. Бундан 65 % ёки 1 млн. 560 минг тоннаси автотранспорт воситалари ҳиссасига тўғри келса қолган фоизи ишлаб чиқариш корхоналаридан чиқадиган чиқиндиларни ташкил этади. Ушбу қоидага кўра ҳар қандай ишлаб чиқариш жараёндан атмосферага чанг чиқиндилари соатига 18 кг дан ошмаслиги керак. Чиқиндиларнинг йўқ қилишнинг энг радикал усули–бу ишлаб чиқариш технологияларини ўрганиш, чиқинди ҳосил қилмайдиган ёпиқ цикл жараёнини ҳосил қилиш, ҳосил бўлган барча чиқиндиларни тўлиқ қайта ишланадиган ёки ишлатиладиган технологик жараёнларни яратишдир.

Маҳаллий ва минтақавий зоналарда ҳаво муҳити ҳолатининг ўзгариш шунингдек трансформация жараёнлари кўпинча ўсимлик ва ҳайвонот дунёси популяцияси учун ҳам жуда ҳавфли. Бошқа кўпинча токсик хусусиятларга эга бўлган трансформация маҳсулотларининг таркиби ва хусусиятлари кўп ҳолларда атмосфера ҳавосининг сифатини унга кирувчи ифлослантирувчи моддаларга қараганда анча чуқурроқ ва ҳавфлироқ ўзгартиради.

Ифлосланишнинг табиати саноат корхонасидаги ишлаб чиқариш турига, энергия ва технологик қурилмаларда ишлатиладиган ёқилғининг сифатига ҳам боғлиқ. Бу эса ўз навбатида тозалаш иншоатларни самарадорлигини пасайишига олиб келади. Шунинг учун тозалаш иншоатларини самарадорлигини баҳолаш ва уларни тўғри ташкил қилиш мақсадга мувофиқдир.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабажанов К.Б.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью путем применения минилапаротомного доступа.

Материалы и методы. Нами изучена результаты оперативного лечения 259 больных с острым и хроническим калькулёзным холециститом, которые находились в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

Мужчин было 62 (24%), женщин - 197 (76%), в возрасте от 18 до 82 лет. Острый калькулёзный холецистит был - у 87 (33,5%) больных, хронический калькулёзный холецистит - у 172 (66,4%). Среди этих больных ЖКБ с гнойным холангитом, осложненный желтухой было у 30, водянка желчного пузыря - у 20, синдром Миризи у 6 больных.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа доступа для холецистэктомии. I группа-156 (60%) больных, оперированных традиционным лапаротомным доступом. По показаниям проводилось холедохолитотомия, дренирование холедоха, дуоденотомия, папиллотомия, санация и дренирование брюшной полости. II группа 103 (40%) больных, оперированных минилапаротомным доступом, по показаниям - проводилось холедохолитотомия, дренирование холедоха, санация и дренирования брюшной полости.

Результаты. В I группе больных при выполнении традиционным методом во время операции кровотечение возникло у 15 больных, из них у 5 из пузырной артерии у 10 из ложа желчного пузыря. У всех больных кровотечение было остановлено во время операции.

Во второй группе при выполнении минилапаротомии кровотечение возникло у 5 больных из них у 1 из пузырной артерии у 4 из ложа желчного пузыря у всех больных кровотечения остановлено во время операции.

Среди всех послеоперационных осложнений чаще встречались осложнения со стороны послеоперационной раны (серомы, гематомы в одном наблюдался нагноения раны больной сахарном диабетом II типа) у 13 больных I группе. У 5 больных во II группе воспалительных осложнений послеоперационной раны эти осложнения мы связываем с давлением раны рано расширителем на кожу, подкожно жировую клетчатку, мышечный слой, передней брюшной стенки в области операционной раны. Во II группе такие осложнения как серома, гематома, нагноения раны и летальных исходов не было.

Активизация больных после выполнения операции холецистэктомия из минидоступа происходила на 2 сутки. Средняя продолжительность пребывания в больнице в послеоперационном периоде составила 5 дней, а первой группе традиционным способом 7-8 дней.

Выводы: Таким образом минилапаротомная холецистэктомия сопровождается ранней активацией больных, менее выраженным болевым синдромом, отсутствием послеоперационных парезов кишечника, сокращением сроков госпитализации и реабилитации больных.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Рахметова М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ожирение признано Всемирной организацией здравоохранения новой неинфекционной эпидемией, представляющей серьезную угрозу здоровью человечества. *Проблема лишнего веса населения в мире настолько глобальна, что ВОЗ выделила ряд осложнений, которые приводят к инвалидизации и смерти ожирелых.*

Ожирение оказывает негативное влияние на все органы и системы нашего организма, и в первую очередь на сердечно-сосудистую систему. Нередко масса избыточной жировой ткани в 2-3 раза и более превышает массу всех внутренних органов, именно вследствие этого возникает кислородное голодание всех органов, а сердце пытается компенсировать этот негативный фактор, поэтому развивается сердечная недостаточность и миокардиодистрофии, нарушения сердечного ритма, которые обнаруживаются практически у каждого тучного пациента и многие из которых являются опасными для жизни. Даже незначительное снижение массы тела на 5-10% приводит: к снижению общей смертности на 20 %, снижению риска развития сахарного диабета на 50%, снижению летальности от ишемической болезни сердца на 9%, снижению симптомов стенокардии на 91%, увеличению переносимости физической нагрузки на 33 %!

Цель исследования: изучить влияние ожирения и избыточной массы тела на состояние сердечно-сосудистой системы у работоспособной категории населения

Материалы и методы

Исследованы 76 мужчин и 75 женщин работоспособного возраста (средний возраст – 40 лет), имеющих различные степени ожирения, у которых проводилось обследование сердечно-сосудистой системы, ЭКГ, антропометрия. Рассчитывался индекс массы тела - Индекс Кетле, в соответствии с которым по степени ожирения обследуемые распределены следующим образом. 39(51,3%) мужчин и 43(57,3%) женщины имели ИМТ 26-29,9кг/м²; у 30 (39,5%) мужчин и 22(29,35) женщин ИМТ был в диапазоне 30-35кг/м². Выраженную степень ожирения, т.е. ИМТ 36-40 кг/м² имели 7(9,2%) мужчин и 10(13,3%) женщин.

Результаты

В первой группе обследованных людей с избыточной массой тела 30(77%) мужчин и 38(88,3%) женщин имели гипертоническую болезнь, ИБС диагностирован у 9(23%) мужчин и 5(11,7%) женщин. Аритмия отмечена у 40(26,5%) обследованных. Признаки сердечной недостаточности обнаружены у 2(5%) мужчин и 1(2,3%) женщины. Сходные результаты получены во второй группе: 27(90%) мужчин и 19(86,3%) женщин страдали гипертонической болезнью, 3(10%) мужчин и 3(13,6%) женщины имели ИБС, причем у всех 6(11,5%) диагностированы начальные признаки сердечной недостаточности. Все обследованные 3 группы имели гипертонию, а также ИБС: 571,4%) мужчин и 6(60%) женщины перенесли инфаркт миокарда, остальные страдают стенокардией.

Выводы

Ожирение проявляет отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему уже на начальных стадиях своего развития – при избыточной массе тела

Чем выраженнее степень ожирения, тем тяжелее проявляются сердечно-сосудистые осложнения

Если в ранних исследованиях распространенность ожирения и его осложнений преобладала у мужчин, то за последние годы выраженность болезни не меньше отмечается у женщин

Таким образом, как показали наши исследования, осложнения ожирения развиваются на самом начальном этапе болезни и поэтому лечебно-профилактические мероприятия важно проводить как можно раньше.

SARS-COV-2: ПОСТКОВИДНЫЕ ТИРЕОИДИТЫ

Рахметова М.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Коронавирусная инфекция SARS-COV-2 оказалась настолько упорной; настолько коварной и многоликой, что человечество еще долго будет изучать последствия его воздействия на человеческий организм.

Текущая статистика по коронавирусу на 27.10.2021: во всем мире заражений - **245 285 659**, смертельные случаи - **4 978 814**(2,0 %), выздоровевшие - **222 375 189** (90,7 %). Сейчас болеют - **17 931 656**(7,3 %). Статистика по Узбекистану: заболели 184 тыс., умерли – 1304 человек. Согласно данным ВОЗ, коронавирус войдет в число 10 основных причин смерти в прошлом году.

А что же случилось с выздоровевшими? Вне всякого сомнения, Ковид инфекция приносит значительные разрушения в эндокринную систему. Резко возросло количество больных сахарным диабетом, патологией гипофиза, тиреоидной патологией. В 2020 году ученые из Англии, Казахстана, Индии пришли к выводу, что коронавирус может влиять на щитовидную железу. Во время активной вирусной инфекции или поствирусного воспалительного процесса (в результате инфекций, которые произошли за 2 - 8 недель до этого) чаще всего развивается подострый тиреоидит.

Цель исследования: Изучить последствия Ковид -19 на распространенность и тяжесть тиреоидной патологии.

Материалы и методы исследования: обследованы 90 взрослых больных, перенесших Ковид инфекцию и обратившихся к эндокринологу с проблемами щитовидной железы (ЩЖ) в возрасте от 18 до 45 лет. Из них отобраны 40 пациентов, у которых диагностирован Постковидный тиреоидит (ПКТ). 28(70%) пациентов до заражения коронавирусной инфекцией имели в анамнезе различные формы патологии ЩЖ: 11(39,3%) – диффузный зоб (ДЗ) 1-2 степени, 9(32,1%) – узловой нетоксический зоб (УЗ), 3(10,7%) – диффузный токсический зоб (ДТЗ), 5(17,9%)- первичный гипотиреоз (ПГ). 12(30%) пациентов до вышеуказанной вирусной интервенции не имели проблем с ЩЖ. Пациенты обследованы и пролечены по поводу ПКТ. Диспансерное наблюдение за ними продолжалось в последующие 3 месяца.

Результаты исследования

Средний возраст обследованных 1ой группы: 28 лет - больные диффузным зобом, 40 лет у пациентов узловым нетоксическим зобом, 38 лет – тиреотоксикозом и 42 – гипотиреозом. При этом в наиболее легкой форме ПКТ перенесли больные ДЗ молодого возраста - 67%, а в тяжелой форме - страдающие ПГ старшей возрастной группы - 33%. Через 3 месяца полное выздоровление отмечено у 17(60,7%) пациентов 1ой группы, причем 10(58,8%) из них страдали ДЗ. Среди обследованных 2ой группы более благоприятный исход и менее тяжелое течение болезни - у 11 (91,7%) пациентов.

Выводы

Постковидные тиреоидиты могут развиваться как на фоне полного благополучия, так и у больных, имеющих тиреоидную патологию в анамнезе.

Возраст не имеет значения в распространенности постковидного тиреоидита, однако выздоровление отмечено у молодых больных вдвое больше. Возможно, это связано с более высоким противовирусным иммунным ответом.

Более неблагоприятные исходы, связанные с COVID-19, обнаружены у людей, страдающих заболеваниями ЩЖ, а здоровые до вирусной интервенции обследованные имеют менее тяжелое течение болезни и благоприятный прогноз.

40% больных не имели стойкой ремиссии после перенесенного постковидного тиреоидита, и данная категория пациентов, как и все постковидные эндокринные больные в целом, нуждаются в дальнейшем обследовании и наблюдении.

ФАРМАКОЭКОНОМИК ТАҲЛИЛНИНГ АҲАМИЯТИ

Маматова Н.М., Рахимова Н.Ф., Ниёзалиева Х.С.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тошкент давлат стоматология институти

Фармакоэкономика йўналиши фан сифатида кундан кунга ривожланиб бораётган бир пайтда, унинг фармакотерапия самарадорлигини баҳолашдаги аҳамиятини ўрганиш муҳим аҳамият касб этади.

Фармакоэкономиканинг асосий мақсади - арзон дори воситаларини қидириш ва улардан фойдаланиш эмас, балки шу дори воситаларига сарф бўладиган харажатларни хисоблаш, улар орқали зарур бўлган дорининг етарли самарадорлигига эришиш ва сарф харажатларни маълум бўлган имкониятлар билан таққослашга йўналтирилган. Фармакоэкономика бу- касалликнинг алтернатив схематик давоси, уни олдини олишга қаратилган ва шу касалликни даволашдаги дори препаратларининг самарадорлиги, сифати ва хавфсизлиги, даволашда қўлланиладиган дори воситаларининг ўртасидаги ўртасидаги узвий боғлиқлиги ва даволашга сарф бўладиган харажатларини ўрганувчи фан хисобланади. Фармакоэкономиканинг асосий вазифалари куйидагилардан иборат: турли хил тиббий дастурлар ва фармакологик дори воситаларини иқтисодий баҳолаш; соғлиқни

сақлаш ресурсларидан рационал фойдаланишга қаратилган тавсияларни ишлаб чиқариш ва амалга ошириш.

Сарф харажат бирор тиббий муассасада дори воситалари ва тиббий асбоб усқунларга бўлган талабни амалга оширишда иштирок этувчи сарф харажат ва дори воситалари, тиббий асбоб усқунларнинг нарх навоси, улардан фойдаланишнинг ўзига хос нархи, терпевтик мониторинги фармакоэкономиканинг асосий тамойил тушунчаларидан бири ҳисобланади. Тиббий хизмат кўрсатишга қаратилган сарф харажатлар бевосита ва билвосита турларига бўлинади.

Бевосита сарф харажатлар, кўрсатиладиган тиббий ва фармацевтик ёрдам билан боғлиқликка эга бўлган сарф харажатларини англатади, улар DS (Direct Costs – бевосита сарф харажат). Ушбу харажатлар ўз навбатида тиббий ва тиббий бўлмаган (тиббийга алоқадор бўлмаган) турларга бўлинади. Тиббий сарф харажатлар даволаш муассасида беморларнинг сарф харажати қоплаш учун зарур харажатлар, профессионал тиббий хизматлар, дори воситаларининг нарх навоси ва тиббий хом ашёлар, санитар транспорт орқали беморни транспортировка нархи, тиббий муолажаларнинг ва касалликни олдини олишга қаратилган дастурларнинг нарх навосини қамраб олади. Тиббий бўлмаган харажатлар беморларга тўғридан тўғри кўрсатиладиган нотиббий хизматлар нарх навоси (ижтимоий хизмат турлари), транспорт хизматлари нархлари яъни хусусий ёки умумий транспорт воситасидан фойдаланган ҳолда кўчиришни ўз ичига олади. Моддий бўлмаган сарф харажатларни пул билан ифода этиб бўлмайди. Мисол учун: оғрик, касаллик оқибатида юзага келувчи рухий хавотир ва қайғуришлар, ижтимоий ёпиқлик яъни алоҳидаланиш, дискомфорт ва бошқалар. Шу турдаги омиллар кўп ҳолларда амалга ошириладиган изланишларда кўпинча четда қолади, ваҳоланки охириги вақтларда беморларнинг ҳаёт сифатини белгилашда иштирок этувчи мезонлардан фойдаланган ҳолда, моддий бўлмаган харажатларни баҳолашга ёрдам берувчи ёндашувлар тадбиқ қилинмоқда.

MAR-ТЕСТ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Атахонов М. М., Отажонов О.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Доказано, что проведенное варикоцелэктомия приводит к улучшению параметров эякулята и максимально снижает риск осложнение бесплодия. Но на сегодняшний день частота рецидива варикоцеле после тех или иных видов оперативного вмешательства составляет от 0,6 до 45% и чаще встречается после операции в детском возрасте. Исходя из этого, есть ли другие пути, с помощью которых даже не приводя оперативные манипуляции сохранение детородной функции у лиц с рецидивными формами данного заболевания. При изучении размеров яичка, показателей спермограммы и уровня антиспермальных антител по нашему мнению достаточно и периодического наблюдение пациентов без рекомендаций на повторные операции. Ведь согласно многим авторам среди возможных причин к бесплодию варикоцеле составляет 25,4%.

Материалы и методы. У 23 неженатых подростков в возрасте 22-26($n \pm 23.5$) с рецидивной формой варикоцеле мы провели ряд обследований включающих доплерографию сосудов яичек, спермограмму и MAR-тест (исследование уровня антиспермальных антител). Основным показателем для оперативного вмешательства мы ориентировочно выбрали показатели АСА. У всех обследуемых наличие антиспермальных антител проверялись из спермы, при этом соблюдены все меры качественного сбора анализа.

Результаты: Установлено, что у 14 пациентов уровень иммуноглобулинов класса IgA и IgG в сперме присутствовала около 11-16%, при этом у 9 от 20-32% и у 1 от 64%. Надо заметить, что у 12 наблюдаемых из общего числа степень потери паренхиматозной массы яичка от здорового варьировалась в пределах 10-15%.

Заклучение: Таким образом использование MAR-теста в качестве одного из опорных критерий при возникшем вопросе о повторном варикоцеле позволяет значительно уменьшить количество операций и дополнительных травм для яичка при рецидивном варикоцеле. Из общей группы 1 пациент был осведомлен о безуспешности операции и направлен к врачу - репродуктологу, а 9 пациента с показателями 20-30% были оперированы повторно. Остальные 14 пациентов с наилучшими показателями иммуноглобулинов, получили консервативную терапию с применением венотонизирующих и венопротекторных препаратов.

ТОҒАЙ ТЎҚИМАСИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мадаминава Г.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: Тоғай тўқимасининг ёшга боғлиқ хусусиятларини ўрганишдир. Ёш тоғай тўқимасида дифференциаллашган хужаралар кам бўлиб, митотик бўлинаётган хужайралар кўп бўлади. Организм қарий борган сари тоғай матрикси протеогликанлари, бўлинаётган хондробластлар, ёш хондроцитлар камаяди ва хужайралар цитоплазмасида синтезга алоқадор тузилмалар: донали эндоплазматик тўр, гольжи комплекси, митохондиялар, ферментлар фаоллиги сусаяди.

Дистрофияга учраган хондротцитларни емирувчи хондрокластлар (макрофагларнинг бир тури бўлиб, улар суяклардаги остеокластларга ўхшаган бўлади) пайдо бўлади. Ўлган хондроцитлар ўрнига аморф модда ва коллаген толалар тўпланади. Айрим ҳолларда хужаралараро моддада калций тузларини тўпланиши юз беради. Натигада тоғай тиниқлиги йўқолади, тоғай зичланиб, синувчи ҳолатга ўтиб қолиши мумкин. Тоғай марказларида озикланишнинг бузилиши оқибатида қон томирлари ўсиб кириб, суяк ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Бу тоғай тўқимасининг суякклашиши ёки суяк тўқимасига айланиши ҳисобланади. Бу эса тоғай тўқимаси метаболизмига таъсир этувчи омилларни ўрганишга олиб келади. Тоғай тўқимасида кечадиган метаболизм жараёнига механик таъсуротлар, нерв-гормонал омиллар таъсир этади. Хондроцитларда турли гормонларга рецепторлар мавжуд. Гипофизнинг СТГ, пролактин гормонлари тоғай ўсишига, қалқонсимон беги гормони хондроцитлар дифференцировкасини тезлашувига таъсир этади. Инсулин гармони ва бошқа жинсий тизимга тегишли бошқа гормонлар тоғай тўқимаси метаболизмига махсус таъсир этиш қобилиятига эга. Масалан: эстероген гормони хондроцитларга коллаген ва гликозаминогликанлар синтезининг инбиция қилади, бу эса тоғайни тезроқ қаришга сабаб бўлади.

Чақалоқларнинг бириктирувчи тўқималарида асосий модда кўп бўлиб, толаларкамбўлади. Коллаген толаларда кўндаланг чизиклар ҳам яхши ифодаланган бўлмайди, хужайралараро моддада сув кўпроқ бўлади. Болалик ва балоғат ёши даврида хужайралар фаоллиги ортади, хондробластларда синтетик жараёнлар тезлашади.

Ёш ўтиши билан биринчи галда гликозаминогликанлар таркибида ўзгариш сезилади, гиалурон кислотаси камайиб бориб, хондроитинсульфатларнинг эфирлари кўпаяди, асосий модда ўтказувчанлиги сусаяди. Қон томир деворларида атероматоз таначалар пайдо бўлади. Хондроитин сульфатларнинг кўпайиши уларнинг Ca^{+2} тузлари билан бирикишини кучайтиради ва айниқса бўғимларда тузлар тўпланишига сабаб бўлади. Бужараён ёш ўта борган сари ва қарилик даврида кучайиб боради. Хужайралар сони камайиб боради, толалар атрофида тузларнинг кўпайиши баъзан склероз (коллагеннинг кўпайиши) тушунчаси билан бирга боради.

Хулоса: Тоғай ва суяк касалликларининг патологик ҳолатларида тоғай тўқимасидаги ёшга боғлиқ ўзгаришларни ҳам инобатга олиш керак.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОЛУЧАВШИХ ВАКЦИНАЦИЮ ВАКЦИНОЙ ПРЕВЕНАР 13

Мадрахимов П.М., Каримджанов И.А.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ташкентская медицинская академия*

Введение: Болезни органов дыхания, несмотря достигнутые успехи, по данным официальной статистики, занимают лидирующие позиции в структуре детской заболеваемости. Пневмококковая инфекция как источник заболеваний респираторного тракта – актуальная проблема практического здравоохранения. Наиболее распространенной клинической формой пневмококковой инфекции является внебольничная пневмония. Пневмонию пневмококковой этиологии эксперты ВОЗ называют «убийцей номер один» у детей до 5 лет жизни. У детей от одного до трех лет успехи в борьбе с пневмококковой инфекцией связаны с внедрением конъюгированных вакцин превенар 13

Целью исследования явилось изучение клинического течения внебольничной пневмонии у детей, привитых против пневмококковой инфекции.

Материалы и методы. Было проведено клиническое наблюдение за 45 детьми от 0 до 2 лет больных пневмококковой пневмонией и находившихся на лечении в детском отделении клиники Ургенчского филиала ТМА. Мальчиков было-25, девочек-20. До 1 года было 14 детей, до 2х лет - 31 детей. Все дети получали вакцинацию согласно прививочному календарю вакциной превенар13. В качестве контроля были изучены истории болезни 45 больных пневмонией того же возраста, не получавших вакцинацию вакциной превенар 13.

Результаты: Внебольничная пневмония была диагностирована впервые у 36 детей, повторно у 9 детей. Острое течение заболевания наблюдалось у 35 привитых и у 30 непривитых детей, тогда как затяжное течение у 10 и 15 больных детей соответственно. Продолжительность кашля у привитых детей составила 7 дней, что в 1,57 раза меньше, чем у непривитых детей (11дней). Признаки дыхательной недостаточности разной степени были установлены у всех детей в обеих группах, однако продолжительность их составляла у привитых детей 1-2 дня, в то время как у непривитых детей 3-5 дней ($P < 0,05$). При рентгенологическом обследовании грудной клетки у привитых вакциной превенар13 детей очаговая пневмония наблюдалась у 30 детей, сегментарная пневмония у 15 детей, в то время как у 40 непривитых вакциной превенар13 детей наблюдалась сегментарная и полисегментарная пневмония ($P < 0,001$). Средняя продолжительность заболевания у привитых детей составила $7,5 \pm 1,0$ дня, в то время как у непривитых детей - $10,5 \pm 1,1$ дня ($P < 0,05$). В лечении 33 больных детей, получавших вакцинацию вакциной превенар13 использован 1 курс антибиотикотерапии, у 12 детей 2 курса антибиотикотерапии. В группе больных детей не получавших вакцинацию один курс антибиотикотерапии использован у 11 детей, 2 курса - у 34 детей ($P < 0,05$). Следует отметить, что в группе привитых детей до поступления в стационар частота ОРИ составляла в среднем 1-2 раза в год, тогда как в группе непривитых - 4 раза в год.

Заключение: Таким образом, у детей, привитых вакциной превенар13, внебольничная пневмония протекает с менее выраженными клиническими признаками и меньшей их продолжительностью, очаговыми рентгенологическими изменениями, что приводит к использованию всего 1 курса антибактериальной терапии. У привитых детей отмечается более редкая заболеваемость ОРИ.

ДЕТСКАЯ ТУГОУХОСТЬ-СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Мадримова А.Г., Сапаева Ш.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Очень важное значение в формировании речи, имеет интенсивное развитие функции слухового и речедвигательного анализаторов. Было доказано, что нарушение слуха в раннем детстве непосредственно взаимосвязано с проблемами развития речи, так как слуховые стимулы в этот период имеют решающее значение для развития речевых и языковых навыков. Это в свою очередь приводит к задержке общего психического развития ребенка. По мнению некоторых авторов, слуховая система является сложно организованной, которая включает несколько уровней реализации которая определяет «физический» и «сенсорный» слух. Установлено, что слуховой анализатор с 3—4-й недели беременности начинает свое эмбриональное развитие, а к 37-й неделе гестации наружное и среднее ухо в целом уже сформированы. В процессе развития наружное ухо, среднее ухо, улитка и проводящие пути развиваются параллельно из разрозненных эмбриональных тканей, которые в последующем функционируют в филогенезе. В рамках программы аудиологического скрининга могут применяться различные меры электрофизиологического скрининга. К ним относятся ОАЭ, АСВП и комбинация ОАЭ и АСВП. ОАЭ - это акустические сигналы, генерируемые внешними волосковыми клетками в улитке, отражающие механические процессы, обеспечивающие целостность улитки.

В настоящее время предпринимаются попытки выделить признаки, которые можно использовать в качестве маркеров перинатальных повреждений как центральной нервной системы, так и органа слуха у новорожденных и детей раннего возраста. Факторы риска развития тугоухости у новорожденных и детей первого года жизни имеют свои особенности, отличные от детей старшей возрастной группы. Около 17% случаев стойкой детской тугоухости обусловлено перинатальной патологией. Причины, непосредственно вызывающих или способствующих развитию нарушений слуха, могут оказывать свое действие в различные возрастные периоды жизни детей.

Перинатальные факторы риска являются одной из основных причин нарушений слуха у новорожденных. Результаты исследования показали, что нейросенсорная тугоухость, выявленная в периоде грудного или раннего детства, в 6–14% случаев была связана со случаями, в перинатальном периоде. Международными рекомендациями (Joint Committee on Infant Hearing, 2007, Nelson HD, 2008) определены оптимальные сроки и качественные показатели этапов аудиологического скрининга: охват скринингом не менее 95% новорожденных до 1-го месяца жизни, полное аудиологическое обследование не менее 90% выявленных детей до 3 мес жизни.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что изучение механизма потери слуха у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС, совершенствование выбора оптимального метода диагностики является одной из значимых аспектов в оториноларингологии и востребованным проведение фундаментальных и практических работ по изучению данной проблемы в нашей республике.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНИТЬ ЕГО ДИНАМИКУ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЗГТ

Икрамова Х.С., Мадримова К.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии является Климактерический синдром. На постменопаузальный период приходится одна треть женской популяции, в которой она сохраняет свою профессиональную и социальную активность.

Цель исследования – изучить эффективность и безопасность применения заместительной гормональной терапии и влияние ее на функцию различных органов и систем у женщин в пременопаузальном и постменопаузальном периодах.

У пациенток, принимающих заместительную гормональную терапию, улучшаются показатели психосоматического состояния и отмечается положительная динамика личностных характеристик что является важным фактором, повышающим качество жизни в перименопаузе. В контрольной группе отказавшейся от приема ЗГТ, отмечалась тенденция к уменьшению вегето-сосудистых симптомов, таких как приливы и потливость, вероятно за счёт процесса адаптации. Но качество жизни ухудшилось за счет усиления таких симптомов как нарушение сна, боли в суставах, снижение настроения, понижение работоспособности из-за возрастающего дефицита эстрогенов. В основе ухудшения качества жизни была тенденция к увеличению веса индекса массы тела. Следует отметить увеличение количества пациенток с нормальным повышенным АД и артериальной гипертензией II степени. В основной группе на фоне приёма ЗГТ произошло достоверное улучшение качества жизни, что сопровождалось уменьшением количества ранее предъявляемых жалоб, достоверным снижением веса и ИМТ, особенно женщин страдавших ожирением, достоверным снижением как САД, так ДАД. На фоне сочетанной гормональной и антигипертензивной терапии. Наиболее чувствительными оказались женщины, имевшие исходно АГ I и III степени. Нормализация веса и АД привела к улучшению сократительной способности миокарда на фоне уменьшения массы ЛЖ и ОПСС. Достоверно увеличилось количество пациенток с «нормальными» ЭКГ в основном за счёт улучшения питания миокарда и снижения нагрузки на левое предсердие.

Таким образом, возраст является критическим фактор, определяющий не только состояние здоровья женщины, но и эффективность и возможные осложнения заместительной гормональной терапии. Свои временными целесообразным следует считать назначение гормонотерапии в пременопаузальном периоде.

РОЛЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА IL17A (RS2275913) ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Каримов М.Ш., Эшмурзаева А.А.
Ташкентская медицинская академия

Цель: Оценки ассоциации полиморфного варианта гена IL17A (rs2275913) с развитием ревматоидного артрита проведены исследования среди 106 пациентов с ревматоидным артритом и 109 условно-здоровых лиц, проживающих в Узбекистане. Результаты исследования позволили выявить, что доля носительства неблагоприятных аллеля А (20.3% против 11.5%; $\chi^2=5.349$; $p=0.021$; OR=1.963; 95%CI: 1.108-3.477) и гетерозиготного генотипа G/A (32.4% против 19.3%; $\chi^2=4.121$; $p=0.045$; OR=2.011; 95%CI: 1.024-3.948) полиморфизма гена rs2275913 гена IL17A в группе пациентов с суставной формой заболевания статистически достоверно превышает их доли среди условно-здоровых лиц, что может свидетельствовать о роли изученного генетического полиморфизма в патогенезе ревматоидного артрита.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 106 пациентов (общая группа пациентов РА, с медианой возраста 43,5±3,8 лет) неродственных пациентов, проживающих на территории республики Узбекистан с диагнозом ревматоидный артрит, верифицированным согласно критериям ACR/EULAR (2010) [1], находившиеся на лечении в 3 клинике Ташкентской медицинской академии с 2018 по 2021 г.г. Пациенты с РА (n=106) в зависимости от формы заболевания распределены на две подгруппы 1А (n=74) – пациенты с суставной формой РА и 1В (n=32) – пациенты с суставно-висцеральной формой РА. Группу контроля составили 109 условно-здоровых неродственных лица проживающих на территории республики без аутоиммунных заболеваний в анамнезе, сопоставимого возраста и пола в общей группе пациентов РА.

Молекулярно-генетические исследования по изучению полиморфизма rs2275913 гена IL17A проводились в лаборатории медицинской генетики республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (Республика Узбекистан, Ташкент). В соответствии с общепринятой методикой из лейкоцитов крови производили выделение ДНК [8]. При этом с помощью системы «Applied Biosystems» 2720 (США) проводился анализ (SNP-ПЦР) гена IL17A (rs2275913) с применением тест-систем «Литех» (Россия). Математический анализ результатов был проведен с помощью программы «OpenEpi 2009, Version 9.3».

Результаты и обсуждение. Для проведения статистического анализа встречаемости аллельных и генотипических частот полиморфизма rs2275913 гена IL17A у пациентов с РА (n=106) и лиц контрольной группы проведен анализ их соответствия равновесию Харди-Вайнберга (РХВ, $p>0,05$). Анализ распределения частот генотипов полиморфизма rs2275913 гена IL17A в исследованных группах показал отсутствие отклонения от РХВ ($p>0,05$).

Для оценки степени взаимосвязи полиморфного варианта гена IL17A (rs2275913) с развитием РА нами проведен сравнительный анализ различий в частоте встречаемости неблагоприятных аллелей и генотипов между общей группой пациентов РА и контролем, а также между подгруппами 1А и 1В по сравнению с контрольной группой. Проведенный анализ показал наличие статистически достоверного различия в отношении частоты встречаемости аллеля А между общей группой пациентов РА и контролем. В частности, доля аллеля А регистрировалась почти в два раза чаще среди пациентов РА (18.4% против 11.5%; $\chi^2=4.072$; $p=0.046$; OR=1.74; 95%CI: 1.016-2.98). Еще более значимые различия наблюдались в 1А подгруппе пациентов с суставной формой заболевания (20.3% против 11.5%; $\chi^2=5.349$; $p=0.021$; OR=1.963; 95%CI: 1.108-3.477). При всём этом, в 1В подгруппе пациентов с суставно-висцеральной формой РА мы не выявили достоверного различия (14.1% против 11.5%; $\chi^2<3.84$; $p>0.5$).

В 1А подгруппе различие установлено и в отношении частоты распределения генотипа G/G (67.0% против 78.9%; $\chi^2=3.875$; $p=0.049$; 95%CI: 0.296-0.997 и 63.5% против 78.9%; $\chi^2=5.254$; $p=0.023$; 95%CI: 0.243-0.895), что может служить признаком снижения протективного действия генотипа G/G в отношении развития РА в указанных группах больных РА. Кроме того, подтверждением этому могут служить наличия различий в этих группах в доле носительства неблагоприятных генотипов G/A и A/A по сравнению с их контрольными значениями. Так, если по сравнению с контролем в общей группе пациентов РА генотипы G/A и A/A регистрировались чаще в 1.73 раза (29.2% против 19.3%; $\chi^2=2.919$; $p=0.091$; OR=1.73; 95%CI: 0.922-3.252) и 2.098 раз (3.8% против 1.8%; $\chi^2<3.84$; $p=0.406$; OR=2.098; 95%CI: 0.39-11.287), то в 1А подгруппе пациентов их частоты превышали более чем в два раза (для G/A: 32.4% против 19.3%; $\chi^2=4.121$; $p=0.045$; OR=2.011; 95%CI: 1.024-3.948 и для A/A: 4.1% против 1.8%; $\chi^2<3.84$; $p=0.383$; OR=2.261; 95%CI: 0.386-13.261, соответственно). Следовательно, установленные различия среди носителей неблагоприятных генотипов G/A и A/A в исследованных группах свидетельствуют о наличии тенденции к повышению риска развития РА в общей группе пациентов и ассоциации генотипа G/A с повышенным риском развития суставной формы РА при тенденции к его развитию с носительством генотипа A/A.

Наряду с этими фактами установленные различия в отношении генотипа A/A также могут свидетельствовать о тенденции к повышенному риску развития суставно-висцеральной формы РА в 1.7 раз (3.1% против 1.8%; $\chi^2<3.84$; $p=0.667$; OR=1.726; 95%CI: 0.0156-19.11). Отсутствие значимого различия в частоте встречаемости неблагоприятных генотипов G/A и A/A среди пациентов 1В подгруппы возможно было связано с относительно малой выборкой больных (n=32).

Заключение. Таким образом, результаты исследования показывают наличие ассоциации неблагоприятного аллеля А и гетерозиготного варианта G/A полиморфного варианта rs2275913 гена IL17A с развитием суставной формы РА среди лиц, проживающих

в республике Узбекистан, что вероятно связано с потерей протективного действия генотипа G/G у носителей гетерозиготного варианта G/A данного полиморфного варианта гена, вследствие чего могут развиваться процессы, приводящие к повреждению сустава.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мадаминова М.Ш., Рустамова Н.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования: изучить параметры образа жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией.

Материалы и методы: Нами было обследовано 30 человек – 15 больных с врожденным пороком сердца, неревматическим кардитом и сахарным диабетом и 15 человек, неотягощенных этими патологиями. Группы обследуемых лиц были сопоставимы по возрасту и полу. Особенности образа жизни изучались посредством анкетирования по оригинальной анкете, разработанной сотрудниками кафедры «педиатрия и неонатология».

Результаты: значительная доля пациентов имеет крайне низкую физическую активность в сравнении с лицами, неотягощенными кардиальной и эндокринной патологией (52% против 11%, $p < 0,01$). Из них 36% проходят до 100 м в день, 8% - до 500 м в день, 8% не выходят на улицу вообще. В то время как среди контрольной группы доля лиц, имеющих объем активности 1 км и более, составила 56%. Повышенный уровень глюкозы крови однократно, несколько раз или постоянно фиксировали 12%, 12% и 16% больных лиц соответственно. 12% пациентов с врожденным пороком сердца и неревматическим кардитом вообще никогда не измеряли уровень сахара крови. Соответственно 48% всегда имели нормальный уровень гликемии против 84% среди здоровых лиц ($p < 0,001$). Повышенные цифры АД фиксировали 92% больных лиц, причем 48% из них – постоянно. При этом в группе больных отмечались значимые нарушения со стороны приема жидкости (злоупотребление объемом), соли и жирной пищи.

Выводы: физическая активность пациентов, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, снижена. У больных с хронической кардиальной патологией без сахарного диабета периодически регистрируется несколько повышенный уровень гликемии. Необходимо более активно проводить профилактическую работу по увеличению дозированной физической активности в повседневной жизни пациентов с хронической сердечно-сосудистой и эндокринной патологией, а также более широко внедрять методы регулярного контроля АД и уровня гликемии натощак.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мадаминова М.Ш., Рустамова Н.Х.

Ташкентская Медицинская Академия Ургенчский филиал

Актуальность. В настоящее время широко обсуждается феномен ускоренного атерогенеза при ревматоидном артрите, который объясняют активностью аутоиммунного воспаления.

Целью нашей работы явилось изучение частоты развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 пациентов в возрасте 3-16 лет: 7 девочек и 13 мальчиков, лечившихся в кардиоревматологическом отделении ОМПДМЦ в Средняя длительность заболевания составила 4 года. Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, рассчитывался показатель активности заболевания с учетом

числа болезненных и припухших суставов, выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале. ЮРА в виде моноартрита протекал у 4 больных, олигоартрита – у 6, полиартрита – у 10. У 5 человек диагностирована анемия легкой степени тяжести. У 10 пациентов активность заболевания была низкой степени, у других 10 человек – средней. По данным ЭКГ у 5 больных зарегистрирована синусовая тахикардия, у 2 – синусовая брадикардия, у 2 – блокада правой ножки пучка Гиса, у 1 больного – WPW синдром. По данным эхокардиографии у 6 (30%) человек обнаружен пролапс митрального клапана, у 4 (20%) – пролапс трикуспидального клапана, у 4 (20%) – их сочетание. В биохимических анализах крови показатели липидного обмена были в норме. При анализе историй болезней данной группы пациентов нами не было обнаружено ни одного случая упоминания о развитии какой-либо значимой сердечно-сосудистой патологии.

Таким образом, несмотря на длительное течение ЮРА как с низкой, так и со средней активностью, случаев развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и их осложнений выявлено не было.

НАШ ОПЫТ СКРИНИНГА ГЛАУКОМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРВЫЕ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Мамасалиев З.Н., Назаров Б.М., Мамасалиев Н.С
Андижанский государственный медицинский институт

Результаты современных исследований свидетельствуют, что открытым региональным вопросом в офтальмологии остается совершенствование профилактических программ, направленных на прогнозирование эпидемиологических ситуаций в условиях быстро меняющегося эпидемиологических условий, включая методов оптимизации скрининговых программ при глаукоме, особенно среди населения пожилого возраста и долгожителей.

Цель исследования – улучшение существующих способов раннего выявления и профилактики глаукомы в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы. Скрининг репрезентативной группы (1112 чел) популяции с глаукомой, обследованных в Андижанских центральных специализированных клиниках и оценить полученных результатов в динамике за пятилетний период наблюдений. Использованы следующие методы: эпидемиологические, общеклинические, биохимические, специальные (визиометрия, периметрия, термометрия Маклакова, тонометрия Гольдмана, биомикроскопия передней камеры) и статистические методы.

Результаты и выводы. Утверждено, что созданная технология скрининга позволяет разработать высокоэффективную систему донозологического наблюдения, а также “прицельную” профилактику и диспансеризации для снижения распространенности глаукомы и “конечных офтальмологических точек” от нее и, особенно среди населения пожилого возраста и долгожителей. Заключение, что полученные в скрининге глаукомы данные имеют региональную теоретическую и практическую значимость, которые позволяют оптимизировать комплексную систему первичной, вторичной, третичной и четвертично профилактики глаукоматозных процессов.

Скрининг позволило заключить, что в условиях Ферганской долины глаукома имеет три пика обострений в течение года: весной (риск выявляемости и осложнений глаукомы увеличивается до 32%), летом (риск увеличивается до 30,5%) и зимой (риск увеличивается до 29%).

Своевременно реализованные лечебно – профилактические программы, по нашим прогнозам на основе результатов скрининга, снижает частоту развития осложнений глаукомы в течение года минимум на 22,8%, то есть примерно у каждого 5 – го пациента с глаукомой.

ГЛАУКОМАНИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХУДУДИЙ ЖИХАТЛАРИ

Мамасолиев З.Н., Назаров Б.М., Мамасолиев Н.С.

Андижон давлат тиббиёт институти

Водий популяцияси, айниқса геронт аҳолиси, алохида хусусиятларга эга эканлиги маҳаллий эпидемиологик тадқиқотларда исботланган. Шундан келиб чиқиб тадқиқотимизнинг мақсади – глаукомани Фарғона водийси популяциясида ҳудудий жихатларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Андижон тиббиёт институти клиникаси ва вилоят кўз касалликлари шифохоналарида глаукома туфайли текширувда бўлган беморларда 5 йиллик эпидемиолог – клиник мониторинг ўтказилди. Биринчи босқичда 1112 та клиник вазият таҳлил қилиб чиқилди. Клиник, эпидемиологик ва биохимик – лаборатор текширув усулларида фойдаланилди.

Натижалар ва хулосалар. Глаукома учун маҳаллий ўзгариб бораётган иқлимий шароит хатар омили сифатида қаралса мақсадга мувофиқ бўлади. Иккинчидан, текширув ва проспектив кузатув кўрсатдики ёшга боғлиқ ҳолда глаукомани келиб чиқиш хавфи, то геронт ёшгача таалуқли бўлиб, ўн баробардан зиёдга ортади ва шиддатлашади. Алохида яна бир глаукома учун жихат кўринади – ки, касалланишнинг кўпайиши анча эрталашган – ёши улуғ популяцияда энг юқори частотагача, ортиб қайд этилади ($P < 0.001$). Нафақат тиббий, балки экоомилларни ҳам ўзгариб туришлари ёки кўп йиллик салбий ” ўсиб бориш суръатлари” ушбу номувофиқ эпидемиологик вазиятни глаукомага нисбатан келиб чиқишида аҳамият касб этиши кузатилади. Ушбу омиллар орасида ҳаво харорати, нисбий намлик, атмосфера босими ва қуёш ёғдуси каби асосий метеоэлементларни патоген таъсирлари алохида жой олиб етакчилик қилиши ҳам исботланди.

Хулоса тарзида таъкидлаш мумкин – ки, глаукомани даволаш дастурларини такомиллаштиришда географик, иқлимий ва маҳаллий экологик ҳамда эпидемиологик омиллар алохида эътиборга олинishi даркор. Бунинг учун мунтазам скрининг ўтказилиши ва глаукомани донозологик таъхисоти ҳамда профилактикаси ишлаш тизимини яратилиши ва йўлга қўйилиши тавсия этилади. Айниқса кекса геронт популяцияда бундай амалиёт, даволаш тиббиётда устун қўйилса, бизнинг натижаларимиз бўйича, самарадорлик кескин ошади.

ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИМУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА И ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Маткаримова Д.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Провести анализ особенностей клинических проявлений иммунного микротромбоваскулита (ИМТВ) и иммунной тромбоцитопении (ИТП).

Материал и методы. В исследование включено 240 неродственных пациентов узбекской национальности, обратившиеся в консультативную поликлинику республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (РСНПМЦГ), где с учетом международных рекомендаций клинически и лабораторно верифицирован диагноз ИМТВ ($n=105$) и ИТП ($n=135$).

В методы клинического обследования входили: опрос, общий осмотр больных по органам и системам по традиционной схеме с детализацией жалоб гематологического характера.

Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03».

Результаты.

Среди обследованных пациентов как с ИМТВ (64,8% против 35,2%), так и с ИТП (72,6% против 27,4%) наибольший процент составили лица женского пола (соотношение мужчин и женщин равнялось 1:1,8 и 1:2,6, соответственно заболеваниям).

Важным моментом представилось изучение особенностей встречаемости заболеваний в зависимости от возрастной категории на момент установления диагноза. Так, что большая частота заболеваемости как ИМТВ, так и ИТП приходилась на возрастную категорию от 18 до 44 лет, в тоже время наименьшая встречаемость ИМТВ и ИТП (2,0% и 1,5%, соответственно) зарегистрирована среди больных старческого возраста (75 и более лет). В свою очередь, это является доказательством того, что данные заболевания наиболее характерны для молодой категории людей.

Дальнейшее изучение анамнестических данных больных ИМТВ и ИТП показало, что несмотря на появление первых кожных признаков заболеваний в виде кожных высыпаний 12,4% больных ИМТВ и 18,6% больных ИТП к врачам не обращались и не придавали этому особого внимания. Вместе с этим 39,0% пациентов с ИМТВ и 28,0% с ИТП обратились к непрофильным специалистам и получали лечение по поводу других заболеваний. Лишь 48,6% (ИМТВ) и 53,4% (ИТП) больных сразу после появления симптомов заболевания были направлены на диагностику к гематологу.

Анализируя обращаемость больных, нами выявлена ее частота в зависимости от сезонности года. Так, обращаемость пациентов ИМТВ чаще регистрировалась весной (42,8%), зимой (26,7%) и осенью (20,0%) чем летом (10,5%). Обращаемость пациентов с ИТП зимой составила 45,2%, весной – 34,1%, летом-14,0 % и меньше всего отмечалась осенью – 6,7%. Анализ позволил установить наибольшую частоту регистрации ИМТВ и ИТП в зимне-весенний период года, а наименьшую в летние месяцы.

Вывод. 1. Выявленные данные свидетельствует о том, что больные с ИМТВ и ИТП часто лечатся у непрофильных специалистов по поводу различных других заболеваний, что свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей о проявлениях ИМТВ и ИТП, результатом чего является поздняя их диагностика, утяжеление общего состояния больных с повышением риска развития грозных осложнений этих заболеваний.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ РАЗВИТИЮ ИМУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА И ИМУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Маткаримова Д.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Изучить факторы, предрасполагающие развитию иммунного микротромбоваскулита (ИМТВ) и иммунной тромбоцитопении (ИТП).

Материал и методы. В исследование включено 240 неродственных пациентов узбекской национальности, обратившиеся в консультативную поликлинику республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии (РСНПМЦГ), где с учетом международных рекомендаций клинически и лабораторно верифицирован диагноз ИМТВ (n=105) и ИТП (n=135).

В методы клинического обследования входили: опрос, общий осмотр больных по органам и системам по традиционной схеме с детализацией жалоб гематологического характера.

Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03».

Результаты. В процессе обследования больных ИМТВ и ИТП, выявлено наличие потенциальных триггерных факторов способствовавшие развитию заболеваний. У пациентов ИМТВ в 13,4% (14) случаев началу заболевания предшествовала ОРЗ, в 30,5%

(32) - ОРВИ, в 3,8% (4) - фарингит, в 3,8% (4) - отит, в 18,1% (19) - тонзиллит, в 7,6% (8) - бронхит, в 5,7% (6) - герпетические высыпания на лице. Наличие в анамнезе вирусного гепатита «В» и «С» отмечено у 3,8% (4) и 1,9% (2) пациентов, соответственно. У 1,9% (2) больных начало заболевания было связано с предшествующей вакцинацией против гриппа. Из 150 больных ИМТВ – 10 (9,5%), не отметили наличие связи каких-либо видимых факторов с началом заболевания. Анализируя приведенные данные, очевидно, что начало ИМТВ чаще всего ассоциировалось с перенесенными ОРЗ (39,0%) и ОРВИ (30,5%).

Изучение факторов, предшествовавших развитию заболевания у пациентов ИТП, установлено в 30,4% (41) случаев это были ОРЗ, в 33,3% (45) - ОРВИ, в 18,0% (24) - герпетические высыпания на лице, тогда как 19,2% (26) больных не прослеживали связь развития заболевания с чем-либо.

Кроме того, у 81,9% (86) из 100,0% (105) больных ИМТВ и у 74,8% (101) из 100,0% (135) больных ИТП выявлены очаги хронической инфекции, обострение которых провоцировало рецидивы заболеваний в 43,8% (46) и в 57,8% (78) случаев, соответственно. В частности, у пациентов ИМТВ выявлялось наличие хронического тонзиллита (36,2%), синусита (18,1%), кариозных поражений зубов (13,4%), паразитарных инвазий (4,8%), хронического холецистита (5,7%) и хронического пиелонефрита (3,8%). У больных ИТП определялся хронический тонзиллит (41,5%), синусит (15,6%), кариозные поражения зубов (7,4%), паразитарные инвазии (8,1%) и хронический холецистит (2,2%).

Вывод. 1. Изучая факторы, предшествовавшие началу ИМТВ и ИТП выявлено, что важная роль в этом принадлежит бактериальным и вирусным инфекциям, после которых через 7-18 дней у обследованных отмечалось развитие заболеваний.

2. Рецидивы заболевания ассоциировались с обострением у больных очагов хронической инфекции (при ИМТВ в 81,9%; при ИТП в 74,8% случаях), являющихся источниками поддержания иммунокомплексного процесса.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КЕЛИБ ЧИҚИШИ САБАБЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Матмуратова С.О., Рахмонова С.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

1988 йилда G. Reaven Метоболик синдромга гиперинсулинемия, глюкозага толерантностликни бузилиши гипертриглицеридемия, паст зичликли липопроteid холестеринни ошиши ва артериал гипертонияларни ўз ичига олган симптомлар йиғиндисини тавсифлади ва синдром X деб номлади. У илк марта ушбу синдромдаги ўзгаришлар инсулинорезистентлик ва компенсатор гиперинсулинемияларни келтириб чиқариши ва юрак ишемик касаллигини ривожланишида муҳим аҳамият касб этиши гипотезасини илгари сурди. Reaven абдоминал ёғбосишини синдромнинг асосий белгиларига киритмади.

Мақсад. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метоболик синдромни тарқалиш хусусиятларини ўрганиш ва олдини олиш усулларини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 15-49 ёшдаги аёллар орасидан 945 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Текшириш давомида аёлларни ижтимоий-демографик хусусиятлари, зарарли одатлари, овқатланиш тартиби, акушерлик анамнези, наслийлиги, ўтказилган касалликлар анамнези, аёлларни ўзини саломатлигига муносабати ва врачлар берган маслаҳатларга қай даражада амал қилишлари ўрганилди. Қондаги липидлар, иммуноректив инсулин, 2 соатдан кейинги глюкозага толерантликни аниқлаш усулларидан фойдаланилди.

Натижалар. Аёллар орасида тана вазнининг ошиши кейинги вақтларда катта муаммо ҳисобланади. 30 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Аёллар орасида метоболик синдромини учраши асосан 30 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар

микдорининг ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 16 % ни гипертриглицеридемия 20 % ни ташкил қилди.

Хулоса. Аёллар орасида абдоминал соха ёғ тўқимаси, абдоминал ёғ босиши билан кечувчи нейрогормонал бузилишлар, симпатик нерв системаси фаоллигининг ошиши муҳим ахамиятга эга. Аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини учраши кузатиляпти. Бу эса аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини олдин олиш чораларини излаб топиш муҳим эканлигидан далолат беради ва изланишлар ўтказишни тақозо этади.

ПРОФИЛАКТИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Матмуратова С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Реформирование системы здравоохранения Узбекистана предусматривает дальнейшее совершенствование работы по сохранению и укреплению здоровья женщин детородного возраста. Охрана здоровья матери и ребенка неразрывно связаны с профилактикой экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ). Эти заболевания имеют определенные различия в течении и исходах среди беременных и не беременных женщин. ЭГЗ могут в значительной мере влиять на течение беременности и родов, а также на здоровье будущего ребенка. Структура ЭГЗ у женщин достаточно разнообразна. Одно из основных мест занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), сахарный диабет, бронхолёгочные заболевания, болезни почек и анемия. За последние годы отмечается рост ЭГЗ и их частота по данным различных авторов составляет от 14,7% до 74%. Особое место в этом ряду занимает метаболический синдром (МС), который сильно повышает риск формирования коморбидной патологии и приводит к повышенной смертности населения.

Инструментальные методы: Учитывая то, что настоящей работе АГ учитывалась в качестве одного из компонентов МС, все категории АД были объединены в две группы: нормальное АД: САД равно/менее 139; ДАД равно/менее 89, АГ - САД равно/более 140; ДАД равно/более 90. Наряду с этим, АГ фиксировалась независимо от показателей АД, при условии, что пациент принимал антигипертензивные препараты в течении двух недель до обследования; избыточная масса тела фиксировалась при условии превышения уровня индекса Кетле (вес(кг)/рост(м)²), ≥ 25 , при уровне этого показателя более 30 выявлялось ожирение (Международная группа по ожирению, 1997).

Выводы: К наиболее опасным состояниям относятся случаи сочетания компонентов МС. При этом важно наличие корреляционной связи между изучаемыми факторами. Также важно знать динамику этих связей по мере увеличения возраста, поскольку в совокупности они значительно повышающих риск сердечно-сосудистых заболеваний. Важность изучения взаимосвязи между гипертонией и избыточным весом показана во многих исследованиях.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ РИВОЖЛАНИШИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ТУТГАН РОЛИ

Матмуратова С.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Максад: Метаболик синдромнинг деярли барча белгилари юрак – қон томир системаси касалликларининг хавф омили саналади, уларнинг қўшилиб келиши эса бу хавфни янада оширади. Синдромнинг алоҳида компонентларининг бирга келиши метаболик синдром доирасида фақат инсулинорезистентликнинг мавжудлигида қўриб чиқилади. Бу синдром ўз ичига олган касаллик ва ўзгаришларнинг клиник аҳамияти

шундаки, уларнинг биргаликда келиши, БЖССТ нинг маълумотига кўра, ривожланган мамлакатларда аҳоли орасида ўлим кўрсаткичини келтириб чиқарувчи сабаблар орасида биринчи ўринда турадиган атеросклеротик томир касалликларнинг шаклланиши ва ривожланишини кучайтиради.

Материал ва усуллар : Охириги вақтда текширишларда метаболик синдром атамасини янги тавсифлар билан тўлдириптилар ва унинг таркибига чап қоринча гипертрофияси киритилган. Метаболик синдром доирасида кузатиладиган ўзгаришлар узок вақтгача симптомсиз АГ ва томирларнинг атеросклеротик шикастланишининг клиник намоён бўлишидан анча олдин, шаклланиб бошлайди. Метаболик синдромнинг эрта кўринишларидан бири дислипидемия ва артериал гипертензия ҳисобланади. Метаболик синдромнинг ҳамма компонентлари бир вақтда учрамайди. Метаболик синдромнинг намоён бўлиш фенотиплари, генетик ва ташқи муҳит омилларининг таъсири билан боғлиқ. Ўз навбатида гиперинсулинемия инсулин рецепторлари ауторегуляциясини бузилиши орқали периферик инсулинорезистентликни оширади. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини утказиш учун 17-49 ёшдаги аёллар орасидан 945 та туғиш ёшидаги аёллар текширилди. Текшириш давомида аёлларни ижтимоий-демографик хусусиятлари, зарарли одатлари, овқатланиш рациони, акушерлик анамнези, наслийлиги, ўтказилган касалликлар қай даражада амал қилишлари ўрганилди.

Натижалар: Абдоминал-висцерал ёғ босишида инсулинорезистентлик бўлиши заманида, липопропротеинлипаза ва жигар триглицеридлипазаси фаоллигининг ўзгариши оқибатида, триглицеридлар билан бой бўлган липопропротеидлар парчаланиши пасаяди, гипертриглицеридемия ривожланади. Жигарга эркин ёғ кислоталарининг (ЭЁК) ортикча кириши, триглицеридлар синтези ва жуда паст зичликли липопропротеидлар секрециясини кучайтириши аниқланди.

Хулоса. Текширишлар кўрсатишича, абдоминал ёғ босиши билан бирга кечувчи липопропротеинлар метаболизмининг бузилиши, ЮИК ларининг эрта ривожланишига олиб келади.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Матризаева Г.Дж., Исмаилова Д.У., Рузметова Д.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Важной и актуальной проблемой акушерства и гинекологии являются преждевременные роды (ПР), оказывая существенное влияние на перинатальную и заболеваемость и смертность (Howson С.Р. et al., 2013). Использование трансвагинальной цервикометрии является объективным неинвазивным методом исследования для определения группы риска по развитию ПР (Sotiriadis А. et al., 2009).

Цель исследования. Определить информационную значимость дополнительного ультразвукового маркера-маточно-шеечного угла (МШУ) для прогнозирования преждевременных родов (ПР) при проведении ультразвуковой (УЗ) цервикометрии в сроке 16-20 недель беременности.

Материалы и методы. Проведено обследование 340 беременных на сроке с 16 по 20 недель в возрасте 20-35 лет, с применением УЗ-цервикометрии и измерением величины МШУ. Проведен анализ исхода родов (ПР или роды в срок) в зависимости от длины шейки матки (ШМ) и величины МШУ.

Результаты. ПР (до 37 нед.) наступили у 32 пациенток (9,4%). В 1-й группе (ШМ ≤ 25 мм) ПР наступили у 18 пациенток (56,3%), роды в срок - у 1 (0,3%) (ОШ 394,714 [ДИ 49,128-3171.289], $p < 0,05$); величина МШУ составила $107,3 \pm 2,3^\circ$. Во 2-й группе (ШМ 26-35 мм) ПР наступили у 11 пациенток (34,3%), роды в срок - у 147 (47,7%) (ОШ 0,574 [ДИ 0,267-1,230], $p > 0,05$); величина МШУ - $101,2 \pm 3,7^\circ$. В 3-й группе (ШМ > 35 мм) ПР наступили у 3 пациенток (9,4%), роды в срок - у 160 (52%) (ОШ 0,096 [ДИ 0,029-0,321], $p < 0,05$); величина

МШУ - $92,6 \pm 3,8^\circ$. Длина ШМ ≤ 25 мм, прогнозировала риск наступления ПР с чувствительностью 56,3%, специфичностью 99,7% ($p < 0,001$). Диагностическая эффективность теста составляет 95,6%. Среднее значение МШУ при ПР составило $104,2 \pm 0,9^\circ$, при родах в срок – $92,3 \pm 2,7^\circ$. При анализе взаимосвязи значения МШУ и наступления ПР, выявлено, что при величине МШУ $> 105^\circ$ частота наступления ПР составила 81,2%, в то время как в группе родивших в срок величина МШУ $> 105^\circ$ встречалась в 16,9% случаев (ОШ 21,333 [ДИ8,363-54,418], $p < 0,05$). МШУ $> 105^\circ$ прогнозировал риск наступления ПР с чувствительностью 81,3%, специфичностью 83,1% ($p < 0,001$). Диагностическая эффективность теста составила 83,1%.

Выводы: маркер-маточно-шеечного угла (МШУ) является прогностически значимым критерием для прогнозирования преждевременных родов.

БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Матризаева К.М., Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Особое внимание при беременности уделяется раннему выявлению бессимптомной бактериурии (ББ), история изучения которой берет свое начало с 50-х годов прошлого века, а уже с 60-х годов была отмечена связь ББ с развитием пиелонефрита у женщин во время беременности.

Взгляд на роль ББ в развитии симптоматической ИМП и целесообразности ее лечения у беременных и небеременных различен. ИМП является результатом внедрения микроорганизмов в ранее стерильную мочевую систему (за исключением нижней трети уретры) и широко распространена среди женщин детородного возраста. В общей популяции беременных ИМП регистрируется в 5-10% случаев и более при этом приблизительно 5% пациентов нуждаются в госпитализации.

В структуре бактериальных инфекций, осложняющих течение беременности, доля ИМП составляет примерно 40%. Предрасполагающими факторами для её развития в период беременности являются характерные анатомо-функциональные изменения в мочевой системе, среди которых определяющими считаются снижение тонуса мочеточников, мочевого пузыря, чашечнолоханочной системы за счет гормональных изменений; механическое сдавление мочевых путей растущей маткой (II-III триместр). Кроме того, в связи с возрастающей клубочковой фильтрацией в период беременности отмечается увеличение в моче концентрации глюкозы, белка, метаболитов стероидных гормонов, что способствует размножению бактерий и снижает устойчивость уроэпителия к инфекционной инвазии. Моча приобретает устойчивую щелочную реакцию.

АНОВУЛЯЦИЯ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ

Матризаева Г.Дж., Рахманова Н.Х., Сапарбаева Н.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одной из наиболее частых причин женской infertility является хроническая ановуляция, которая в 40% случаев обусловлена гиперпролактинемией. Пролактин - универсальный регулятор в сетевой интеграции нервной, эндокринной и иммунной системе организма. Гиперпролактинемия диагностируется у 15–20 % женщин с вторичной аменореей или олигоменореей; примерно у 30 % из них отмечаются галакторея или бесплодие и у 70 % – сочетание галактореи и бесплодия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 31 пациенток с гиперпролактинемией неопухолевого генеза и первичным бесплодием.

Лечение гиперпролактинемии проводилось препаратами агонистами дофаминовых рецепторов производными алкалоида спорыньи – эргокриптина – бромокриптином и каберголином.

Схема приема с целью снижения побочных эффектов начиналась с ¼ табл. (0,625 мг) в сутки и постепенно увеличивалась в течение 5–10 дней до 1 табл. (2,5 мг) в сутки и далее при необходимости постепенно повышалась до нормализации уровня пролактина в крови с переходом на поддерживающую терапию. В качестве агониста дофамина пациенткам назначали каберголин. Каберголин назначался в дозе от 0,125 до 2,0 мг/нед. (в зависимости от уровня пролактина), 2 приема в неделю.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного лечения у больных наблюдалось снижение концентрации пролактина в плазме крови.

Спустя 6 месяцев после лечения гиперпролактинемии женщинам проводился ультразвуковой мониторинг динамики созревания фолликула и наличия овуляции. На основании данных ультразвукового мониторинга, на 8-й день цикла средний диаметр зреющих фолликулов, с недостаточностью лютеиновой фазы и гиперпролактинемии составил $8,8 \pm 0,5$ мм, на 14-16 день цикла средний размер доминантного фолликула составил $19,0-21,8 \pm 0,4$ мм, что было достоверно ($p < 0,05$) больше показателей этой группы пациенток до лечения ($12,9 \pm 0,6$ мм) и существенно не отличалось от показателей контрольной группы ($21,2 \pm 0,6$ мм). На 14-17 день цикла у 20 (64%) пациенток в дугласовом пространстве визуализировалась жидкость, что является признаком произошедшей овуляции. У 8 (26%) пациенток доминантный фолликул претерпевал обратное развитие, у (10%) пациенток неовулировавший фолликул превратился в фолликулярную кисту. Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) не наблюдался в группе обследованных, однако 5 (16%) пациентки указывали на чувство дискомфорта в брюшной полости, 8 (26%) женщин предъявляли жалобы на головные боли, 7 (23%) пациенток – на нарушения сна, которые они связывали с приемом медикаментов. При ультразвуковом исследовании проводилось измерение толщины эндометрия для оценки его реакции на стимуляцию овуляции. У пациенток с гиперпролактинемией после 6-месячного приема антагонистов дофамина в перiovуляторном периоде эндометрий достигал $6,40 \pm 0,54$ мм, что было достоверно ($p < 0,05$) меньше показателей контрольной группы ($10,50 \pm 0,85$ мм) и достоверно не отличалось от показателей этой группы до стимуляции овуляции ($5,50 \pm 0,42$ мм). УЗ исследование эндометрия пациенток с гиперпролактинемией в средней стадии секреции имела трехслойную структуру у 18 (72%) женщин – толщиной $7,20 \pm 0,62$ мм, что было достоверно ($p < 0,05$) меньше толщины эндометрия в контрольной группе ($12,00 \pm 0,23$ мм). Таким образом, структура и толщина эндометрия у женщин с гиперпролактинемией в фазе средней секреции напоминала перiovуляторное его состояние. С целью оценки эффективности 6-месячного лечения женщин с гиперпролактинемией агонистами дофамина нами проводилось исследование гормонального фона женщин. У пациенток было выявлено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровней ФСГ ($5,5 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,9$ МЕд/мл соответственно) и эстрадиола ($49,0 \pm 14,0$ и $108,7 \pm 9,1$ нмоль/л) в сравнении с контрольной ($6,3 \pm 1,1$ МЕд/мл и $86,0 \pm 7,2$ нмоль/л соответственно) группой. Концентрация ЛГ ($6,9 \pm 0,3$ и $10,8 \pm 0,5$ МЕд/мл) и прогестерона ($8,3 \pm 0,6$ и $17,1 \pm 1,4$ нг/мл) была достоверно ($p < 0,05$) ниже у пациенток 1-й группы в сравнении с пациентками контрольной группы ($11,6 \pm 0,5$ МЕд/мл $17,3 \pm 1,2$ нг/мл).

ВЫВОДЫ

Применение антагонистов дофамина способствовало коррекции гормонального статуса, нормализации овуляции и менструального цикла у пациенток с хронической ановуляцией на фоне гиперпролактинемии спустя 6 месяцев после лечения, что проявилось нормализацией уровня ФСГ ($p < 0,05$), повышением содержания ЛГ, прогестерона, эстрадиола до показателей контрольной группы женщин.

ТАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одной из актуальных проблем современных акушерства и гинекологии является невынашивания беременности. Среди гормональных причин невынашивания беременности одно из первых мест (с частотой выявления 21-48%) занимает гиперандрогения (ГА) - патологическое состояние, обусловленное изменением секреции андрогенов, нарушением их метаболизма и связывания на периферии [Дедов И.И., 2005; Сидельникова В.М., 2005-2010].

Цель исследования– Изучить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений.

Объект и предмет исследований: Изучена 64 беременных женщин, которые наблюдаются во время беременности на базе Хорезмского областного перинатального центра. В зависимости между временем установления диагноза гиперандрогении и частотой развития осложнений беременности пациентки были разделены на 3 группы.

Результаты исследования: Тактика прегравидарной подготовки пациенток с ГА определялась формой ГА, а также наличием нарушений функции различных систем организма, влияющих на течение и исход беременности. Комплексная прегравидарная подготовка продолжалась до нормализации значений уровня андрогенов, показателей гемостаза и функции других систем организма. Беременность планировалась или наступала спонтанно. Коррекция ГА проводилась в зависимости от генеза этого состояния: при выявлении надпочечникового генеза ГА женщинам назначался дексаметазон в индивидуально подобранных дозах (начальная доза препарата - 0,125 мг или 1/4 таблетки); при яичниковом генезе ГА назначались комбинированные оральные контрацептивы и соответствующая терапия инсулино- резистентности (метформин 1000 мг/сут фолиевую кислоту (4 мг/сут), витамин Е в дозе 400 МЕ).

Выводы: У пациенток высокого риска репродуктивных потерь с ГА проведение прегравидарной коррекции ГА в комплексе с применением микронизированного прогестерона, низкомолекулярного гепарина, комплексных витаминов группы В и фолиевой кислоты, способствовало сохранению беременности и следовательно, предупреждению синдрома потери плода у пациенток высокого риска, имеющих в анамнезе репродуктивные потери.

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИММУНОХИМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Махамадалиева Г.З., Маткаримова Д.С., Юсупова З.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии, Ташкентская медицинская академия

Целью исследования: Изучение частоты встречаемости иммунохимических вариантов множественной миеломы (ММ).

Материалы и методы. Для проведения клинического исследования методом случайной выборки проведен подбор больных с множественной миеломой обратившихся в клинику республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологии в период с 2012 по 2018 г.г. Отобраны больные в стадии заболевания II

«А» и «В», а также III А» и «В» в количестве 124 человек в возрасте от 28 до 80 лет (средний возраст больных составил $55,3 \pm 2,3$ лет). Срок наблюдения составил в среднем $45,5 \pm 2,9$ месяца (от 4 до 90 месяцев). Диагноз верифицирован с учетом рекомендаций ВОЗ (2008). Стадия заболевания была установлена на основании классификация по G.M. Durie и S.E. Salmon (1975).

Обнаружение моноклонального иммуноглобулина тяжелых (Ig G, A и редких типов) и легких цепей (κ , λ) и free цепей (κ , λ) в сыворотке крови методом иммунофиксации и электрофореза определялось с помощью автоматизированной системы «Interlab Pretty» (Interlab, Italy) с использованием реактивов этой же фирмы.

Результаты исследования. Типирование на иммуноглобулины показало наличие среди обследованных больных следующих вариантов Ig: иммуноглобулины типа IgG к-цепи у 56 (45,2%, мужчин – 25, женщин – 31), IgG λ -цепи у 26 (21,0%, мужчин – 14, женщин – 12), IgA к-цепи у 8 (6,5%, мужчин – 3, женщин – 5), IgA λ -цепи у 14 (11,3%, мужчин – 8, женщин – 6). Наряду с этими типами Ig, также определялись и редкие типы у 20 (16,0%, мужчин – 8, женщин – 12) больных определяли редкие типы иммуноглобулинов: сочетание IgG κ + IgA λ , у 7 (5,6%), сочетание IgG λ +IgM κ у 1 (0,8%) и G λ +M κ у 1 (0,8%), сочетание G κ +A λ + свободной легкой цепи 2 λ у 1 (0,8%), IgG κ и свободной легкой цепи λ у 2 (1,6%) - IgA κ и свободной легкой цепи λ у 1 (0,8%) больных. Наряду с этим у 6 (4,8%) больных определялись свободные легкие цепи λ и у 1 (0,8%) – к цепи.

Распределение типов иммуноглобулинов в зависимости от возрастных групп показало, что медиана возраста у больных MM с иммунохимическими вариантами IgG κ ($56,04 \pm 2,04$ лет), IgA λ ($57,9 \pm 1,8$ лет) и редкими типами ($57,5 \pm 2,7$ лет) превышала с типами IgG λ ($52,7 \pm 2,8$ лет) и IgA κ ($50,6 \pm 2,3$ лет). Анализ распределения иммунохимических вариантов в зависимости от половой принадлежности свидетельствует о большей встречаемости IgG κ и IgA κ среди лиц женского пола. В частности, частота IgG κ среди женщин составила 25,0%, среди мужчин – 20,2%. В то же время частота IgA κ среди женщин регистрировалась в 2,4%, а среди мужчин в 4,0% случаях.

Вывод. 1. Важным фактом явилось изучение распределения больных по стадии заболевания при вышеуказанных иммунохимических вариантах MM, которое показало больший процент встречаемости II А стадии при варианте IgA κ (12,5%) и IgG λ (11,5%), II В при IgG λ (11,5%) и редких типах иммуноглобулина – 11,5%, III А при IgA κ (50,0%), редких типах (45,0%) и IgA λ (42,9%), III В при IgA λ (50,0%) и IgG κ (48,2%).

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ УЙ ШАРОИТИДА ДАВОЛАНИШИ МУМКИН БЎЛГАН ҲОЛАТЛАРНИ ЎРГАНИШ

Машарипов С., Машарипова Ш.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: “Коронавирус инфекцияси асосан 80 фоиз ҳолатда энгил кечади, 15 фоиз ҳолатда ўрта оғирликда ва фақат 3-5 фоиз ҳолатда оғир, яъни нафас етишмовчилиги билан кечади. Касалликка чалинганларни эрта аниқлаш ишларининг йўлга қўйилганлиги касаллик кечишида ижобий натижаларга эришиш имконини беряпти. Бирок вируснинг культурал, морфологик, антиген, серологик хусусиятлари, вирулентлиги, патогенлиги каби масалалар ҳали кўплаб ўрганилади.

Тадқиқот мақсади: COVID-19 билан зарарланган беморларнинг уйда даволаниши мумкин бўлган ҳолатларни ўрганиш.

Клиник вазиятни чуқур таҳлил қилиш ва беморнинг уй шароитида унинг даволанишининг хавфсизлиги нуқтаи назаридан. Тиббий ёрдамчи бемор ва унинг оила аъзоларининг қўл гигиенаси, нафас олиш гигиенаси, биноларни тозалаш, уйнинг ичида ва ташқарисида ҳаракатланишни чеклаш, шунингдек, мумкин бўлган хавф манбаларининг пайдо бўлиши (яъни спиртли ичимликларни ўз ичига олган қўл билан даволаш) каби эҳтиёт

чораларига риоя қилишга тайёрлигини баҳолаши керак. Оғзаки қабул қилиниши мумкин. Уйда даволанишнинг бутун даври мобайнида, яъни касаллик белгилари бутунлай йўқолгунча, бемор тиббий ёрдам кўрсатувчи

Хулоса: ИПСнинг асосий чора-тадбирлари, шунингдек, COVID-19 юқтирганликда гумон қилинган оила аъзоларига ёрдамни ташкил этиш тартиби тўғрисида тушунтириш керак, шунда ёрдам уй хўжалиги аъзолари учун инфекциянинг энг кам хавфини келтириб чиқаради.

БЕМОРЛАРНИНГ ИММУН ТИЗИМИГА COVID-19 НИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Машарипов С., Машарипова Ш.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг расмий маълумотига кўра, Хитой Халқ Республикасида 2019 йил декабрь ойининг охирида коронавируснинг янги тури чақирадиган касаллик қайд қилина бошланди. Коронавирус янги вирус бўлиб, кучли ўткир респиратор синдромни ва ўткир респиратор вирусли инфекциянинг баъзи турларини келтириб чиқарадиган вируслар оиласига тегишлидир. Янги коронавирус (COVID-19) коронавируснинг янги штаммидир. У 2019 йилда аниқланган бўлиб, унга қадар инсонлар бу касалликка чалинмаган.

Мақсад: COVID-19 билан касалланган беморларнинг иммун тизимини ўрганиш.

Текшириш усуллари ва материаллар: Мавжуд кузатувларга қарасақ, вирусга чалинганлардан 6% бемор ўта оғир аҳволга тушади. Уларнинг танаси ишдан чиқа бошлайди ва ўлим эҳтимоли кучаяди. Сабаби- беморнинг иммун тизими буткул назоратдан чиқиб кетади ва бутун танага зарар етказа бошлайди. Септик зарба вужудга келиб, қон босими хавfli даражада тушиб кетиши, тана аъзолари рисоладагидек ишламаслиги ва ёки буткул ишдан чиқиши мумкин.

Агар беморнинг иммун тизими вирусни енгмаса, танамизнинг ҳар бир нуқтаси зарар кўради. Бундай оғир ҳолатда ЕСМО яъни кўшимча корпорал мембранани оксидлаш усули қўлланилади. Бу - амалда сунъий ўпка дегани. У қувурчалар орқали танадаги қонни чиқариб олиб, оксигинация қилади (кислород билан тўйинтиради) ва қайта танага юборади.

Хулоса: COVID-19 билан касалланган беморларнинг иммун тизимидаги ўзгаришлар, охир-оқибатда бемор жисмига етган зарар жуда кучайиши ва тана аъзолари беморни тирик ушлаб тура олмаслигига олиб келади.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ҲУДУДИДА ТАРҚАЛГАН ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Машарипов С., Машарипова Ш.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ушбу касалликлар билан асосан эрта ёшдаги болалар касалланадилар. Ҳозирги кунда Хоразм вилоятида энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз каби гельминтозлар оммавий равишда тарқалган.

Мақсад: Хоразм вилоятида гельминтоз касалликларининг профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Натижа ва муҳокама: Гельминтозларнинг эпидемиологик хусусиятлари: 1) ушбу паразитар касалликларнинг аксарияти контагиоз эмас; 2) кўпинча гельминтозлар клиник белгиларсиз кечади ва ўлим кўрсаткичлари паст; 3) аста-секин тарқалиши; 4) касалликнинг эпидемик тус олмаслиги.

Гельминтозларга қарши профилактик чора-тадбирлар. Аҳолининг маданият ва турмуш даражасини янада ошириш. Аҳолининг турли қатламлари, айниқса болалар ва ўсмирлар орасида санитария-тарғибот тадбирларини кучайтириш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни аниқлаш. Доимий равишда гельминтозлар билан юқиш мавсумини, гельминтларнинг кўплаб ҳалок бўладиган муддатларини аниқлаш. Аҳолини канализация ва тоза ичимлик суви билан таъминлаш кўрсаткичларини янада ошириш. Жамоат ташкилотлари, боғлар, сайилгоҳлар, хиёбонларда санитария-гигиена талабларига жавоб берадиган ҳожатхоналар қуриш, ҳар бир ҳовлиларда ахлат қутилари ўрнатиш ва уларни доимий равишда тозалашга эришиш. Ҳожатхоналар ва ахлат қутилари атрофидаги тупроқларни зарарсизлантириш. Зарарланиш индекси 20% ва ундан юқори бўлган ўчоқларда 14 ёшгача болалар ёки бошқа декрет гуруҳга мансуб аҳоли гуруҳларида йилига икки марта оилавий дегельминтизация тадбирларини амалга ошириш. Чиқиндилар, оқава сувлар ва суғориладиган далаларда дегельминтизациясига эришиш.

Хулоса: Гельминтозлар эпидемиологик назоратининг назарий, услубий ва ташкилий асосларини такомиллаштиришнинг қуйидаги йўналишларини тақлиф этамиз: Жорий текширувлар натижасида аниқланган гельминтозларнинг қайд этилиши, ҳисоботини тўлиқ олиб бориш, жумладан, идоровий ва шахсий тиббий муассасалар томонидан аниқланган гельминтозлар ҳисоботларида ўз аксини топиши зарур; Гельминтозларга нисбатан эпидемиологик вазиятни белгиловчи асосий ижтимоий-экологик омиллар динамикасини таҳлил этиб бориш.

ИЗУЧИТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Машарипова Х., Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Ежегодно около 100 млн людей обнаруживают признаки депрессии и нуждаются в адекватной медицинской помощи. Риск развития депрессии в течение жизни составляет до 10 % среди мужчин и до 20 % среди женщин.

Цель. Выявление и квалификация депрессий в условиях первичного звена здравоохранения, ранняя диагностика и квалифицированная диагностика депрессивных расстройств с учетом глубины и продолжительности симптоматики.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных – 30 мужчин и 32 женщины в возрасте от 30 до 60 лет. Пациентам проводился тест Гамильтона для оценки депрессивного состояния. Больные были разделены на 2 группы – основную и контрольную.

Результаты. Следует подчеркнуть, что выявление и квалификация депрессий в условиях общеврачебной практики сопряжены со значительными сложностями – 70% врачей общей практики не интересуются жизненными обстоятельствами больных, и они затрудняются определить психический статус пациента. В 80% случаев врачи не определяют личность больного, который обращается с разными жалобами. Гиподиагностика происходит значительно чаще, главной причиной которой являются особенности клинической картины депрессии, проявляющиеся в преобладании соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита. В результате гиподиагностики только 6-8% больных получает необходимую специализированную помощь. Задачей врача общей практики в этих случаях должно быть только распознавание основного заболевания. В общемедицинской сети коморбидные состояния чаще всего реализуются путем присоединения к депрессивным обсессивно-фобическим, соматоформным расстройствам, а также истерических проявлений. Значительно реже в практике врача общего профиля встречаются депрессии с бредом. Опасность гипердиагностики составляет 1,5-8%, а опасность гиподиагностики намного больше. Следует учитывать, что 60% больных с депрессией нередко акцентируют внимание на соматических жалобах.

Выводы. Полученные данные подтверждают высокую эффективность флуоксетина в терапии легкой и средней степени депрессии, так и астенодинамических расстройств. Динамика показателей шкалы депрессии Гамильтона является отражением редукции симптомов депрессии, субъективного улучшения состояния пациентов и, соответственно, повышения качества жизни. При сравнении состояния больных более достоверными были показатели в основной группе, а в контрольной группе отмечалось затяжное течение болезни и продолжительная депрессия.

ҲАМШИРАЛИК ЁРДАМИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ЎРГАНИЛГАНЛИГИ

Маматкулов Б.М., Собирова С.Ж.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотида кўра, дунё бўйича 28 миллиондан ортиқ давлат ва хусусий секторда фаолият олиб бораётган ҳамширалар мавжуд бўлиб, улардан 69% ини малакали тиббиёт ҳамширалари ташкил этади. Ҳамширалар меҳнати «Барқарор ривожланиш мақсадлари»га (БРМ), эришиш глобал саъй-ҳаракатларни муваффақиятли амалга ошириш учун жуда муҳимдир.

Соғлиқни сақлашнинг турли муассасаларида ҳамшираларнинг статусини, ролини, ҳамширалар салоҳиятини тизимли мувофиқлаштирилган ҳаракатларни оширмасдан глобал соғлиқни сақлаш ҳар қандай муаммосини ҳал қилиб бўлмайди. Бунинг учун ҳамширалар функциялари ва вазифаларини оптималлаштириш, шунингдек ўқитиш ва малакасини оширишга сарфланадиган маблағлар ҳажмини ошириш орқали самарадорликка эришадиган муҳит яратиш сиёсати талаб этилади.

Аҳолига малакали тиббий ёрдам кўрсатишда ва шошилиш тиббий ёрдамни ташкил қилишда ҳамширалик ёрдами алоҳида ўрин тутди. Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашда ҳамширалар фаолияти бўйича кўпчилик хориж тадқиқотчилари томонидан замонавий босқичда ҳамширалик тиббий таълимини ислоҳ қилиш, кардиожарроҳлик стационарларида ҳамширалик ёрдами сифатини таъминлаш, шифохона даволаш бўлимларида ҳамширалик фаолиятини баҳолаш ва назорат қилиш, ҳамширалик фаолиятининг сифатини назорат қилиш, жарроҳлик бўлимларида ҳамширалар фаолиятини такомиллаштириш, тиббий муассасаларда ҳамширалик иши мутахассислари имкониятларини ривожлантириш ва баҳолаш муаммолари тадқиқ қилинган.

Охирги йилларда Ўзбекистонда ҳамширалик ишини ташкил қилиш ва бошқариш масалаларига қаратилган бир нечта: жумладан, тиббиёт билим юртларида ўқув жараёнининг сифатини ошириш, тиббиёт коллежларида шошилиш тез тиббий ёрдам марказлари ҳамшираларини тайёрлаш, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш соҳасида ҳамширалик ишини ривожлантириш, бачадон бўйни раки олдини олишда ҳамшираларнинг роли, амбулатория-поликлиника муассасалари патронаж ҳамширалари фаолиятини такомиллаштириш бўйича илмий тадқиқотлар ўтказилган.

Аммо ҳозирги ижтимоий-иқтисодий тараққиёт даврида Ўзбекистонда шошилиш тиббий ёрдам жарроҳлик бўлимларида беморларга шошилиш малакали ёрдам кўрсатишда ҳамширалик парвариши ва ҳаёт сифатини маъсул бўлган тиббиёт ҳамшираларининг касбий маҳорати, ҳамширалар ишининг ҳажми, ташкил этилганлиги, иш вақтидан самарали фойдаланиш, улар саломатлигига таъсир этувчи хавф омиллари, касбий зўриқишига олиб келувчи деонтологик муаммолар, ҳамширалик ёрдамидан беморларнинг қониқиш даражаси, жарроҳлик бўлими ҳамшираларининг касбий компетентлиги, маҳорати, ишининг сифати ва самарадорлигини оширишга қаратилган кенг қамровли илмий асосланган чора-тадбирлар ишлаб чиқилмаган.

Ушбу йўналишда олиб бориладиган тадқиқот натижаларига асосан Шошилиш тиббий ёрдам марказлари жарроҳлик бўлимларида ҳамширалик ёрдамни сифатини такомиллаштириш ва малакали тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш мумкин.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В ГОРОДЕ УРГЕНЧ

Машарипова Х., Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Гименолепидоз относится к группе цестодозов, вызываемое карликовым цепнем, паразитирующим в тонкой кишке человека.

Цель работы: Изучить эпидемиологические показатели гименолепидоза в городе Ургенч за период с 2010 по 2016 гг.

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости гименолепидозом в г.Ургенч. По данным департамента Управления санэпиднадзора по г.Ургенч за период с 2010 по 2017 гг.

За этот период по Хорезмском регионе было зарегистрировано 24 случая заболевания гименолепидозом с преимущественной локализацией патологического процесса в печени (83,3%). Показатель заболеваемости населения по годам составлял: в 2010 г. – 0,9; в 2011 – 0,6; в 2012 – 1,5; в 2013 - 0,9; в 2014 – 1,6; в 2015 – 0,5; в 2016 – 0,8 и в 2017 – 0,5. Эти данные свидетельствуют о том, что заболеваемость гименолепидозом в регионе на протяжении последних 8 лет сохраняется стабильно на низком уровне и даже с тенденцией к снижению. Гименолепидозом заболевали преимущественно женщины, доля которых составила 58,3%. Удельный вес детей до 16 лет среди заболевших гименолепидозом составил 29,2%, а среди взрослых гименолепидозом заболевали в основном лица в возрасте 25-39 лет (41,7%).

Среди заболевших гименолепидозом преобладали лица без работы (41,7%), школьники и рабочие составляли соответственно 16,7% и 12,5%.

Заключение: Таким образом, результатами проведенного исследования выявлены эпидемиологические составляющие, характерные для гименолепидоза г.Ургенч, которые могут служить основой при планировании и поведении профилактических мероприятий.

ПРАВИЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА

Машарипова Х., Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Бешенство представляет собой инфекционную вирусную болезнь, которая после появления клинических симптомов почти всегда заканчивается смертельным исходом. В почти 99% случаев передача вируса бешенства людям происходит от домашних собак. Хотя существуют эффективные вакцины и иммуноглобулины против бешенства, предназначенные для людей, они не всегда имеются в наличии и не всегда доступны нуждающимся. В целом случаи смерти от бешенства редко отражаются в официальных отчетах. Жертвами часто оказываются дети в возрасте от 5 до 14 лет.

Цель. Изучить правильное проведение постэкспозиционной профилактики бешенства.

По имеющимся данным, 25-50 % жертв укусов собак в районах, эндемичных по собачьему бешенству, - дети до 12 лет. Большинство из этих детей не получает соответствующего лечения, так как они не сообщают о происшедшем родителям или медицинским работникам. Для снижения коэффициента смертности среди детей, где не производится успешная вакцинация собак от бешенства и не проводятся соответствующие программы по контролю, необходимо усилить или начать проводить следующие виды деятельности: Проводить надлежащую и немедленную обработку ран от укусов собак; Расширить доступ уязвимых групп населения к современным вакцинам на основе культур клеток, в том числе доступ детей, живущих в районах, высоко эндемичных по собачьему бешенству, к предэкспозиционной вакцинации;

Современный график вакцинации при экстренной профилактике бешенства заключается всего в 6 дозах вакцины, которые вводятся в день обращения, 3, 7, 14, 28, 90 дни. Итак, схема вакцинации: 0-3-7-14-28-90 при активности вакцины, составляющей 2,5 международных единиц (МЕ). Доза вакцины составляет всего 0,5 мл (для некоторых вакцин доза составляет 1,0 мл) и лучшим местом прививки является дельтовидная мышца плеча или бедро. В том случае, если пациент укушен, но до укуса был привит по полной схеме, и у него имеется достаточный уровень антител, его вакцинируют по схеме 0-3 без применения иммуноглобулина.

Выводы: Современные достижения в изучении и профилактике бешенства необходимо рассматривать как результат кропотливого труда не только отечественных исследователей, но и ученых всего мира. Очевидно, что на современном этапе борьба с бешенством должна предусматривать комплекс научно-исследовательских, противоэпидемических, профилактических, административных, охотнических и хозяйственных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

За последние десятилетия достигнуты большие успехи в диагностике и лечении пневмонии, благодаря чему удалось резко снизить летальность детей раннего возраста. Однако до настоящего времени пневмония по распространенности все еще занимает одно из первых мест в структуре легочных инфекций и темпы снижения заболеваемости детей явно недостаточны.

Цель исследования: изучение клинических и лабораторных особенностей течения пневмонии у детей по данным Хорезмской области.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены клинико-лабораторные особенности течения 38 больных с пневмонией, находившихся на стационарном лечении в многопрофильном детском областной медицинском учреждении города Ургенча, в возрасте от 3 месяцев до 15 лет за 2015-2017 годы. Так, дети до 1 года составили 10,5 %, дети 1-4 лет 31,5 %, 5-8 лет 34,2 %, 9-14 лет 23,7 %. Диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов бактериологического исследования. Анализ результатов бактериологического исследования показал, что у 81,6 % больного высеивалась пневмококк и у 17,4 % больных стрептококк.

Результаты и их обсуждения. По срокам госпитализации в случаях подтверждения пневмонии, дети с высеиванием пневмококка поступили в стационар впервые 2 дня болезни – в 67,7%, на 3-4 день в 30,3% случаях. Дети же с высеиванием стрептококка, госпитализировались в первые два дня болезни лишь в 42,9%, на 3-4-й день болезни в 57,1% случаях. Легкая форма пневмококка наблюдалась нами в 6,45% случаях, а среднетяжелая и тяжелая формы в 93,55% случаях. У детей же с стрептококка легкие формы регистрировались в 71,4% случаях, а среднетяжелые и тяжелые формы лишь в 28,6% случаях. Симптомы интоксикации проявлялись повышением температуры тела до 38,5-39 градусов у большинства (92%) детей, в остальных случаях оставалась субфебрильной, длительность лихорадочного периода составила в среднем $2 \pm 0,58$ дней при легких формах болезни, $3,4 \pm 0,3$ дня при среднетяжелом течении, $4,8 \pm 0,8$ при тяжелом течении болезни. Кашель наблюдалась впервые 3 дня болезни в (60,1%). Всем детям назначалась терапия, которая включала этиотропную терапию, с учетом антибиотикограммы (чувствительности). Большинство больных пневмонией (70,8%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 29,2% детей получили комбинированную антибактериальную терапию.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ УРГЕНЧЕ

Машарипова Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Ветряная оспа — острое, очень заразное инфекционное заболевание, сопровождающееся повышением температуры тела и появлением на поверхности кожи и слизистых оболочек характерной пятнисто-пузырьковой сыпи. Восприимчивость к ветряной оспе исключительно высокая — почти 100%. Более подвержены заболеванию дети младше 7 лет и младшего школьного возраста. Дети первых 2—3 мес. жизни и старше 10 лет, а также взрослые болеют ветряной оспой редко, так как в их организме присутствуют специфические антитела.

Цель исследования: определить клинические проявления ветряной оспы у детей первого года жизни

Материалы и методы исследования: В целях изучения симптомов клинического проявления ветряной оспы в современных условиях нами были проанализированы архивные истории болезни 46 больных ветряной оспой детей до 1 года, госпитализированные в областную клиническую инфекционную больницу г.Ургенч в период с 2015 по 2017 годы.

Результаты исследования: Основную группу заболевших детей с ветряной оспой составили дети старше 3 месяцев – 35 (76,0%). Удельный вес ветряной оспой в группе детей до 3 месяцев составило 11 больных (24%), от 3 до 6 месяцев – 12 больных (26%). В группе детей от 6 до 9 месяцев 10 больных (21,7) и от 9 месяцев до 1 года – 13 больных (28,3%).

Частота ветряной оспы не зависела от пола заболевших детей: так девочек было 25 (54%), мальчиков – 21 (46%). Из 46 детей, заболевших ветряной оспой, только 35 (76,0%) имели контакт с больными ветряной оспой. В первые сутки заболевания поступило 20 (43,5%) детей, на 2 сутки – 12 (26,0%), на 3 сутки – 8 (17,4%) детей. Позже 3 дней от начала заболевания поступило всего 6 детей, что составило 13,0% от числа заболевших.

У 30 (65,2%) больных температура тела повышалась до 38,0С, у 11 (23,9%) – до 39° С и у 5 (10,9%) температура тела была выше 39° С. Легкая форма заболевания регистрировалась в 78% случаев, среднетяжелая в 18% и в 4% - тяжелая форма. У всех больных наблюдалась полиморфная везикулезная сыпь. Течение болезни носило волнообразный характер и именно по этой причине высыпания появлялись с периодичностью до нескольких раз.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что в последние годы в практике наблюдалось повышение заболеваемости ветряной оспой у детей до 1 года. Клиническая картина ветряной оспы сохраняет свои типичные черты. У детей грудного и раннего возраста преобладает легкая форма болезни.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Менглиева Б.Б., Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Маркеры бывают высокочувствительными, и в то же время низкоспецифичными. То есть, онкомаркеры не всегда повышаются при опухолевых заболеваниях, если нет чувствительности, и в то же время могут быть достаточно высокими при простых воспалительных процессах, так как низкоспецифичны.

Онкомаркерами рака молочной железы, чаще всего используемыми на практике являются опухолевые маркеры: **раково-эмбриональный антиген (РЭА)** и **СА15.3**. согласно данным литературы, СА15.3 имеет чувствительность примерно – 60-70%, специфичность – 80-90%.

РЭА (СЕА) Чувствительность – 50-60%, специфичность – до 90%, но он чаще применяется при диссеминированном типе рака, для контроля качества лечения.

Целью исследования явилось определение значения онкомаркеров при ранней диагностике рака молочной железы, или своевременного определения наличия рецидива. Было изучено 48 амбулаторных карт женщин с диагнозом рака молочной железы, где были изучены количества уровня сывороточного онкомаркера Ca15-3. Были сопоставлены данные анализов крови на онкомаркеры, с данными УЗИ, Рентгеноскопии, КТ и даже ПЭТ (5%).

У 16 женщин уровень Ca15-3 был увеличен при первичной диагностике рака, и это составило 33%, у 11 женщин из них при рецидиве опухоли отмечалось повышение уровня Ca15-3. Во всех остальных случаях уровень Ca15-3 не имел никакого прогностического значения.

Считалось, что уровни онкомаркеров Ca 15-3 зависят от стадии заболевания. Сейчас же напротив, в случае увеличения регионарных лимфоузлов, когда на практике сложно определить характер воспалительного или неопластического генеза данной клиники, онкомаркеры в ряде случаев выходят в пределах нормы, а врач решает придерживаться выжидательной тактики. По истечению нескольких месяцев у больных чаще всего лимфоузлы продолжают увеличиваться в размерах, увеличиваются не пораженные на тот момент лимфоузлы, и даже не исключаются случаи поражения отдаленных органов, таких как кости, печень, лёгкие и даже головной мозг.

Только в тех случаях, когда изначально онкомаркеры были высокими при первичной диагностике рака, регрессию опухоли можно оценивать по уровню онкомаркеров.

Для скрининга рака молочной железы лучше всего для женщин, не входящих в группу риска маммография после 50 лет раз в два года. А если женщина входит в группу риска, то необходимо дополнительно к маммографии проводить УЗИ молочных желез раз в год.

ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИКНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Мехмонов М.С., Ибодуллаева М.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Электрон дарслик – ўқув дастурига мос келувчи, дарсликни тўлдирувчи ёки қисман (тўлик) ўрнини босувчи ўқув воситаси. У график, матн, нутқ (овоз), мусиқа, видео ва расм каби мультимедиа воситаларидан иборат ахборот мажмуасидир. Замонавий электрон дарсликлар эса компьютер технологиялари ва Интернет воситаларини ишлатишга асосланган бир бутун дидактик тизим бўлиб, унинг мақсади ўқувчиларни индивидуал ва оптимал ўқув дастури бўйича ўқитиш ва бу жараёни бошқаришни таъминлайди.

Электрон дарслик маълум ва исботланган ахборотни ақс эттириши, тушунарли ва ўзлаштиришга осон бўлиши керак. Унинг таркибида назарий қисм, назорат қилиш қисми, атамалар глоссарийи, асосий ва қўшимча адабиётлар рўйхати бўлиши мумкин.

Тиббий кимё фанини ўқитишда қуйидаги амалий ва дастурий воситалардан фойдаланиш яхши самара беради.

Crocodile Chemistry дастури. Crocodile Chemistry дастури орқали Менделеев жадвалида мавжуд барча элементларнинг кимёвий ва физикавий хусусиятларини ўрганиш мумкин. Одатда кимёвий реакциялар рўй бериш вақтида реакцияга қатнашаётган молекулаларнинг бошқа молекулага айланиш жараёнини (молекуляр даражада) кузатиш иложи йўқ. Лекин, бу дастур орқали кимёвий моддани бошқа моддалар билан реакцияга киришиш жараёнида молекулаларнинг динамикасини кузатиш мумкин бўлади.

Бу дастур орқали кимёвий жараёнларни моделлаштириш, турли реакцияларни ўтказиш ва энг асосийси, буни хавфсиз амалга ошириш мумкин. Бу дастурдан ўрта-маҳсус ва олий ўқув юртларида кимё фанини ўқитишда кенг фойдаланиш мумкин.

Дастур орқали ихтиёрий шаклдаги идишлардан фойдаланиб, турли реактивларни ўзаро аралаштириб кимёвий реакцияни кузатиш мумкин. Кимёвий реакция вақтида реактивларнинг ранги, моддалар улушини, кимёвий реакция формулаларни махсус ойнада кўриш имконияти дастурнинг кучли педагогик қурол сифатида фойдаланиш имкониятини беради.

Sunrav Book EDITOR дастури. Педагогик дастурий воситалар ичида юқори рейтингга эга бўлган Sunrav Book дастури .PPT, .PPTX, .PPS, .PPSX форматдаги файлларни Flash (SWF) ва HTML5 форматига конвертациялаш имкониятини берадиган муаллифлик дастури ҳисобланади. Дастур орқали фойдаланувчилар Flash-роликлар ва YouTube-видео ресурсларни PowerPoint тақдимот слайдларига жойлаштиришлари мумкин. Хусусан:

Яратиладиган электрон ўқув контентларни SCORM ва TinCan тизимларга ўтказиш имкониятини беради, бу эса ихтиёрий LMS (Learning management system) билан интеграциялаштириш мумкин дегани.

PowerPoint дастурида яратилган тақдимот файлининг ҳажмини 97% гача сиқиш имконияти мавжуд

PowerPoint дастурида яратилган тақдимот файлининг ҳимояланишини таъминлайди.

Sunrav Book Free дастурдан ташқари имконияти кўпроқ бўлган Sunrav Book Suite дастури ҳам мавжуд бўлиб, бу дастур орқали юқори даражада сифатли электрон ўқув контентни яратиш мумкин.

Sunrav Book Suite асбоб ускуналари орқали (Quiz Maker, Sunrav Book Visuals, Sunrav Book Dialog Trainer) электрон дарсликлар, видеомаърузалар, Quiz Maker орқали электрон назорат тестлари, сўровномалар, Sunrav Book Dialog Trainer -тармоқланган диалогли электрон курсларни ва онлайн-презентацияларни яратиш мумкин.

СПЕЦИФИКА КИШЕЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Мирзаева Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель. Изучить особенности клинико-лабораторных признаков нарушений пищеварения при хроническом гепатите.

Материалы и методы. Были обследованы 60 больных: 28(46,7%) женщин, 32(53,3%) мужчин с хроническим гепатитом. Постановка диагноза проводилась клинико-лабораторными (анти-ВГС, наличие HbsAg) и инструментальными методами исследования. Для определения форм кала была использована Бристольская шкала (III Конгресс гастроэнтерологов, Рим 2006). Хронический активный гепатит был выявлен у 78%, персистирующий гепатит у 22% больных. Заболевание было связано: с перенесенными гепатитом - у 24(40%), с акушерскими и гинекологическими манипуляциями, переливанием донорской крови у 14(23,3%) больных. У 8 больных (13,3) при анамнестическом исследовании обнаружена связь с перенесенными операциями. У 5(8,3%) больных заболевание было связано со стоматологическими и гигиеническими процедурами, у 9(15%) больных причину заболевания выяснить не удалось.

Полученные результаты. Самыми частыми симптомами при нарушениях пищеварения у больных хроническим гепатитом являлись снижение аппетита (89,2%), вздутие (81%) и урчание в животе (46%). Тяжесть и боль правом подреберье, чувство переполнения и дискомфорта после еды, тошнота, отмечали 44-64% больных. Жидкий стул обнаружен у 58% мужчин и у 24% женщин. У 37,8% больных отмечалось склонность к запором, и у 37,8% больных продолжительность натуживания составила более 25% от времени акта дефекации. У 51,4% больных был характерен нормальный вид кала (по Бристольской шкале тип III и IV), у 10,8% в форме колбаски, но комковатые и 8,1% в виде маленьких шариков с ровными краями (V тип). 18,9% пациентов отмечали затвердение кала в виде отдельных, твердых каловых комков, как орехи (I тип), 10,8% кал имел рыхлые

частицы с неровными краями (кашицеобразный стул, VI тип по Бристольской шкале). При качественном анализе у 37,8% больных обнаружены мышечные волокна, у 16,2% больных - жиры и жирные кислоты, у 35,1% больных неперевариваемая клетчатка, у 35,1% - наличие крахмала. **Выводы.** Таким образом, при хронических гепатитах происходит заметное нарушение функции кишечника, что протекает неоформленным стулом, запорами, метеоризмом (вздутие живота), отрыжкой, тяжестью в животе (верхней части живота между реберными углами). Нарушается перистальтика, секреторная функция кишечника и ухудшается всасывание питательных веществ. При хроническом гепатите возникает энтероколит со свойственной ему симптоматикой, что требует комплексного лечения больных.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИЮ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Мухамадиева Н. Б., Хамроев С. Б.

Бухарский государственный медицинский институт

В сегодняшний день имеются многочисленные данные, о том что шизофрения ассоциирована с изменениями различных когнитивных расстройств. Эти изменения могут встречаться у здоровых родственников первого степени родства, у пациентов – уже в детском возрасте, в преморбиде заболевания, наиболее отчетливо проявляясь при состояниях высокого риска – психопатологическом диатезе. Анализировалась вероятность включения когнитивных изменений в ряд диагностических примет шизофрении, что было отстранено в связи с отсутствием достаточных данных, которые позволяли бы дифференцировать когнитивную функцию при шизофрении и других патологических изменениях.

Сравнение профиля и уровню выраженности нейропсихологического недостатка у больных с шизофренией и у пациентов страдающих иными эндогенными психозами, возможно внесёт значимую лепту в уяснение патогенеза прочих изменений и в нозологические модели психотических изменений в целом. Предоставленные многочисленные исследования удостоверяют то, что больные с прочими эндогенными психозами также замечают отклонения в профиле когнитивного функционирования. В многих исследованиях сопоставляется когнитивный недостаток при шизофрении и биполярном расстройстве. Имеются довольно много данных о том, как когнитивные изменения часто встречаются у пациентов аффективными психозами. К примеру, в одном из исследований показано, что когнитивные изменения наблюдаются у 84% пациентов шизофренией, 58,3% пациентов с депрессией и психотическими симптомами, а также 57,7% пациентов с психотическими симптомами в рамках биполярного изменения

Упираясь на анализ литературных данных и результатов неисчислимых проведенных исследований нейрокогнитивного недостатка можно констатировать, что несколько доказательных отличий нейрокогнитивного недостатка у больных с шизофренией, аффективными изменениями и органическими поражениями головного мозга пока что не обнаружено. Несмотря на популярность и значительную густота научных исследований в области нейрокогнитивного недостатка, этот феномен остается малоизученным и, практически не используется в работе отечественных психологов. Поэтому следует подметить, что в данный период методологические подходы к изучению нарушений психических расстройств в западной клинической психологии и отечественной психологии значительно расходятся.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА 2016-2020 ЙИЛЛАРДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИНИНГ ТРАНСПОРТ ТУРЛАРИ ВА СОДИР БЎЛИШ ҲОЛАТЛАРИ БЎЙИЧА ДИНАМИКАДАГИ ЎЗИГА ХОС-ХУСУСИЯТЛАРИ

Матякубов Ж.Р., Абдуллаев И.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация. Йўл транспорт ҳодисалари туфайли кўплаб ўлим ҳолатлари юз беради. Бундан ташқари жароҳатланиш ва ногиронликнинг ЙТҲ туфайли содир бўлиши мамлакатларнинг иқтисодиётига ҳам сезиларли зарар келтиради.

Аннотация: Многие люди погибают в результате дорожно-транспортных происшествий. Кроме того, травмы и инвалидность в результате дорожно-транспортных происшествий также наносят значительный ущерб экономике стран.

Annotation: There are many fatalities due to road traffic accidents. In addition, the occurrence of injuries and disabilities due to traffic accidents also causes significant damage to the economies of countries.

Калит сўзлар: динамика, ногиронлик, автоҳалокат, жароҳатланиш, ўлим.

Ключевые слова: динамика, инвалидность, автокатастрофа, травма, смерть.

Key words: dynamics, disability, car accident, trauma, death.

Дунёда ҳар йили автоҳалокатлар сабабли 1,35 миллионга яқин одамлар бевақт ҳаётдан кўз юмадилар, шунингдек 50 миллиондан ортиқ киши жароҳат олади. Жароҳатланиш, ногиронлик ва ўлимдан ташқари автоҳалокатлар мамлакатларнинг иқтисодиётига ҳам сезиларли зарар келтириб, бу миқдор йилига 65-100 миллиард долларни ташкил қилади. Кўпчилик мамлакатларда ушбу миқдор ялпи ички маҳсулотдан келадиган даромаднинг 3% ини ташкил этади. [1, 6, 8]. Дунёда автоҳалокатлардан ўлимнинг тахминан тўртдан уч қисми (73%) 25 ёшгача бўлган эркаларга тўғри келиб, аёлларга нисбатан деярли 3 марта юқори. Эътиборли жиҳати шундаки, автомашинанинг тезлиги 1% га оширилса, ўлим хавфи билан содир бўладиган автоҳалокатнинг хавфи 3-4%га ошади [2].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига қараганда дунё мамлакатларида автоҳалокатлар сабабли содир бўлаётган ўлимнинг ҳар бештадан бири Хитой давлатига тўғри келади. 2009 йилда Хитойда 70000 ўлим ҳолати қайд этилиб, уларнинг кўпчилиги 21-65 ёшдаги эрка аҳолига тўғри келиб, бу ҳолатлар асосан қишлоқ аҳолиси орасида пиёдалар, йўловчилар, мотоциклчилар ва велосипедчиларга тўғри келган. (Xue Wang, Huiting Yu, Chan Nie, 2019).[3] Қозоғистонда ҳар 100 000 та аҳолига йилига автоҳалокатлар туфайли 21,9 киши вафот этади. Бу кўрсаткич кўшни республикалар: Хитойда 20,5, Қирғизистонда 19,2, Ўзбекистонда 11,3, Россияда 18,6, Беларусда 14,4, Украинада 13,5ни ташкил этади.

2020 йилнинг 7 ойи давомида Тошкент шаҳрида содир бўлаётган автоҳалокатлар тахлили шуни кўрсатдики, ЙТҲ лари гарчи 2019 йилга нисбатан 31,1%га камайган бўлсада ушбу муаммо долзарблигича қолмоқда деб хабар беради матбуот маркази. 2020 йилнинг шу ўтган 7 ой ичида Тошкент шаҳрида жами 320 та автоҳалокатлар қайд этилган. Шундан 284 киши жароҳат олган ва 42 та ўлим ҳолати кузатилган. Уларнинг 11 нафари ҳайдовчилар, 10 таси йўловчилар ва 21 таси пиёдалар бўлган. Эътиборли жиҳати вояга етмаган болалар орасида автоҳалокатлардан ўлим ҳолати 50%га ошган. Тошкент шаҳрида автоҳалокатларнинг 12таси светофор сигналларига амал қилмаслик, 77та ҳолат чорраҳаларда содир бўлган, 5 та ҳолат маст ҳолда содир бўлган ва 159 та автоҳалокат тезлик меъёрига риоя қилмаслик натижасида содир бўлган[7]. Россия Федерацияси ГИБДДсининг берган маълумотига қараганда 20% автоҳалокатлар асосан йўллардаги ноқулайликлар, айнан унинг 70%и йўл юзасининг қалин қор билан қопланиши ва ўз вақтида тозаланмаслиги сабабли юзага келади [9]. Ҳар йили Россия йўлларида 30000 дан ортиқ киши оламдан ўтади, 200 000 киши жароҳат олади

Статистик маълумотларга қараганда ҳар ўнта ҳолатдан биттаси болаларга тўғри келади ва 1,5 мингдан ортиқ бола вафот этади, шунингдек 20 000 та вояга етмаган болалар жароҳат оладилар ва кўпчилиги бир умрга ногирон бўлиб қоладилар [10].

Тадқиқотнинг мақсади Хоразм вилоятида 2016-2020 йилларда содир бўлган йўл транспорт ҳодисаларининг транспорт турлари ва содир бўлиш сабаблари бўйича ўзига хосхусусиятларни ва натижада юзага келган жароҳатланиш ҳамда ўлимнинг табиби ва унинг динамикасини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Материаллар ва усуллар. Хоразм вилояти ИИБ ЙҲХБнинг 2016-2020 йиллар бўйича автоҳалокатлар тўғрисидаги ҳисоботларида қайд этилган жами 1279 та автоҳалокат ҳолатлари ҳисоботда берилган маълумотлар доирасида ўрганилди. Вилоятнинг автомобил йўлларида 2016 йилда 270 та, 2017 йилда 263 та, 2018 йилда 259 та, 2019 йилда 245 та, 2020 йилда 242 та автоҳалокатлар қайд этилган. Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария статистик усуллардан кенг фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама.

Вилоятда ўрганилган йилларда жами қайд этилган 1279 та автоҳалокатлар сабабли 1530 киши азият чеккан ва уларнинг 997 нафари (63,9%) ҳар хил турда жароҳатлар олган ва 553 нафари (36,1%) вафот этган.

Юқори даражада қайд этилаётган ЙТХларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, аксарият ҳолларда автоҳалокатларнинг сабаби белгиланган тезликдан юқори тезликда автомашиналарни бошқариш бўлган. Яъни ҳайдовчилар, аниқроғи инсон омилининг тутган ўрни катталиги аниқланди. Инсон омилининг нисбий хавф кўрсаткичи ўртача ўрганилган даврда 75,8 га тенг эканлиги аниқланди. Эътиборли жиҳати шундаки, вилоятда жами содир бўлган автоҳалокатларнинг ўрганилган йиллар давомида энг юқори даражаси пиёдаларни уриб юборишлар (47,0±1,39%) билан содир бўлиши, бу каби ҳолатларнинг содир бўлишида ҳар иккала томоннинг, яъни ҳайдовчилар ва пиёдаларнинг белгиланган йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилмасликлари сабабли содир бўлаётганлигини алоҳида таъкидлаш мамкин. Иккинчи ўринни вилоятда тўсиқларга урилишлар ташкил этиб жами ҳолатларнинг 30,7 %ини ташкил этишини кўриш мумкин (расм 1). Бунинг асосий сабабларидан бири бу тўсиқларнинг белгиланган йўл белгилари билан жиҳозланмаганлиги ва тунда етарли даражада ёритилмаганлигидадир.

Эътиборли жиҳати бу турдаги автоҳалокатлар вилоятда йил сайин ошиб бориши кузатилмоқда. Велосепед ҳайдовчилари билан боғлиқ ҳолдаги ЙТХ лар тарқалиши бўйича учунчи ўринни эгаллаб турибди. Бунинг асосий сабабларидан бири, биринчи навбатда вилоятда велосипедчилар учун махсус йўлакларнинг йўқлиги ва қолаверса улар барча турдаги йўлларда ҳайдовчилар билан тенг ҳуқуқли транспорт бошқариш ҳуқуқига эга бўлсаларда, улардан йўлларда транспорт бошқариш билан боғлиқ расмий ҳужжатларнинг талаб этилмаслиги ва энг асосийси, йўлларда велосипед бошқариш қонун қоидаларнинг бажариш малакаларига эга бўлмасликлари, велосипедларнинг талаб қоидаларига жавоб бермасликлари сабаблари саналади.

2016-2020 йиллар давомида вилоятда содир бўлган 1279 та ЙТХлари натижасида 977 кишида ҳар хил турдаги жароҳатлар олинган. Ушбу жараённи ЙТХ содир бўлиш турлари бўйича таҳлил қилганимизда ҳам қатор хусусиятлар қайд этилди. Жароҳатланишлар даражаси ҳам ЙТХ ларига мос равшда, унинг энг юқори даражаси пиёдаларни уриб юбориш билан боғлиқ жароҳатлар бўлиб, умумий жароҳатланишларнинг 45,3%ини ташкил этиб етакчи ўринни эгалласа, 32,4% билан транспорт воситаларнинг тўқнашувлари иккинчи ўринда ва велосипед ҳайдовчиларини уриб юбориш билан боғлиқ жароҳатланишлар 11,9% ни ташкил қилиб учунчи ўринни эгаллаши маълум бўлди. Ушбу ҳолатларнинг барчаси биринчи галда ҳайдовчилар томонидан йўлларнинг маълум қисмларида тезликни белгиланганидан оширишлари сабабли содир бўлган. Жароҳатланишда кейинги ўринларни 7,67% билан тўсиққа урилишлар, 6,0% билан от ёки эшак араваларга урилишлар, 4,4% билан ағдарилишлар асосан йўлларнинг талаб даражада эмаслиги ва ҳайдовчиларнинг

белгиланган энг юқори тезликдан бир-неча мартаба юқори тезликда автомашиналарни бошқаришлари эканлиги қайд этилган.

2016-2020 йилларда Хоразм вилояти йўлларида содир бўлган ЙТХларида ўлим таркиби ва унинг динамикаси таҳлил натижаларида шу ҳолат маълум бўлдики, ўлим айниқса автотранспортларнинг тўқнашувлари, пиёдаларни уриб юбориш, ағдарилиш ва велосипед ҳайдовчиларини уриб юборишлар натижасида сезиларли даражада юқори кўрсаткич сақланиб қолаётганлиги аниқланди. Аниқроғи 31,3 % билан пиёдаларни уриб юбориш сабабли ўлим биринчи ўринни, ҳар битта автоҳалокат турида 27,8%дан тўғри келиб тўқнашишлар ва ағдарилишлар иккинчи ўринни ва ўлимнинг 7,6%ни ташкил этиб велосипед ҳайдовчиларини уриб кетишлар учунчи ўринни эгаллаши маълум бўлди. Ўрганилган йилларда автоҳалокатлар сабабли ўлимнинг динамикасини ўрганилганда шу ҳолат маълум бўлдики, айниқса автотранспортларнинг тўқнашувлари, тўсиқларга урилишлар сабабли ўлимнинг йиллар давомида ошиши кузатилиб, айниқса тўқнашувлар сабабли ўлим 1,7 баробарга ошганлиги аниқланди. Таҳлиллардан шу ҳолат маълум бўлдики, ўлим сабабларининг деярли барчасида ЙТХнинг асосий сабаби белгилангандан бир неча баробар тезликни ошириш, яъни инсон омилининг ўрни катта эканлиги маълум бўлди. Фикримизнинг исботи сифатида кўриш мумкинки, автоҳалокатлардан ўлимнинг 91,0%и энгил автомобиллар иштироқида, 5,73%и юк машиналар иштироқида, 2%и мотоцикллар, 0,6%и автобуслар ва 0,4%и тракторлар билан содир бўлган. Кўришиб турибдики, автоҳалокатларнинг асосий ва етакчи сабабларидан бири, бу энгил автомобилларни бошқарувчиларнинг тезликни белгиланган меъёридан оширишлари, яъни ҳайдовчилик маданияти саналади. Қолаверса йўлларнинг талаб даражасига жавоб бермаслиги, транспорт воситаларнинг техник кўриклардан юзаки ўтказилишлари, йўлларда транспорт воситаларини бошқариш тартибини назорат қилишнинг онлайн тизимига ўтказилмаганлиги, ҳайдовчилик гувоҳномаларини олишдаги коррупциялашган тизимнинг ҳали ханузгача мавжудлиги, йил сайин автомашиналарнинг кескин даражада кўпайиб бориши, ҳозирги мавжуд йўлларнинг ўтказувчанлик даражасининг кун сайин пасайиб бориш ва бошқа кўплаб объектив ва субектив сабаблар ЙТХлари ва улардан жароҳатланиш ва ўлимнинг юқори даражада сақланиб қолишига сабаб бўлмоқда. Юқорида келтирилган статистик таҳлил натижаларига асосланган ҳолда қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин.

Хулосалар:

Ўрганилган адабиётлар ва бошқа ижтимоий тармоқлардан олиб ўрганилган материаллар ва бевосита Хоразм вилояти ИИБ ЙҲХБнинг берган йиллик ҳисоботларини таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, дунёнинг кўплаб мамлакатларида, жумладан мамлакатимизда ва шунингдек тадқиқот амалга ошириляётган Хоразм вилоятида ҳам йўл транспорт ҳодисаларининг кейинги йилларда бир оз пасайиш кузатилсада, унинг даражаси юқорилигича сақланиб қолмоқда;

2. Ўрганилган 2016-2020 йилларда хоразм вилояти йўлларида ЙТХларининг юқори даражаси асосан пиёдаларни уриб юборишлар ($47,0 \pm 1,39\%$), автотранспортларнинг тўқнашувлари ($30,7 \pm 1,28\%$) ва велосипед ҳайдовчиларини уриб юборишлар ($12,2 \pm 0,91\%$) ҳисобига тўғри келиб, жами ЙТХларининг 89,9%ни ташкил этиши ва уларнинг асосий сабабларидан бири, бу ҳайдовчиларнинг йўлларда белгиланган меъёрдаги тезлик қоидаларига риоя қилмасликлари ҳисобига содир бўлган;

3. ЙТХлари натижасида олинган жароҳатлар ва ўлим ҳолатлари ҳам деярли ЙТХлари даражасига мос равишда асосан пиёдаларни уриб юборишлар $45,3\% \pm 1,59\%$ ва $31,3 \pm 1,97\%$ ларга, автотранспортларнинг тўқнашувлари $32,4 \pm 1,49\%$ ва $27,8 \pm 1,90\%$ ларга, ағдарилишлар $4,4 \pm 0,65\%$ ва $27,8 \pm 1,90\%$ ларга ва велосипед ҳайдовчиларини уриб юборишлар $11,9 \pm 1,03\%$ ва $7,6 \pm 0,88\%$ ларга тенг бўлиб, жами жароҳатланганларнинг $89,6 \pm 0,98\%$ ини ва жами ўлимнинг $94,5 \pm 1,09\%$ ини ташкил этиши аниқланди. Ушбу ҳолатда ҳам қайд этилган юқори даражадаги жароҳатланиш ва ўлимнинг асосий сабаби автотранспортларни юқори тезликда бошқариш эканлиги аниқланган;

4. 2016-2020 йилларда вилоятда содир этилган ЙТХлари динамикасининг тахлили шуни кўрсатдики, айниқса автомашиналарнинг тўқнашувлари, тўсиққа урилишлар, велосипед ҳайдовчиларни, от ва эшак араваларни уриб юборишлар динамикада ўсиш анънасига эга бўлса, ағдарилишлар, турган транспорт воситаларига урилишлар, пиёдаларни уриб юборишлар унча катта бўлмаган даражада камайиш хусусияти эга эканлиги кайд этилди;

5. Вилоятда ЙТХларининг етакчи сабаблари бу- ҳайдовчиларнинг йўлларда белгиланган тезликка риоя қилмасликлари ва қолаверса давлат аҳамиятга эга ва маҳаллий йўлларнинг тўлиқ даражада талабга жавоб бермаслиги, аҳоли яшайдиган жойларда йўлларнинг тунда ёритилмаслиги, ҳайдовчиларнинг малакасизлиги, кейинги йилларда йўлларнинг ўтказувчанлик қобилятига нисбатан машиналар сонинг кескин даражада ошиб кетиши, автомашиналарнинг жорий техник кўриқлардан юзаки ва номига ўтказилиши ва бошқа сабаблар. Бу каби сабаблар вилоятда ЙТХларининг юқори даражада сақланиб қолишида муҳим аҳамият касб этишини алоҳида таъкидлаш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Lawrence Gostin, JD Traffic injuries and Deaths: A Public Health Problem We Can Solve/ 2018.-<https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2760052>.- p 1-6.

2. Sarah Newey. 2018/ Traffic accidents kill more than malaria HIV and TB/<https://www.telegraph.co.uk/global-health/climate-and-people/death-road-traffic-accidents-kill-malaria-hiv-tb/>

3. Xue Wang, Huiting Yu, Chan Nie. 2019. Road traffic injuries in China from 2007 to 2016: the epidemiological characteristics, trends and influencing factors.-p.1 of14.

4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

7. <https://iibb.uz/uz/news/statistika>

5. Kennedy Diema Konlan, Abdul Razak Doat, Iddrisu Mjhammed and other Prevalence and Pattern Of Road Traffic Accidents among Commercial Motorcyclists in the Central Tongu District, Ghana// The Scientific World Journal //Volume 2020?Article ID 9493718, 10 pages.

6. Пономарев О.Н., Пацула Р.Б., Гаваев А.С. Оценка безопасности дорожного движения в зимний период/Материалы X международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения д.м.н., проф. Л.Г.Резника Организация и безопасность дорожного движения.-Том 1.-2017.-с.236-238.

7. Дедов А.А Структура детского дорожно-транспортного травматизма в Воронежской области// Вестник новых медицинских технологий, т. XVIII, №2/ под ред. А.А.Хадарцева.-2011.-С.513-515.

УДК: 616.366-002-058.087+611.367.013

PROBLEMS AND PROSPECTS OF CRANIOCEREBRAL INJURIES

Masharipov A., Masharipova Sh.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench

Summary. The study of pathological changes in brain damage in neurotrauma is necessary for the development of forensic medical criteria for assessing the duration, impact site and thanatogenesis in severe traumatic brain injury. A systematic study of all clinical and morphological, topographical signs of severe traumatic brain injury allows us to develop forensic medical criteria for assessing the duration of cerebral damage. It is also possible to create a computer program for assessing the duration and impact of a severe traumatic brain injury based on the mathematical processing of the clinical, pathogenetic and morphological criteria for severe cerebral trauma.

Key words: severe traumatic brain injury, pathological changes, forensic criteria for assessing the duration of injury.

Аннотация. Бош нейротравмаларда олган зарарларининг патоморфологик, ўзгаришларини ўрганиш бош суяги ва мия оғир травмаларида танотогенез, зарба жойи ва

муддатини аниқлаш суд-тиббий мезонларини ишлаб чиқишда зарурдир. Бош суяги ва мия оғир травмасининг барча клиник, морфологик ва топографик белгиларини тизимли тадқиқ этиш церебрал шикастнинг муддатини аниқлаш суд-тиббий мезонларини ишлаб чиқиш имконини беради. Шунингдек оғир церебрал травмаларнинг клиник, патогенетик ва морфологик базаларини математик ишлаш асосида бош суяги ва мия оғир травмасида зарба жойи ва муддатини аниқлаш учун компьютер дастури яратиш мумкин.

Калит сўзлар: бош суяги ва мия оғир травмаси, патоморфологик ўзгаришлар, шикастнинг муддатини аниқлаш суд-тиббий мезонлари.

Аннотация. Изучение патоморфологических изменений повреждений головного мозга при нейротравмах необходимо для разработки судебно-медицинских критериев оценки давности, места удара и танатогенеза при тяжелых черепно-мозговых травмах. Системное исследование всех клинических и морфологических, топографических признаков тяжелой черепно-мозговой травмы позволяет разработать судебно-медицинские критерии оценки давности церебрального повреждения. Также возможно создание компьютерной программы для оценки давности и места удара при тяжелой черепно-мозговой травмы на основании математической обработки базы клинических, патогенетических и морфологических критериев тяжелых церебральных травм.

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, патоморфологические изменения, судебно-медицинские критерии оценки давности повреждения.

Despite significant advances in the development of medical science, neurotrauma remains one of the most difficult and unsolved problems in public health. Severe traumatic brain injury (TBI) accounts for an average of 35.6% of all injuries, and in the overall structure of TBI reaches 42.8% [1,7]. Among those hospitalized for TBI, mortality ranges from 2.7 to 38%, and half of the survivors become disabled. This necessitates an in-depth study of TBI as the main cause of deaths and disability, and in the deceased - the development of pathomorphological criteria used in the practice of forensic doctors. Severe traumatic brain injury ranks first in the structure of neurotraumatism, accompanied by high mortality, deep disability. Various aspects of severe craniocerebral trauma are covered in sufficient detail in numerous publications, monographs, dissertation research, journal articles in our country and abroad [13]. TBI, according to various sources, accounts for 20 to 25% of all craniocerebral injuries [4]. In severe TBI, most often, or up to 80%, the trunk suffers at the mesencephalo-bulbar level, less often at the diencephalic level [9].

Every year, 1.5 million people die from TBI in the world, and 2.4 million become disabled. In the United States, 1.6 million people receive TBI every year: 51 thousand of them die, and 124 thousand become disabled for life or for a long time. The total number of people with disabilities due to brain injury exceeds 5 million.

Severe traumatic brain injury is currently understood as such injuries that are clinically manifested by prolonged and profound impairment of consciousness, impairment of breathing and cardiovascular activity, impaired hemostasis caused by primary or secondary damage to the brain stem, as well as multiple foci of bruising and crushing of brain tissue, mainly of the basal hemispheres, extracranial hemorrhages, cerebral edema.

First of all, TBI includes bruises of the brain, diffuse axial injuries, compression of the brain by intracranial hematomas, less often by subdural hematomas, pneumocephalus, large depressed fractures of the skull bones [8]. The severity of TBI is due to various factors: the degree and localization of the primary damage to the stem and brain, as well as the reactions associated with this: impaired arterial and venous circulation of the brain, cerebrospinal fluid production and cerebrospinal fluid circulation, metabolite, water-electrical exchange, which cause edema. swelling of the brain tissue, dislocation and secondary damage in the form of infringement of the trunk at the level of the tentorial and greater occipital foramen [2,5]. Severe TBI includes diffuse axonal brain injury, the diagnosis of which has become possible only with the use of modern highly informative research methods, such as CT, MRI, and electron microscopy. The most common cause of diffuse axonal damage is a motor vehicle injury with a rotational acceleration-deceleration mechanism [10,15].

According to some authors, mortality in diffuse axonal injuries reaches 90% of the total number of observations, and primarily in the acute period due to progressive respiratory and cardiac disorders, and later due to the addition of purulent-infectious complications. Traditionally, the death rate from traumatic brain injury remains high. The literature describes the morphological criteria of TBI, which vary depending on the time of its occurrence. The temporal dynamics in the area of damage to the brain and its membranes during TBI in the early stages after its onset, as well as the immediate causes of death at the scene, are described relatively fully. But the immediate causes of death during the experience of TBI are much less studied [4]. Many aspects of TBI to the present time remain insufficiently studied, which determines the special urgency of this problem in modern medicine [3,12]. For forensic medical expert practice, the assessment of various aspects of mechanical damage to the brain is of great practical and theoretical interest. This is the establishment of the nature of injuries and the differential diagnosis of the primary and secondary origin of injuries, and the clarification of the mechanism of their formation [16], the identification of criteria for the lifetime of injuries [10,17]. Separately, in expert practice, there is the question of the diagnosis of the direct causes of death, the conditions for the occurrence and objectification of the sequence of stages of the processes of dying of victims with various variants of TBI.

The sequence of occurrence of various stages of pathological processes in TBI and the mechanisms of development of individual complications in TBI remain poorly understood [6, 11, 14].

Until now, in expert practice, there are still many unresolved problems in assessing the implementation of various variants of thanatogenesis in TBI, including depending on the time of onset of death. The solution to this issue is of great forensic importance both for substantiating the prescription and clarifying the dynamics of the causes of death in various variants of TBI, and for obtaining objective information about the causes of deaths of TBI in the long-term post-traumatic period. Insufficient knowledge of the pathomorphological criteria of TBI creates great difficulties in the conduct of forensic medical examination, complicates the solution of the issue of the mechanism, prescription, lifetime and timing of damage. The most important is to determine the place of impact of damaging factors in TBI. When determining the duration of TBI, as a rule, it is important to diagnose violations of volumetric equilibrium between the individual components of the contents of the cranial cavity. These include changes in the volume and quality of cerebral fluid, brain tissue, intracellular and extracellular fluid, and intravascular blood. The morphological criteria of TBI are various forms of cerebral trauma in the form of bruises and crushes of the brain, diffuse axial injuries, compression of the brain by intracranial hematomas, less often subdural hematomas, pneumocephalus, large depressed fractures of the skull bones. Determination of the severity of TBI is also important for forensic medicine. Localization of the primary damage to the trunk and brain depends on this, as well as associated with general secondary reactions: impaired arterial and venous circulation of the brain, cerebrospinal fluid production and cerebrospinal fluid circulation, metabolites, water-electrical exchange, which cause edema-swelling of brain tissue, dislocation and secondary damage in the form of infringement of the trunk at the level of the tentorial and large occipital foramen, which are the main morphological criteria for assessing the age and localization of injuries in TCI. Considering the above, it is necessary to study the pathomorphological changes in brain damage in neurotrauma to develop forensic criteria for assessing the age, impact site and thanatogenesis in severe craniocerebral injuries. To do this, it is necessary to investigate the pathomorphological changes occurring in various variants of TBI, in the brain tissue, skull bones and soft tissues of the scalp. The pathophysiological and morphological study of all tissue components of the head with TCI allows determining the location of localization and the force of the damaging blow. A systematic study of all clinical and morphological, topographic signs of TBI will make it possible to develop an algorithm based on the pathomorphological manifestations of TBI, as well as to offer forensic criteria for assessing the duration of cerebral injury in TBI. There will be an opportunity to create a computer program

to assess the age and place of impact in TBI on the basis of mathematical processing of the database of clinical, pathogenetic and morphological criteria for severe cerebral injuries.

References

1. Akhmediev M.M. Analysis of severe traumatic brain injury in children // 5th congress of pediatricians of Uzbekistan: Abstracts. report - Tashkent, 2004. -- S. 310-311.
2. Guseinov G.K., Bogomolov D.V., Semenov G.G. On the immediate causes of death in traumatic brain injury // Materials of the final scientific conference of the RCSME. - M.: INFRA-M, 2006. -- S. 179-184.
3. Guseinov G.K., Davydova N.G., Mazurenko M.D. Assessment of pulmonary edema in death at the prehospital stage from craniocerebral trauma with blunt objects // Theory and practice of forensic medicine: Tr. Petersburg scientific. about-va of forensic doctors; Ed. prof. M.D. Mazurenko. - SPb, 2002. - Issue. 6. - S. 37-39.
4. Guseinov G.K., Fetisov V.A., Bogomolov A.V. Forensic medical assessment of thanatogenesis in the experience of traumatic brain injury // Sud.-med. expertise. - 2010. - No. 4. - S. 8-11.
5. Dolgova IN, Dyshekova ZN. Important extracerebral complications of acute disorders of cerebral circulation // Zhurn. scientific. publ. graduate students and doctoral students. - 2015. - No. 1 (103). - S. 88-91.
6. Dolgova OB Morphological changes in the lungs in persons who died in hospitals from closed craniocerebral trauma: Abstract of the thesis. dis. Cand. honey. sciences. - Izhevsk, 2004.
7. Iskandarov A.I., Toshboyev S.M., Kuldashev D.R., Dal -zhanov B.M. Analysis of mortality in children with traumatic brain injury // 4th Congress of Neurosurgeons of Ukraine: Abstracts. report - Dnepropetrovsk, 2008. - P. 129.
8. Korsakov S.A., Yakunin S.A. Some questions of biomechanics of intracranial injuries // Sud.-med. expertise. - 2000. - No. 4. - S. 5-7.
9. Likhterman LB Traumatic brain injury. - M., 2003. -- 186 p.
10. Matsko D.Ye. General pathology of the damaged brain (morphological aspects) // Ros. neurochir. zhurn. - 2009. - No. 2. - S. 16-28.

УДК:616.13-072:616.379-008.64:57.037

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ARTERIES OF THE PULMONARY CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Masharipova Sh.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.

Summary. Arteries of the 1st and 3rd level belong to the muscular-elastic type, arteries of the 4th-6th level - to the arteries of the muscular type. For a more thorough examination, the arteries were divided into three groups: arteries of small, medium and large caliber. The results of our research show that a spiral smooth muscle layer develops on grade 3 and 4 arteries. This layer appears in cross-section as a separate pillow-like bulge. It is located close to the outer elastic membrane on the side of the adventitia.

Key words: intrapulmonary arteries, arteries, postnatal ontogenesis.

Аннотация. 1 ва 3 даражадаги артериялар мушак эластик типиди, 4-6 даражадаги артериялар мушак типиди артериялар. Янада мукамалроқ ўрганиш учун артериялар яна учта гуруҳга ажратилди: кичик, ўрта ва катта ўлчамли артериялар. Тадқиқотларимиз натижалари кўрсатишича, 3 ва 4 даражали артерияларда қўшимча равишда спиралсимон силлиқ толали мушак қавати ривожланади. Бу қават кўндаланг кесмаларда алоҳида ёстиқсимон бўртма сифатида намоён бўлади. Адвентиция томонидан ташқи эластик мембранага яқин жойлашади. Унинг асосини ташкил қилувчи силлиқ мушак толалари қийшиқ айлана йўналишга эга бўлиб, бир бирига жуда зич жойлашади.

Калит сўзлар: ўпка ичи артериялари, артериялар, постанатал онтогенез.

Аннотация. Артерии 1-го и 3-го уровня относятся к мышечно-эластическому типу, артерии 4-6-го уровня - к артериям мышечного типа. Для более тщательного исследования артерии были разделены на три группы: артерии малого, среднего и большого калибра. Результаты наших исследований показывают, что на артерий 3 и 4 степени развивается спиральный гладкомышечный слой. Этот слой в поперечных сечениях выглядит как отдельный подушкообразное утолщение. Располагается близко к наружной эластической мембране со стороны адвентиции.

Ключевые слова: внутрилегочные артерии, артерии, постнатальный онтогенез.

Diabetes mellitus (DM) is a systemic metabolic disease that has become pandemic, prompting the United Nations (UN) in December 2006 to adopt a resolution calling “to create national programs for the prevention, treatment and prevention of diabetes and its complications and to include them in the composition of the state programs on health care”. Over the past 30 years, in terms of the rate of increase in the incidence of diabetes, it has outstripped such infectious diseases as tuberculosis and HIV. The number of patients with diabetes in the world over these years has more than doubled and reached 366 million people by 2011.

Purpose of the study: to study the morphological structure of the intrapulmonary arteries.

Materials and methods. For the experiment, 60 white outbred laboratory rats, weighing 220-280 grams, males aged 4-5 months were used. The structure of the layers of the intrapulmonary arteries and their morphometry were studied. Conclusion: to compare the morphological structure of the intrapulmonary arteries, we studied them at 6 levels. Arteries of the 1st and 3rd level belong to the muscular-elastic type, arteries of the 4th-6th level - to the arteries of the muscular type. For a more thorough examination, the arteries were divided into three groups: arteries of small, medium and large caliber. The results of our research show that a spiral smooth muscle layer develops on grade 3 and 4 arteries. This layer appears in cross-section as a separate pillow-like bulge. It is located close to the outer elastic membrane on the side of the adventitia.

The law of structural functional formation of blood vessels in the human body at different ages is one of the urgent tasks of modern morphology and pathomorphology [1,2]. The development of various pathological processes in the lungs can be accompanied by damage to the respiratory organs, blood vessels, alveoli, interstitium, pleura. Damage to the pulmonary arteries, changes in the blood vessels of the small circulatory system are pathological with many concomitant diseases. Early detection of hemodynamic disturbances in the small circulatory system has become of even greater interest today. It is known that the lungs contain a system that provides the process of gas exchange. In this system, the main role is played by the external arteries of the lungs and intra-organ arteries. The role of structural changes in the arteries in pathologies arising in the small circulatory system has been reported in the literature [3,7,8]. In the modern literature, changes in the endothelial layer of the pulmonary arteries in various pathologies are common [1.6]. Pathological processes develop as a result of changes in the collagen, elastic fibers and other fibers of connective tissue of these arteries [4]. In addition, age-related changes in the blood vessels develop. In view of the above, we set ourselves the goal of studying the morphological structure of the intrapulmonary arteries.

Research material and methods. For the experiment, we used 60 white laboratory rats, weighing 220–280 g, adult, 4–5-month-old male. We performed the experiment in the scientific laboratory of the Department of Anatomy, Clinical Anatomy of the Tashkent Medical Academy. In order to study the morphological structure of the arteries in the small circulatory system, the rats were isolated together with the thoracic cavity organs around the lungs after anesthesia and fixed for 48 hours in 10% formalin solution. It was then washed in running water for 12 h and solidified into paraffin blocks after dehydration in growing alcohol. Histological preparations of 10-12 microns were prepared and stained by hematoxylin eosin, Van Gizon and Weigert methods. The following dimensions of the arteries were measured when histological preparations were imaged under a microscope on a computer and using the Compass-3D V8 program: the transverse surface of the length of the inner and outer elastic membrane; it is the transverse surface of the middle layer between the elastic membranes; the cross-sectional surface of the adventitia. Using the data obtained, we calculated the Kernogan index. In the arteries, the Kernogan index indicates the extent to which the organ is supplied with blood [5]. To determine this index, the ratio of the thickness of the middle layer of the vessel and the diameter of the vessel is multiplied by 100.

The intra-organ arteries of the lung are muscular elastic and muscle-type arteries. In describing the intra-organ arteries, we refer to Esipova I.K., Kaufman O.Ya (1968) and E.K. Weir, Dj.T. We relied on data from Reeves (1995). According to the above authors, the arteries of the

small circulatory system are branched according to the branching of the bronchi. The network of each pulmonary artery must correspond to each bronchus. In order to compare the morphological features, we studied the arteries at 6 levels. Level 1 and 3 arteries are muscle elastic type, level 4-6 arteries are muscle type intrapulmonary arteries. For a more thorough study, the arteries were further divided into three groups: small, medium, and large arteries. Arterial arteries are arteries of the muscular elastic type. When I look at these arteries under a microscope, the inner layer is the endothelium and the thin endothelial layer. In the middle layer are three elastic membranes, between which are smooth myocytes located along a curved longitudinal. Collagen fibers can be seen in the middle layer. It was noted that the inner and outer elastic membrane layer with a clear boundary is well developed. As the diameter of the vessel decreased, the elastic membrane of the middle layer became thinner and merged with the outer elastic membrane. The outer adventitious layer of the arteries is composed of connective fibers, mainly collagen and elastic fibers. The basis of the intrapulmonary arteries of the muscular type is a well-developed smooth-celled muscle in the middle layer. It can be seen that the muscle fibers in the middle layer are composed of a mutually inner and outer elastic membrane. In addition to smooth muscle fibers, thin elastic fibers are found in the middle layer. The inner layer of such arteries consists of multilayered endothelial cells that directly touch the inner elastic membrane. In our study, no subendothelial layer was detected in this type of artery. It can be seen that the outer layer of the muscular-type pulmonary arteries has no clear boundary and is fused with thin fibrous connective tissue fibers located in the outer layer of the bronchi. The results of our study show that in the 3rd and 4th degree arteries, an additional spiral smooth fibrous muscle layer develops (Fig. 1). This layer appears as a separate cushion relief in the cross sections. It can be seen that the bulge is located close to the outer elastic membrane by the adventitia. The smooth muscle fibers that form its base have a curved circular direction and are very tightly packed together. These pads play a special role in the exchange of muscular elastic arteries in the lungs to the type of muscular arteries and play an important role in blood circulation within the small blood vessels.

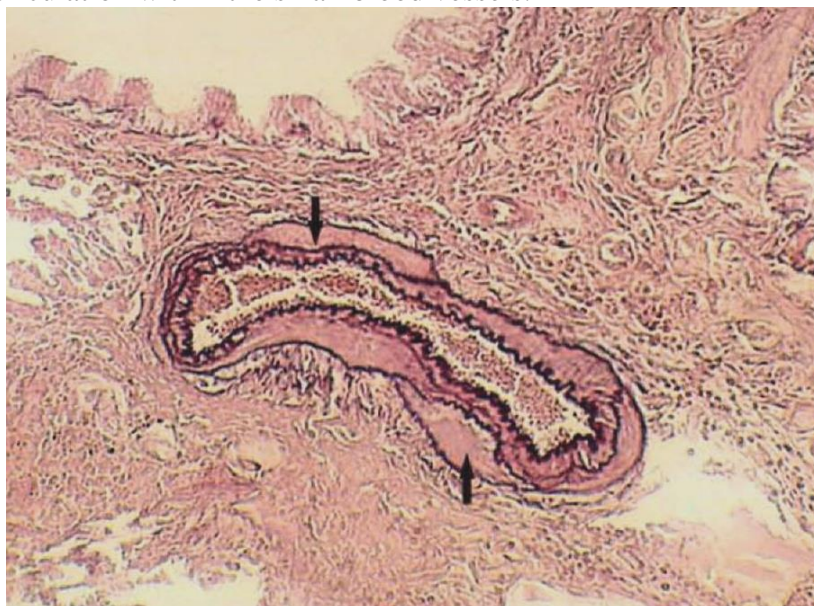


Figure 1. Appearance of a pulmonary artery of the 3rd degree muscle elastic type. Dyeing. Hematoxylin-eosin. Ob. 10, ok. 10. The appearance of a cushion-like bulge in the artery wall (indicated by a pillow embossed arrow).a

Not only did the structure of the vessel wall change during vascular branching, but its morphometric dimensions also changed. The size of the inner and outer diameters of the pulmonary arteries gradually decreased. It has been noted that the middle layer of the arteries of the muscular elastic type has a large size. It was observed that the middle layer of the arteries of the middle and small muscle type had small dimensions. An analysis of our studies found that the Kernogan index in the intrapulmonary arteries differed significantly from one another. It has been

noted that this figure is greater in large and small muscular arteries where the middle layer is relatively thick. In large arteries of the muscular elastic type with a large diameter, however, this figure was found to be smaller.

As can be seen from the given table, it can be seen that the cross-sectional area of the middle layer of the arteries gradually decreases from 1 degree towards the small muscle-type arteries. Changes specific to these changes can also be seen in the adventitia. The largest size of the adventitia was found in the arteries of the large muscular elastic type, and the smallest - in the arteries of the small muscle type.

When comparing the ratio of adventitia and middle layer size of large and medium muscle elastic type arteries, it was noted that the ratio with adventitia size predominance was 1: 1.3 and 1: 1.2. In small-sized muscular elastic-type and muscle-type arteries, as well as in large-muscle-type arteries, in contrast, the thickness of the middle layer was found to be greater than adventitia, and the ratio was 1: 0.8 and 1: 0.7. In the pulmonary arteries of the middle caliber of the muscle type, this ratio was observed to vary by 1: 1.3 with a predominance of adventitious thickness.

Analysis of the data thus obtained showed that the intrapulmonary arteries can be recorded as muscular elastic and muscle-type arteries. Since the elastic membrane of the middle layer, which is fully formed in the intrapulmonary arteries, is the inner and thin outer elastic membrane, it is appropriate to consider them as muscle elastic type arteries. It has been found that the adventitious formation of an additional muscle layer by the extension of the muscular elastic arteries to the muscular arteries. This muscle layer surrounds the artery wall like separate spiral fibers. As a result, the size of the middle layer of the artery thickens. As a result, the Kernog index will change.

Conclusion. Analysis of the data obtained in this way showed that the intrapulmonary arteries can be recorded as muscular-elastic and muscular arteries. Since the elastic membrane of the middle layer, completely formed in the intrapulmonary arteries, is an internal and a thin external elastic membrane, it is appropriate to consider them as arteries of the muscular-elastic type. It was found that adventive formation of an additional muscle layer due to the expansion of muscular-elastic arteries to muscular arteries. This muscle layer surrounds the artery wall as separate coiled fibers. As a result, the size of the middle layer of the artery thickens. As a result, the Kernogh index will change.

References.

1. Brodskaya T.A., Nevzorova V.A., Geltser B.I. and dr. Dysfunction of the endothelium and disease of the respiratory organs // Ter.arxiv. - 2007. - T. 79, №3. - S. 76-84.
2. Intrauterine development of man:Руководство для врачей. Pod red. A. P. Milovanova and S. V. Saveleva. M., ed. MDV, 2006.
3. Leshchenko I.V., Ovcharenko S.I., Shmelev E.I. Chronic obstructive pulmonary disease: prakt. Rukvod. dlya vrachey [under red. A.G. Chuchalina]. - M., 2004. - 62 p.
4. Leshchenko I.V., Ovcharenko S.I., Shmelev E.I. Chronic obstructive pulmonary disease: prakt. Rukvod. dlya vrachey [under red. A.G. Chuchalina]. - M., 2004. - 62 p.
5. Skvortsova NV, Koptev VD, Pospelova TI. Morphofunctional changes in peripheral arteries in patients with severe lymphoma Khodzhkina at different stages of development of the disease. Bulletin VSNTs SO RAMN. 2011; 79 (3): 109–113.
6. Trushel N. A., Pivchenko P. G. and Melnikov I. A. Osobennosti stroeniya stenki sosudov arterialnogo rusla bolshogo mozga v oblasti bifurkatsiy u lyudey razlichnogo vozrasta. Morphology, 2012, vol. 142, vyp. 5, p. 39–43.
7. Pospelova TI. Morphofunctional changes of peripheral arteries in patients with Hodgkin's lymphoma at different stages. *Bulletin VSSC of the RAMS*. 2011;79(3):109–113.
7. Rossi M. et al. Blunted post-ischemic increase of the endothelial skin blood flow motion component as early sign of endothelial dysfunction in chronic kidney disease patients // *Microvasc. Res.* - 2008. - Vol. 75, №3. - P. 315-322.

ЛАБОРАТОРНО- КЛИНИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУС- ФАКТОРОМ

Машарипова И.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация : Число резус-сенсibilизированных женщин в Узбекистане достигает 1,35% и не имеет тенденции к снижению. Это связано с плохой профилактикой резус-сенсibilизации путем введения антирезус-иммуноглобулина резус-отрицательным беременным женщинам на 28 недели беременности и в течении 72 часов после родов. Данная процедура опасна как для матери, так и для плода.

Ключевые слова: Антирезусный иммуноглобулин, резус-фактор, эритроциты, плацентарный барьер, десенсibilизация, эритроциты, белок, антиген

Annotation. The number of Rh-sensitized women in Uzbekistan reaches 1.35% and has no tendency to decrease. This is due to poor prevention of Rh sensitization by administration of anti-resus immunoglobulin to Rh-negative pregnant women at 28 weeks of pregnancy and within 72 hours after delivery. This procedure is dangerous for both the mother and the fetus.

Key words: Anti-resus immunoglobulin, Rh factor, red blood cells, placental barrier, desensitization, red blood cells, protein, antigen .

Актуальность: Резус-фактор — это специфический белок, который располагается на поверхности эритроцитов. Если белок на ваших клетках есть, то у вас положительный резус-фактор. Если белок на ваших клетках отсутствует, то у вас отрицательный резус-фактор. [1, с 8]. Резус- фактор наследуется генетически, таким образом, изменить собственный резус-фактор невозможно, у двух резус-положительных родителей может быть резус-отрицательный ребенок (это важно для женщины, планирующей беременность – даже если оба ваших родителя резус-положительные, это не означает, что вы на 100% резус-положительная). [2.стр2]. Резус-конфликт возникает либо при переливании резус-несовместимой крови, либо при беременности женщины с отрицательным резусом, если кровь у плода — резус-положительная. Проблемы при беременности могут возникать, если у мамы отрицательный резус-фактор, а у плода положительный. [3.с 11]. Во всех остальных случаях переживать за ребёнка не следует. У ребенка положительный резус-фактор может наследоваться только от отца (если у мамы резус-отрицательная кровь)! [4, с.4]. Если кровь резус-положительного плода попадает в кровоток резус-отрицательной мамы, её тело воспринимает этот белок как чужеродный и старается бороться с ним, вырабатывая антитела, которые, в свою очередь, могут проникать через плаценту к плоду и атаковать эритроциты плода. [5.с, 3]. Серологический конфликт возникает, когда впервые небольшое количество крови ребенка попадает в кровоток матери. Это обычно происходит только во время родов, потому что кровь ребенка и матери не смешиваются во время беременности из-за плацентарного барьера между ними; однако, подобное может произойти в результате выкидыша, внутриматочного хирургического вмешательства, кровотечения, внематочной беременности и т.п. Когда Rh (+) клетки крови попадают в кровоток матери, ее организм начинает вырабатывать антитела (типа IgM и IgG), против D-антигена, присутствующего на эритроцитах у плода. Эти антитела могут проникать через плаценту и атаковать красные кровяные клетки ребенка, что и приводит к развитию гемолитической анемии. [6,с.9]. Как только были сформированы резус-антитела, они остаются навсегда в организме женщины. В результате все последующие беременности, где будет резус-положительный ребенок, подвергаются большому риску развития гемолитической анемии и других патологий. Для развития конфликта между матерью и плодом из-за резус-фактора нужно, чтобы иммунные клетки матери «встретились» с эритроцитами плода, а точнее с антигенами резус-фактора. Антигеном зовется белковая молекула, с характерным только для нее «кодом». Благодаря этому коду иммунная система человека способна распознавать свое и чужое. Чужеродный антиген – это вещество, способное вызвать иммунную реакцию. [7,с.13]. Природа

позаботилась о том, чтобы «помешать» иммунному сопротивлению матери и плода и предусмотрела создание плаценты. Плацента – орган, который фильтрует кровь матери и плода от белковых и иммунных частиц. Этот «контрольно-пропускной пункт» действует на протяжении всей беременности, предупреждая смешивание крови мамы и ребенка.

Цель исследования: Изучить и обследовать беременных с отрицательной резус-фактором.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 беременных в кабинете гематолога поликлинике ОМПМЦ Хорезмской области, с отрицательным резус-фактором. Обследование должны пройти все беременные, если у них кровь имеет отрицательный резус, а у отца ребенка резус положительный, так как если ребенок унаследует резус-фактор от отца, а значит, высока вероятность резус-конфликтной беременности. Обследование проводилось, когда беременная впервые обратилась в женскую консультацию и ее поставили на учет.

Всем беременным рекомендована

- определение группы крови матери и отца;
- определение резус-фактора плода;
- анализ крови на титр антирезус-антител и их класса (*IgM* и *IgG*);
- анализ на фетальный гемоглобин;
- анализ на гормоны плаценты;
- ультразвуковое исследование плода (*УЗИ*);
- доплеровское исследование;
- кардиотокография плода (*КТГ*);
- амниоцентез;
- кордоцентез. .

Следующее обследование назначили на сроке беременности 20 недель, а затем каждый месяц. Из этого контингента 50% беременные – первородки, Следует отметить, что серологический конфликт редко возникает при первой беременности, поскольку иммунная система матери еще не продуцирует антитела к резус-фактору. Поэтому резус-конфликта от 16 недель к 20 неделям беременности антитела не обнаружены, они вряд ли появятся. [8, с 21].

1. Рекомендовали всем беременным исследовать кровь матери на ген RHD (*ген резуса*) с помощью ПЦР полимеразной цепной реакции (*ПЦР*). ПЦР – это анализ, который позволяет выявлять генетический материал, в том числе и ДНК плода. Если генетический материал резус-фактора при ПЦР обнаруживается, то резус у плода положительный. При отсутствии частичек гена резус-фактора, лаборатория выдает заключение об отрицательном резусе плода. [11]. У 67% беременных генетический материал резус-фактора при ПЦР обнаруживался, то есть резус у плода положительный.

2. Назначили беременным женщинам в течение периода вынашивания ребенка несколько раз сдавать анализ на альфа-фетопротеин (*АФП*), плацентарный лактоген, эстрадиол. У 5 % беременных увеличивался уровень альфа-фетопротеина и лактогена, а уровень эстрадиола снижался. Это симптом гемолитической болезни у плода.

3. **Доплеровское** исследование проводится во время *УЗИ* плода. Скорость кровотока изменяется при патологии плода. У 21% беременных скорость кровотока в этой артерии увеличивался

4. **Амниоцентез** – это диагностическая процедура, при которой иглу через брюшную стенку матери вводят в полость плодного пузыря, туда, где околоплодные воды. Цель данной процедуры – забор околоплодных вод для исследования. Таким образом, амниоцентез позволяет оценить функцию всех основных органов и состояние обмена веществ плода. Так, билирубин повышается уже при легких формах гемолитической болезни плода, остальные параметры изменяются при более тяжелых формах данной болезни. У 11% беременных повышение билирубина у плода.

5.Кордоцентез – это процедура взятия крови из пуповины плода во время беременности. Так же как и при амниоцентезе, через переднюю стенку живота в беременную матку вводится игла, соединенная со шприцем. Процедура проводится после 24 недели беременности. Кордоцентез не проводится всем беременным, так как возможны осложнения. Например, сама процедура может стать причиной резкого возрастания титра антител, вызвать раннее излитие околоплодных вод, отслойку плаценты, повреждение плода. Кордоцентез – назначили только 4% беременным . [9,с 6].

6.Плазмаферез – это очищение жидкой части крови (*плазмы*) и восстановление белкового состава крови, кислотно-щелочного равновесия и других важных параметров. Это временное замещение состава плазмы, который под действием резус-конфликта и других неблагоприятных факторов нарушился. Во время плазмафереза из сыворотки крови удаляются все вредные вещества, в том числе и антирезусные антитела. Таким образом, плазмаферез нормализует иммунную функцию, оказывает антиоксидантное действие, улучшает систему свертывания крови. Рекомендована 5,4 % беременным. [10, с5].

Вывод: После вышеуказанных обследований и лечения с иммуноглобулином у беременных невысокие титры антител и низкий уровень альфа-фетопротеина и лактогена, а уровень эстрадиола в норме, на Доплеровских исследованиях и на УЗИ особых патологии плода не выявлена.

Список литературы и библиографических ссылок:

- 1.. Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун. «Клиническая оценка результатов лабораторных исследований»// журнал. г. Москва, 2005 г.
- 2..В.В. Меньшиков, «Клиническая лабораторная аналитика.» Основы клинического лабораторного анализа 2002 .
- 3.. Пliveok – Резус-конфликт во время беременности
- 4..Дуда В.И. – Акушерство
5. Савельева Г.М., Адамян Л.В., Курцер М.А. - Резус-сенсбилизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации
6. Климов В.А, Чибисова И.В., Школа Л.И. Резус-конфликт и беременность
7. Александр Вячеславович Аверьянов. Yusupovs.com
- 8.Татьяна Румянцева. yandex .ru.
- 9.www frautest.ru
10. Арутюнян М. А. www.polirmed.com
- 11.medportal ru 14 августа 2009

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Мухамадиева Н. Б., Хамроев С. Б.

Бухарский государственный медицинский институт

В сегодняшний день имеются многочисленные данные, о том что шизофрения ассоциирована с изменениями различных когнитивных расстройств . Эти изменения могут встречаться у здоровых родственников первого степени родства, у пациентов – уже в детском возрасте, в преморбиде заболевания, наиболее отчетливо проявляясь при состояниях высокого риска – психопатологическом диатезе. Анализировалась вероятность включения когнитивных изменений в ряд диагностических примет шизофрении, что было отстранено в связи с отсутствием достаточных данных, которые позволяли бы дифференцировать когнитивную функцию при шизофрении и других патологических изменениях.

Сравнивание профиля и уровню выраженности нейропсихологического недостатка у больных с шизофренией и у пациентов страдающих иными эндогенными психозами, возможно внесёт значимую лепту в уяснение патогенеза прочих изменений и в нозологические модели психотических изменений в целом. Предоставленные многочисленные исследования удостоверяют то, что больные с прочими эндогенными психозами также замечают отклонения в профиле когнитивного функционирования. В

многих исследованиях сопоставляется когнитивный недостаток при шизофрении и биполярном расстройстве. Имеются довольно много данных о том, как когнитивные изменения часто встречаются у пациентов аффективными психозами. К примеру, в одном из исследований показано, что когнитивные изменения наблюдаются у 84% пациентов шизофренией, 58,3% пациентов с депрессией и психотическими симптомами, а также 57,7% пациентов с психотическими симптомами в рамках биполярного изменения

Упираясь на анализ литературных данных и результатов неисчислимых проведенных исследований нейрокогнитивного недостатка можно констатировать, что несколько доказательных отличий нейрокогнитивного недостатка у больных с шизофренией, аффективными изменениями и органическими поражениями головного мозга пока что не обнаружено. Несмотря на популярность и значительную густота научных исследований в области нейрокогнитивного недостатка, этот феномен остается малоизученным и, практически не используется в работе отечественных психологов. Поэтому следует подметить, что в данный период методологические подходы к изучению нарушений психических расстройств в западной клинической психологии и отечественной психологии значительно расходятся

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ

Мискинова Ф.Х., Латипова Ш.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

К медиатором воспаления относятся также лейкотриены. В воспалительных реакциях существенное значение имеет лейкотриен В, который влияет на прилипание нейтрофилов к эндотелиальным клеткам, является мощным хемотаксическим фактором для ПМЯЛ, эозинофилов, моноцитов, стимулирует выделенные липооксигеназы, образование перекисей в нейтрофилах. Увеличение содержания лейкотриена В происходит при ревматоидном артрите, подагре и других заболеваниях.

Необходимо отметить и роль фактора Хагемана и системы комплемента в развитии воспаления. Фактор XII (Хагемана) включает в себя высокомолекулярный кининоген, прекалликреин и фактор XI (плазменный предшественник тромбопластина). Система фактора Хагемана обуславливает формирование кининов, стимуляцию свертывающей системы крови и фибринолиз.

Система комплемента представляет собой 18 плазменных протеинов, последовательно реагирующих друг с другом. В результате их превращений образуются биологически активные вещества, которые усиливают фагоцитоз, повышают лизосмальную активность, оказывают кининоподобный эффект на проницаемость капилляров, усиливают хемотаксис и агрегацию нейтрофилов.

Патогенетические факторы воспаления: повреждение от действия флогогенного агена (первичная альтерация), выброс медиаторов воспаления, освобождение и активация лизосмальных ферментов, действие их на биологические макромолекулы (вторичная альтерация) повышение проницаемости стенки сосудов, экссудация, размножение клеток (пролиферация), восстановление дефекта.

Немаловажная роль в повышении сосудистой проницаемости принадлежит ферменту гиалуронидазе. В соединительной ткани и особенно в прекапиллярном слое находится большое количество гиалуроновой кислоты, представляющей собой полимерное соединение соединительной ткани. Гиалуронидаза вызывает деполимеризацию этой кислоты и переводит ее в низкомолекулярное соединение. Гиалуронидаза активируются снижением рН и другими изменениями, возникающими в тканях при воспалении.

Нарушение строго упорядоченной структуры фосфолипидов в мембранах клеток делает их доступными действию фосфолипазы А₂, в результате чего отщепляется арахидоновая кислота. С нее начинается каскад химических реакций, в которых

образуются простагландины E и тромбоксаны. При этом важно и то, что в арахидоновом каскаде в ходе перекисного окисления липидов образуются свободные радикалы, способные повреждать клетки.

Альтерация клеток сопровождается повреждением митохондрий-морфологического субстрата, на котором локализуются ферменты цикла Кребса и где осуществляется аэробное окисление и сопряженное с ним окислительное фосфорилирование. В связи с этим аэробное окисление, нарушается при почти неизменном гликолизе, что приводит к увеличению содержания молочной кислоты.

Окисление трикарбоновых кислот при этом в цикле Кребса завершается не полностью, снижается дыхательный коэффициент, образуются недоокисленные продукты.

Таким образом вышеуказанные данные показывают, что патогенез воспаления является сложным процессом, в развитии которого участвуют многочисленные факторы и биологически активные вещества.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ниёзметова Г.Т., Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

По инициативе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), начиная с 1998-го года, каждый первый вторник мая является международным днем астмы. По данным ВОЗ в мире страдают от астмы около трехсот миллионов человек. Астма представляет глобальную проблему здравоохранения – по данным на 2008 год, в мире около 300 миллионов человек, страдающих этим заболеванием. Бронхиальная астма – это хроническое заболевание, проявляющееся воспалением в стенке бронха, как правило, аллергического характера, приводящее к обратимой бронхиальной обструкции. Независимо от формы бронхиальной астмы выделяют три стадии ее развития: преастма, приступы удушья и астматический статус. Все формы и стадии заболевания встречаются и во время беременности. В начальной стадии астмы приступы удушья развиваются периодически. Они начинаются чаще по ночам, продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Удушью предшествуют ощущение царапанья в горле, чихание, насморк, стеснение в грудной клетке. Приступ начинается с упорного приступообразного кашля, мокроты нет. Появляется резкое затруднение выдоха, стеснение в груди, заложенность носа. Дыхание становится шумным, свистящим, хриплым, слышимым на расстоянии. Лицо приобретает синюшный оттенок. Кожа покрыта испариной. К концу приступа начинает отделяться мокрота, которая становится все более жидкой и обильной. Беременные с астмой имеют повышенный риск развития раннего токсикоза, гестоза, угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, фетоплацентарной недостаточности. Акушерские осложнения, как правило, встречаются при тяжелом течении заболевания. В случае нестабильного течения основного заболевания, тяжелого обострения прерывание беременности сопряжено с высоким риском для жизни беременной, а после купирования обострения и стабилизации состояния больной, вопрос о необходимости прерывания беременности уже не возникает. Родоразрешение беременных с легким течением заболевания при адекватном обезболивании и корригирующей медикаментозной терапии не представляет затруднений и не ухудшает состояния больных. Все женщины, страдающие бронхиальной астмой, должны в максимально ранние сроки встать на учет у акушера-гинеколога с целью постоянного контроля течения беременности, функции плаценты и состояния плода. Регулярное клиническое наблюдение (каждые 2 недели). Ультразвуковое обследование в I, II, III триместрах. Доплерометрия плацентарного комплекса на сроке 34 недели. Если у беременной женщины, страдающей бронхиальной астмой, нет показаний для родоразрешения путем кесарева сечения (рубец на матке, миопия высокой степени, осложнения со стороны плода) рекомендуется родоразрешение через естественные родовые пути. При необходимости проведения обезболивания родов или кесарева сечения

рекомендуется эпидуральная анестезия. Что у тех женщин, которым проводилась адекватная базисная терапия бронхиальной астмы, не происходит нарастания бронхиальной обструкции в процессе родов. Напротив, самочувствие остается стабильным, так как при родовой деятельности выделяются вещества, способствующие расширению бронхов. Профилактика бронхиальной астмы во время беременности это правильное питание и здоровый образ жизни женщины во время беременности: ограничение приема лекарственных средств, прогулки на свежем воздухе. Если будущая мать имеет множественную аллергию (на пищевые продукты, лекарственные препараты), то во время беременности следует избегать контактов с любыми аллергенами (как известными, так и потенциальными: цитрусовыми, шоколадом, молоком, орехами, шерстью животных, домашней пылью, пылью растений). Единственным доказанным и признанным вмешательством, способным предупредить развитие астмы, является отказ матери от курения во время беременности или после рождения ребенка.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ У ДЕТЕЙ

Нурматова Д.А., Ибрагимов А.А., Сайидова М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института

Актуальность. В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа диагностируемых системных заболеваний, в том числе юношеского артрита с системным началом (ЮАсСН), котооқ является одним из инвалидирующих ревматических заболеваний. Тенденция к увеличению связана с изменениями критериев диагностики и расширением диагностических возможностей. Распространённость ЮАсСН у детей до 18 лет на территории Республики Узбекистан первичная заболеваемость - 16,2 на 100 тыс., при этом летальность составляет 0,5-1%

Цель исследования: определить клинические особенности течения ЮАсСН у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 80 историй болезни больных с впервые установленным диагнозом ЮА и ЮАсСН, в возрасте от 2 до 15 лет, госпитализированных в отделение кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии за период 2018-2020 гг. При анализе историй болезни были учтены анамнез (сроки и характер начала заболевания), данные общего клинического осмотра по органам и системам, Из лабораторных методов диагностики изучали: показатели клинического анализа крови, данные биохимических и иммунологических анализов, С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), АТ к ДНК и антитела к циклическому цитруллиннированному пептиду (АЦЦП), проводился анализ данных инструментальных методов исследования: УЗИ пораженных суставов (наличие суставной жидкости, состояние синовиальной оболочки и суставного хряща), рентгенограмм (с целью выявления деструктивных изменений в костной и хрящевой тканях суставов).

Результаты и обсуждение. Результаты анализа гендерного распределения детей свидетельствовали о том, что при ЮА и ЮАсСН чаще регистрируется у девочек (70,0% и 83,3% соответственно). Основными жалобами в дебюте заболевания у большого числа пациентов были боли в суставах в обеих группах, причем поражение 1-4 суставов (олигоартикулярный вариант) встречался - у 45 (56,2%) больных, 5 и более суставов (полиартикулярный вариант) - у 35 (43,7%) детей. Суставной синдром проявлялся преимущественно артритом коленных, голеностопных суставов, а при полиартикулярном варианте еще и лучезапястных суставов и мелких суставов кистей и стоп. Анализ частоты встречаемости и длительности симптомов интоксикации показал, что у детей дошкольного возраста-15(18,7%) они встречались чаще и были выраженнее независимо от варианта течения заболевания и проявлялись в виде длительной фебрильной (63%) или гектической

лихорадки (37%), с многократными подъемами в течение суток (25%), сопровождающаяся ознобами (63%), миалгиями и артралгиями у всех детей. У 25% детей школьного возраста с ЮАсСН в дебюте заболевания отмечалось поражение кожи, высыпания пятнисто-папулезного (12%) и уртикарного характера (13%), а также лимфаденопатия- 12% и гепатоспленомегалия- 5%. У детей ЮА без системного начала отмечались артралгии (52%) и респираторные проявления (25,3%), кожными высыпания (22,7%). Анализ лабораторных данных показал, что у детей при ЮАсСН чаще выявлялся гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ, которые увеличили средние значения этих показателей, по сравнению с ЮА без системного начала. Частота выявления положительного СРБ и повышенных АТ к ДНК отмечена в обе их группах, и составила 92%. Наличие АЦЦП ассоциируются с эрозивно-деструктивным повреждением хрящевой ткани и прогрессированием заболевания наблюдался у детей с ЮАсСН

При проведении УЗИ пораженных суставов отмечались следующие изменения в обеих группах: утолщение синовиальной оболочки, нечеткие кон-туры суставных поверхностей, увеличение количества синовиальной жидкости.

В результате нашего анализа заключений рентгенограмм суставов, изменения были в виде сужения суставной щели, эрозий и узураций суставных поверхностей, остеопороза, и на ранних стадиях заболевания выявлялись только у 25,5% детей с олигоартикулярным вариантом и у 36,7% – с полиартикулярным вариантом с ЮАсСН. А среди всех пациентов с ЮА изменения на рентгенограммах выявлены у 3,5%.

Выводы. Таким образом клинически ЮАсСН характеризуется тяжелым течением, связанным с частыми и длительными признаками интоксикации и поражением внутренних органов.

Литература.

1. Алексеева Е.И., И.Е. Шахбазян. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ювенильного ревматоидного артрита. -М., 2002.
2. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков. -Минск, 1999.
3. Гнилорыбов А.М. // Укр. ревматол. журн.-2000. -№ 1.
4. Детская ревматология: Руководство для врачей / Под ред. А.А.Баранова, Л.К.Баженовой. - М., 2002.
- 5.Коваленко В.Н., Проценко Г.А. // Укр. ревматол. журн.-2002.-№10.
6. Кузьмина Н.Н. // Детская ревматология.-1995. - № 1. -С. 6-13.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Охунова М.Ж, Курьязова Ш.М.

Андижанский медицинский институт,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Высокий риск заболеваемости бронхолегочной системы остается актуальным. Частота встречаемости бронхообструктивного синдрома на сегодняшний день остается высоким среди детей всех возрастных категорий . Бронхообструктивный синдром (БОС) представляет собой комплекс идентичных клинических симптомов различного генеза с разными патофизиологическими механизмами развития, имеющий в своей основе нарушение бронхиальной проходимости.

Целью исследования анализ частоты встречаемости и факторы риска БОС при внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 96 больных с диагнозом внебольничная пневмония. У 45 детей (47,0 %) заболевание протекало с выраженным бронхообструктивным синдромом. Больных распределили на 2 группы. 1 - группа детей с Внебольничной пневмонией протекающий с бронхообструктивным синдромом (БОС) и 2 группа Внебольничная пневмония без БОС -50 больных (53%).

Результаты и их обсуждение. При оценке факторов риска БОС у детей с внебольничными пневмониями было выявлено что, каждый третий ребенок первой группы со слов матери родился от беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, во второй группе — каждый четвертый. На раннем искусственном вскармливании детей из первой группы было 62,2 %, во второй — 47,1 %. Отягощенный семейный анамнез по атопии и ее проявления в виде атопического дерматита у детей первой группы встречался в 68 % случаев, во второй группе — у 38 % наблюдаемых детей. Умеренная эозинофилия (6–8 %) отмечалась у детей первой группы в 11 % случаев, у детей второй группы — в 8 %. По нашим данным, хламидиозная моноинфекция в обеих группах колебалась в пределах 15–20 %, а в сочетании с другими возбудителями — в 30 % случаев. Роль в развитии БОС огромного значения по литературным данным играет и искусственное вскармливания. Детей разделили по виду вскармливания на подгруппу детей на естественном и искусственном вскармливании, а также на смешанное питание, и провели те же самые математические перерасчеты с подгруппой детей на естественном вскармливании, то также получили убедительные подтверждения ($p < 0,001$) о возможности влияния вида вскармливания на развитие БОС у детей с внебольничной пневмонией. БОС диагностировался на основании наличия характерных клинических и рентгенологических признаков. Частый влажный кашель встречался у детей с БОС чаще в 2 раза чем без БОС. Одышка четко экспираторного характера отмечалась у 40 % наблюдаемых детей, у остальных она была смешанного характера, но с преобладанием затрудненного выхода. Однако свистящее дыхание (wheezing) имело место у всех детей с бронхиальной обструкцией.

ВЫВОД: Таким образом, у половины детей первого года жизни, для которых характерен неблагоприятный преморбидный фон, раннее искусственное вскармливание, отягощенный семейный анамнез по атопии и ее проявления в виде атопического дерматита у детей первой группы встречался в внебольничная пневмония протекает с бронхообструктивным синдромом, что требует дифференциальной диагностики с острым обструктивным бронхитом с проведением бронхолитической и противовоспалительной терапии.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS2243093 ГЕНА НРА 2 В РАЗВИТИИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЙ

Сабирова Ш.Г.

Ташкентская медицинская академия

Целью работы является изучение генетического полиморфизма rs2243093 гена НРА 2 в патогенезе дизагрегационных тромбоцитопатий.

Материал и методы. Детекция генетического полиморфизма rs2243093 гена НРА 2 проведена у 71 больных узбекской национальности с клинически и лабораторно установленной ДТП (наследственная дизагрегационная ТП, $n=39$ и приобретенная дизагрегационная ТП, $n=32$). Контрольную группу составили 48 здоровых неродственных лиц узбекской национальности, без патологии гемостаза. Тестирование проводилось на программируемом термоциклере фирмы «Applied Bio systems» 2720 (США), с использованием тест-систем компании «Литех» (Россия), согласно инструкции производителя. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «Open Epi, Version 9.3».

Результаты и обсуждение. Анализ изучения распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма rs2243093 гена НРА 2 в общей группе больных характеризовались тем, что в основной группе больных и у условно-здоровых лиц доля благоприятного аллеля Т регистрировалась почти одинаково (91,5% против 93,7%). В то же время частота неблагоприятного аллеля С в исследуемых группах также мало отличалась (8,5% против 6,3%). Так, дикий и гетерозиготный генотипы Т/Т и Т/С в группе больных составили 83,1% и 16,9%, соответственно, а в контрольной группе 87,5% и 12,5%,

соответственно, при этом носительство мутантного генотипа С/С как в группе больных ДТП, так и в контрольной группе не определялось. Далее нами проведен анализ различий в распределении частот аллелей и генотипов, который показал, что частота неблагоприятного аллеля С в основной группе больных в 1,38 раз превышала частоту в контрольной группе ($\chi^2=0.40$; $P=0,53$; $OR=1.38$; 95% CI: 0,50-3.83), тогда как доля гетерозиготного генотипа Т/С у больных ДТП в сравнение с контролем была выше в 2,1 раза ($\chi^2=1.69$; $P=0,19$; $OR=2.1$; 95% CI: 0,68-6.53).

Таким образом, полученные результаты проведенного исследования по изучению особенностей распределения частот аллелей и генотипов генетического полиморфизма НРА 2 (rs 2243093) у больных ДТП и условно здоровых лиц узбекской национальности показало отсутствие статистически значимой ассоциации неблагоприятных аллеля С ($\chi^2=1.53$; $P=0.22$ и $\chi^2=4.18$; $P=0.04$) и генотипа Т/С ($\chi^2=1.69$; $P=0.19$ и $\chi^2=0.19$; $P=0.66$) с повышенным риском развития наследственной и приобретенной форм ДТП.

Выводы. Генетический полиморфизм НРА 2 (rs 2243093) у больных ДТП узбекской национальности не ассоциируется с повышенным риском развития наследственной и приобретенной форм заболевания.

КАМ МИҚДОРДАГИ $FeCl_3 \cdot 6H_2O$ КАТАЛИЗАТОРЛИГИДА ГВАЯКОЛ АЛЛИЛ ЭФИРИНИ ҚАЙТА ГУРУХЛАБ ЭВГЕНОЛ ОЛИШ

Хўжаниёзов Ш.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аллилфенол ва уларнинг эфирлари парфюмерияда хушбўй моддалар сифатида, озик овқат саноатида ва тиббиётда ишлатилади. Эвгенол 2-метокси-4-аллилфенол бошқа аллил феноллар билан бир қаторда яллиғланишга қарши, антибактериал, антигелминт ва бошқа хусусиятларга эга.

Эвгенолни табиий райҳон ва гвоздика мойи таркибидан ажратиб олиш ёки гваякол аллил эфирини қайта гурухлаб олиш мумкин. Гваякол аллил эфирини Кляйзен усули бўйича 210 °С да термик қайта гурухлашда асосан 2-аллил-6-метоксифенол ҳосил бўлади. Кислотали хусусиятга эга бўлган асканит, бор фторид, бор фториднинг сирка кислотаси билан комплекси катализаторларнинг ишлатиши аллил гуруҳи сақловчи фенолларнинг о-, п- (м- ҳам ҳосил бўлиши мумкин) изомерлари ҳосил бўлишига олиб келади.. Бунда модда чиқиши 13-38% атрофида бўлади.

Бу ишда гваякол аллил эфирини кам миқдордаги $FeCl_3 \cdot 6H_2O$ иштирокида қайта гурухлаш натижалари келтирилган. Реакция гваякол эритмасида 65 – 100 °С ҳароратларда олиб борилди. Ҳароратни 65, 70, 75, 80 ва 85 °С ошириб борилганда гваякол аллил эфир деярли ўзгаришсиз қолди (кам миқдорда эвгенол топилди, ҳарорат ошиши унчалик ўзгаришларга олиб келмади), 90 °С қайта гурухланиш 65% га етди (ҳарорат ошиб бориши қайта гурухланишга сезиларли таъсир ўтказди), 95 °С ва юқорида қайта гурухлаиш 100% етди ва изомерлар аралашмаси ҳосил бўлди. Ҳосил бўлган о– ва п– изомерлар аралашмаси хроматографик усуллар билан ажратиб олинди Гваякол аллил эфирининг барқарорлиги 80 °С - 95 °С оралиғида $FeCl_3 \cdot 6H_2O$ таъсирига нисбатан юқори бўлди.

Синтез учун гваякол аллил эфири ва $FeCl_3 \cdot 6H_2O$ дан (моляр нисбати 5:1:4·10⁻⁴) олинди, 30 дақиқа давомида аралаштириб турилган холда 65–100 °С ҳароратларда ўрганилди. Олинган натижалар шу ҳолатида ЮҚХ ва ГСХ усуллари билан таҳлил қилинди. ЮҚХ шароити: Silufol пластинкаси, эритмалар аралашмаси бензол: метанол – 9:1, очилтирувчи йод буғлари. ГСХ шароити: Reoplex-400 фазаси билан тўлдирилган 3 мм ички диаметрға эга 2 м узунликдаги зангламайдиган пўлат колонка.

Колонка ҳарорати 175 °С, буғлантиргич ҳарорати 250 °С.

$V_{N_2} = 0,6 \text{ л/дақ}$, $V_{H_2} = 0,05 \text{ л/дақ}$, $V_{\text{ҳаво}} = 0,5 \text{ л/дақ}$.

Эвгенол физикавий тадқиқот усуллари Масс-спектроскопия ва ЯМР усуллари билан текширилди ва таркиби тасдиқланди. Хроматографик константалар 2- ва 4-аллил гваякол учун адабиёт маълумотларига мос келади.

ГОССИПОЛНИ ПАХТА УРУҒИДАН АЖРАТИБ ОЛИШ

Хўжаниёзов Ш.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Госсипол табиий ўсимликлар ва пахта илдизи пўстлоғи, уруғи таркибида учрайди. Унинг ҳосилаларининг бўлиши госсиполни ажратиб олишда бир қанча қийинчиликларни туғдиради. Пахта уруғини қайта ишлаш натижасида госсиполни алоҳида ажратиб олиб турли хил мақсадларда ишлатиш мумкин. Асосан госсипол асосан техник мақсадларда кўп ишлатиб келинган. Госсиполни тиббий мақсадларда ишлатиш, ундан турли хил доривор моддалар синтез қилиш ривожланди. Госсипол заҳарли таъсирга эга бўлганлиги учун тўғридан – тўғри тиббий мақсадларда қўллаб бўлмайди, лекин унинг бир қанча моддалар билан олинган бирикмаларининг биологик фаоллиги ўрганилган ва унинг асосида бир қанча доривор препаратлар синтез қилинган. Унинг полифункционал гуруҳлари ҳисобига бир қанча Шифф асослари олинган ва уларнинг доривор хусусиятлари ўрганилган. Госсипол асосида синтез қилинган бирикмаларнинг, иммуносупрессив таъсирга эга эканлиги, шишга қарши ва вирусга қарши фаоллиги кенг ўрганилган.

Адабиётлар шарҳи шуни кўрсатадики, госсипол асосан пахта чигити ва илдиз пўстлоғи таркибида кўп учрайди. Госсиполни ажратиб олишнинг бир қанча усуллари мавжуд бўлиб, уларда асосан госсиполнинг чиқиш унумдорлиги ва тозалигига эътибор кўпроқ қаратилган.

Госсиполни ажратиб олишда унинг тозалиги ва таннархи арзонлиги муҳим ҳисобланади. Бунинг учун майдаланган чигит намунасини совутиб турган ҳолда эзиб мойи ажратиб олинди. Мойдан госсипол 40⁰С, 50⁰С, 60⁰С ва 70⁰С ларда магнитли аралаштиргич ёрдамида, аралаштириб турган ҳолда антранил кислотаси қўшиб, (госсиполнинг мойдаги 1% га нисбатан антранил кислотасининг 0,3% дан 0,8% гача ҳисобида олинди) ажратиб олинди. Мой таркибидан госсипол антиранилат ҳолда ажратиб олинди ва энг паст кўрсаткич 60,7% ни ва энг юқори кўрсаткич 91,5% ни ташкил этди.

Госсиполни антранилат таркибидан ажратиб, этил спиртида қайта кристаллантириб олдинди ва вакуум–қуритгичда 50⁰С да қуритилди. Техник госсиполнинг чиқиши барча кўрсаткичларга кўра мойдаги миқдорига нисбатан пастки кўрсаткичи 55,7% га юқори кўрсаткичи 84,6% ни ташкил қилди. Госсиполнинг тозалик даражаси 97,5% ни, чиқиш миқдори 70% ни ташкил қилди. Госсиполнинг тозалиги тетрахлорметанда 97,5% га тенг бўлди. Техник госсиполни тозалашда ишлатилган органик эритувчилардан энг яхши натижага тетрахлорметан билан эришилди.

Олинган госсипол физик кимёвий усуллар билан текширилди ва кимёвий таркиби тасдиқланди.

ОРГАНИК ЭРИТУВЧИЛАР БИЛАН ГОССИПОЛ АЖРАТИБ ОЛИШ

Хўжаниёзов Ш.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Госсиполдан тиббий мақсадларда кўп фойдаланилмоқда. Ундан турли хил доривор моддалар синтез қилиш анча ривожланди. Госсипол заҳарли модда бўлганлигидан уни тўғридан – тўғри тиббий мақсадларда ишлатиб бўлмайди, лекин унинг бир қанча моддалар билан олинган бирикмаларининг биологик фаоллиги ўрганилган. Полифункционал гуруҳлари ҳисобига бир қанча Шифф асослари, у асосида бир қанча доривор моддалар синтез қилинган ва унинг бирикмалари вирусга қарши аниқланган.

Госсипол асосан пахта чигити ва илдиз пўстлоғи таркибида кўп учрайди. Уни пахта мойи ва илдиз пўстлоғи таркибидан анорганик моддалар эритмалари ва органик эритувчилар орқали экстракция қилиш йўли билан олишда турли хил натижаларга эришилган. Бунда анорганик моддалар эритмалари махсулот чиқиш унумига таъсир қилса, органик эритувчилар кўп сарф бўлиши унинг таннарҳи ошишига ва органик эритувчилар кўпчилигининг буғлари захарлилиги уларни ишлатишни бироз чеклаб қўйганлигидан муҳим аҳамият касб этмаган.

Госсиполни пахта илдиз пўстлоғи таркибидан ажратиб олиш жараёнида госсипол ҳосилаларининг кам бўлиши тозалаш ва ажратиб олиш ишларида бир мунча қулайликлар туғдиради. Будаё усулда 80–85% техник госсипол ажратиб олинган ва тозалик даражаси 97% гача етган, аммо чиқиш унумдорлиги сезиларли даражада пасайган.

Госсиполни ажратиб олишда унинг тозаллиги, таннархининг арзонлиги ва чиқиш унумдорлигини юқориликка эришиш мақсадида қурииб майдаланган пахта илдиз пўстлоғидан фойдаландик. Экстракция ацетонда 40⁰С, 50⁰С, 60⁰С ва 70⁰С лардақиздириб турган холда магнитли аралаштиргич ёрдамида аралаштириб ўтказилди. Экстракция вақти 30, 45 ва 60 дақиқа.

Ҳароратнинг оширилиши махсулот чикимининг миқдори ортганига олиб келгани билан умумий холатда катта фарқ кузатилмади. Экстракция вақтининг 30, 45, 60 дақиқа ичида махсулотнинг чиқиш миқдори ортиб борди, ундан кўпроқ вақт 105, 120 дақиқа мобайнида махсулотнинг чиқиш унуми камайиши кузатилди (госсипол ҳосилаларининг ҳисобга).

Госсиполни тозалашда 66% дан 72% гача бўлган техник госсипол ишлатилди. Техник госсипол ацетонда эритилди олинган филтратнинг концентрацияси 1% гача мос равишда шу эритувчи билан суюлтирилди ва 15мм диаметри 1,0 м баландликка эга бўлган колонкадан 4 л/соат тезликда ўтказилди. Бу холат 3 марта қайта такрорланди ва 99,2% тозаликка эришилди, чиқиш унуми пахта илдиз пўстлоғидаги миқдорига нисбатан 85% ташкил қилди. Госсиполнинг тозаллиги ацетонда 92,0% га етди.

Тозалаб олинган госсипол физик кимёвий усуллар ИҚ, Масс ва ЯМР спектроскопия билан таркиби тасдиқланди.

COVID 19 И БЕРЕΜΕΝНОСТЬ

Норбаева Н.Б., Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Появившись в Китае, новый коронавирус SARS-CoV-2 быстро распространился по всему миру. Беременные женщины относятся к пациентам с факторами риска по развитию тяжелого/осложненного течения ОРВИ и гриппа, однако на настоящее время опубликовано лишь небольшое количество работ, освещающих особенности течения COVID-19 – заболевания, вызванного новым коронавирусом SARS-CoV-2, – у беременных женщин и новорожденных.

По-видимому, беременность и роды не усугубляют течение COVID-19, но наличие COVID-19, наоборот, может усугублять течение беременности: вызывать респираторный дистресс-синдром, приводить к преждевременным родам и выкидышу. В настоящее время нет доказательств внутриутробной передачи COVID-19 от матери к плоду через плаценту, а также передачи вируса от матери к ребенку через грудное молоко матери. Опубликовано большое количество временных рекомендаций по ведению беременных с COVID-19. Физиологические изменения в иммунной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах во время беременности указывают на то, что беременные женщины особенно подвержены воздействию патогенных инфекционных агентов и развитию тяжелых инфекций, которые, в свою очередь, могут повлиять на мать и привести к увеличению заболеваемости и смертности плод. Беременные женщины с пневмонией чаще рожают преждевременно, недоношенные дети рождаются с низкой массой тела, а частота кесарева сечения высока.

Вертикальная передача от матери плоду вероятна, но механизмы неизвестны. Дородовое применение кортикостероидов при угрозе преждевременных родов, вероятно, будет безопасным для матери. Необходимо проводить тромбопрофилактику у матерей с COVID-19 для предотвращения возможных тромбоэмболических осложнений.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ГРУППЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Норимметова Б.Х., Матякубова С.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Гипертензивные состояния при беременности по-прежнему занимают одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности после 20 нед. беременности (от 15 до 30%). Важность проблемы связана также высоким процентом патологического течения беременности, в частности преждевременным ее прерыванием.

Цель разработать анкету-опросник раннего доклинического выявления признаков гестационной гипертензии у беременных.

Для сбора данных и установления факторов риска развития гестационной гипертензии, а так же выделение группы риска среди беременных нами была разработана анкета-опросник. Анкета состоит из 2х блоков. Первый блок включает 14 вопросов, которые отражают анамнестические факторы риска развития осложнений беременности и родов (острые и хронические гинекологические, экстрагенитальные заболевания). Второй блок – шкала оценки вероятности развития гестационной гипертензии.

В результате проведенного анкетирования мы установили следующие результаты, так низкая вероятность развития ГГ составила – $4,44 \pm 0,02$ балл, средняя вероятность развития ГГ – $6,8 \pm 0,03$ балл, высокая вероятность развития ГГ – $10,2 \pm 0,1$ балл. Средние баллы низкой вероятности составили 82,3%, средней – 8,6% и высокой – 9,1%.

Таким образом в группу риска вошли 63 женщин набравшие свыше 6 баллов по шкале вероятности развития ГГ, что в процентном соотношении составило – 17,7%.

Для доказанности влияния выявленных факторов риска нами были проведены расчеты атрибутивного и относительного риска среди 287 женщины не вошедшие в группу риска по развитию ГГ и 63 из группы риска. Показатель атрибутивного риска (attributable risk-AR) оценивался по формуле: $AR = (OR - 1) / OR$, и относительного риска (OR, Oddisratio): $OR = ad / bc$, где а - число наблюдений, подвергших действию изучаемого фактора и риск развития ГГ; b-число наблюдений, подвергших воздействию и не имеющих риск развития ГГ; с-число наблюдений, не подвергшихся воздействию и имеющих риск развития ГГ; d-число наблюдений, не подвергшихся воздействию и не имеющих риск развития ГГ. На основании полученных результатов нами было установлено, что высокие показатели атрибутивного риска (0,91) и коэффициента относительного риска (11,58) наблюдались при наличии прибавки массы тела выше 3 кг в 1 триместре.

Таким образом, на основании полученных результатов нами была доказана целесообразность применения шкалы оценки вероятности развития ГГ у беременных в I триместре.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ КАК МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ

Нарметова М.У., Махмудова А.Д., Сулейманова Д.Н.
*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр гематологии*

Материалы и методы. Исследования были проведены среди 103 девушек (т.к. они входят в группу фертильного возраста), впервые вступающих в брак. Комплекс исследований включает в себя применение анкетирования среди них на выявление факторов риска развития дефицита фолиевой кислоты (ДФК).

Результаты. Комплекс предусматривает применение алгоритма, обязательное тестирование всех женщин фертильного возраста на выявление факторов риска развития ДФК, выделение группы для профилактики ДФК и группы для лечения ДФК легкой, средней, тяжелой степени, назначение базовой и сопровождающей терапии в зависимости от факторов риска. Базовая терапия включает препараты фолиевой кислоты, базовая включает препараты для лечения сопутствующих заболеваний – гельминтозов, заболеваний ЖКТ и др. Дозы фолиевой кислоты назначаются в зависимости от тяжести ДФК, возраста. Оценка эффективности лечения через 3 месяца показало, что уровень ФК у женщин с легкой степенью до лечения составил в среднем 7.86 ± 0.13 нг/мл, после лечения 17.82 ± 0.12 нг/мл (норма фолиевой кислоты 10 нг/мл и выше), у женщин со средней степенью анемии - 7.66 ± 0.2 нг/мл и 16.89 ± 0.11 нг/мл соответственно, у женщин с тяжелой степенью анемии - 6.34 ± 0.1 нг/мл и 14.94 ± 0.14 нг/мл. Как показали результаты, во всех группах имеются достоверное повышение уровня ФК до нормы.

Женщинам без ДФК, но имеющие в анамнезе факторы риска развития ДФК назначена профилактика препаратом 1 раз в неделю, рациональное питание, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта и дегельминтизация при выявлении. Показатели ФК до профилактики составили $11,90 \pm 0,4$ нг/мл, через 1 месяц $13,70 \pm 0,3$ нг/мл, через 2 месяца $16,95 \pm 0,3$ нг/мл, что достоверно выше, чем до профилактики.

Таким образом, комплексное лечение и профилактика ДФК у женщин фертильного возраста (ЖФВ) наряду с дегельментизацией, лечением патологии ЖКТ и рациональным питанием позволяет восстановить уровень ФК до нормы в течение 1-3х месяцев, в зависимости от степени тяжести ДФК. Профилактика ДФК в течение 3х месяцев позволяет достоверно повысить показатели ФК. Среди 103 девушек, готовящихся к вступлению в брак проведен вышеуказанный комплекс мероприятий, и продолжено диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев. Критериями оценки эффективности этих мероприятий были показатели патологии во время беременности, родов, наличие врожденной патологии у новорожденных.

В основной группе (76 чел), где ЖФВ выполнили все наши рекомендации, ДФК был устранен у 96% пациентов. Среди них не наблюдались случаи патологии у матери и ребенка за исключением 2х случаев преждевременных родов, 2х случаев низкого веса у новорожденного, 1 случая обвития пуповины у новорожденного, 1 случая тяжелого гестоза. В контрольной группе (27 чел), где не выполнялись рекомендации, или выполнялись частично, случаи осложнений и патология отмечена у 71% беременных и рожениц, в т.ч. выкидыш 2 случая, мертворожденность 1 случай. Среди 24 рожденных детей от матерей с ДФК имеется 1 случай врожденного порока сердца, 3 случая недоношенности, 3 случая низкого веса, 2 случая обвития пуповины, т.е. 37,5% детей имеют патологию.

Следовательно,

Выводы. Внедрение данного комплекса лечебно профилактических мероприятий среди ЖФВ готовящихся к беременности, позволяет предотвратить патологию в периоде беременности и родов в 92% случаях, а врожденную патологию, связанную с ДФК в 100%

случаях, т.к. каждый случай врожденной патологии у ребенка – это пожизненная инвалидность, социальные проблемы для семьи и страны.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Нуржанов Б.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45-1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (М.В.Волков, 1972., Е.П.Меженина, 1974., А.Ф.Краснов.,К.А.Иванова, 1983).

Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии, оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской ортопедии Хорезмской областной больницы ортопедии и последствий травм в периодс 2005 по 2020 гг.

Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%) отмечалась средняя, а у 14 (46,7%) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%) пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Нами проведены следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фриденда, в 10 случаях операция Крогиуса, у 4 больных операция Бойчева и у 11 пациентам операция Краснова.

Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения полученные на основании субъективного и объективного обследования расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (60%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клинико-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (16,6%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (13,3%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в коленном суставе при длительной ходьбе, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них (6,6%), оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

ПУТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТОВ «ФАРМАКОЛОГИЯ» И «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Олимова Д.Ш., Тангиров Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Значимость высшего образования в настоящее время быстро возрастает. Многие смотрят на образование как на стратегический товар и силу общества, В настоящее время происходит резкое повышение глобального спроса на высшее образование, в частности медицинское. Это является вызовом для высших учебных заведений на пути достижения стратегических целей. Новая Стратегия ЕС 2020 определяет два основных направления: 1.

интернационализацию высшего образования и 2. повышение его качества. Эти цели соответствуют требованиям глобального рынка труда и либерализации высшего образования. В связи с этим проблема качества высшего образования становится наиболее актуальной.

Предметы «фармакология» и «клиническая фармакология» являются одними из приоритетных дисциплин, способствующих формированию у студентов мотивации обучения в вузе медицинского профиля.

С целью улучшения усвоения курса фармакологии и клинической фармакологии студентами рекомендованы методические разработки кафедры. Особое внимание уделяется изучению современных форм лекарственных препаратов. Для студентов всех факультетов разработаны специальные учебно-методические пособия к практическим занятиям, которые включают в себя теоретические вопросы к занятиям, тесты, перечень препаратов по теме и задания для внеаудиторной работы. Разработаны и изданы методические руководства по следующим разделам фармакологии: «Общая рецептура», «Общая фармакология» и «Средства, влияющие на периферическую иннервацию». Планируется издание таких же методических пособий по всем разделам фармакологии и некоторым разделам клинической фармакологии.

На практических занятиях используются наглядные пособия (проспекты, наборы лекарственных препаратов). Для развития творческих способностей студентов, согласно количеству часов для внеаудиторной работы, рекомендуется подготовка рефератов, стендов, презентаций по различным темам курсов «фармакология» и «клиническая фармакология», посещение совместно с преподавателем фармацевтических выставок. Привлечение студентов к разработке тестовых и ситуационных задач, участие студентов в тематических олимпиадах.

В учебном процессе уделяется внимание ведению дискуссии между преподавателем и студентами во время лекций и практических занятий, что помогает привлечь внимание студентов и повышает интерес к предмету. В каждой теме отражены особенности применения препаратов в стоматологической, педиатрической и общеврачебной практике. В настоящее время в качестве демонстрационного средства используется мультимедийный комплекс (ноутбук и проектор).

Таким образом, предложенные подходы к обеспечению и повышению качества преподавания предметов «фармакология» и «клиническая фармакология» способствуют максимальному развитию индивидуальных творческих способностей каждого студента, что в конечном итоге приводит к улучшению качества и уровня подготовки будущих специалистов медицинского профиля.

ҲАЛҚ ТАБОБАТИ - КЕЧА ВА БУГУН

Omanova A.S., Абдуллаев И.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация. Замонавий тиббиётда касалликларни олдини олиш ва даволашда синтетик препаратлар билан бирга халқ табобати ва унинг бир бўлими ҳисобланган фитотерапиянинг аҳамияти каттадир. Сурункали касалликларни даволаш ва касалликларни олдини олишда ўсимликдан тайёрланадиган дамламалар, қайнатмалар, тиндирма ва экстрактларнинг таъсири аҳамиятлидир.

Аннотация. В современной медицине, наряду с синтетическими препаратами, важную роль в профилактике и лечении заболеваний играет народная медицина и фитотерапия. В лечении и профилактике хронических заболеваний большое значение имеют настои, отвары, настойки и экстракты каторый полученные израстении.

Annotation.In modern medicine, along with synthetic drugs, traditional medicine and herbal medicine play an important role in the prevention and treatment of diseases.In the treatment

and prevention of chronic diseases, infusions, decoctions, tinctures and extracts obtained from the plant are of great importance.

Kalit so'zlar: fitoterapiya, massaj, Galen preparatlari, girudoterapiya, farmakoterapiya.

Ключевые слова: фитотерапия, массаж, препараты Галена, гирудотерапия, фармакотерапия.

Key words: phytotherapy, massage, igloterapiya, Galenic preparations, girudotherapy, pharmacotherapy.

Маълумки ижтимоий-иқтисодий ҳаёт тиббиётнинг ривожланиш даражасини белгилайди. Ўрганилган манбаларга қараганда бошқа бир қатор соҳалар каби тиббиёт қадимги шарқ мамлакатларидан Мисрда ривожланиб бошлаганлиги тўғрисида маълумотлар келтирилган. Турли хил касалликларни даволашда Миср табиблари ҳар хил шифобахш ўсимликлардан фойдаланганлар. Миср табибларининг фикрича ҳар бир касалликни даволашда қўлланиладиган дори ресепти мураккаб бўлиши зарур. Дориларни қўллашда жуда кўплаб омилларга эътибор берилиши муҳумлиги ҳисобга олинган. (йил фасли, касаллик тури, бемор ёши, бемор аҳволи) . Қадим Мисрда ўсимликдан тайёрланган айрим дорилар опий, канакунжут мойи ва бошқалар даволаш учун қўлланилган.

Касалликларни даволашда Қадимги Хитой табиблари ҳам ўзига хос даволаш усулларини қўллаганлар. Буларнинг энг машхурлари мокса, массаж ва игна санчиб даволаш усулларидир. Бу усуллар ҳозирги тиббиёт амалиётида тикланди ва клиникаларда қўлланилмоқда.

Касалликларни даволашда қадимги ҳинд табиблари ҳам бир қатор ютуқларга эришганлар. Улардан айниқса, Сушрута жуда мохир табиб бўлган. Тиббиётда касалликларни даволашда 800 га яқин дориларни ишлатганлар. Булар орасида ўсимликлар, минерал моддалар ва ҳайвонлар аъзоларидан тайёрланган дорилардан кўп фойдаланганлар.

Табиблар касалликларнинг тахминан 70 фоизини шифобахш гиёҳлар билан даволай олсалар, қолган 30 фоизи минерал тошлар билан даволаб бўлишини баён қиладилар. Қадимдан кадр-қимматини йўқотмай келаётган бу пурмаъно ҳикмат замирида она табиатнинг ажралмас қисми бўлган инсон чалинадиган касалликларга даво уни атрофини ўраб турган табиатда мужассамдир, деган ҳаётий ҳақиқат ётибди. Фақат уни илғаб, англаб ўз ўрнида фойдаланиш керак. Бу борада инсонга узоқ тарихга эга бўлган халқ табобати энг яқин кўмакчи бўлиб келган. Аммо ушбу соҳага етарли даражада эътибор қаратилмаслиги оқибатида юртимизда анъанавий даволаш усуллари унутилиб кетаёзган эди.

Халқ табобатининг бир қисми бўлган фитотерапия, доривор ўсимликлар, улардан тайёрланган ва олинган препаратлар билан беморларни даволаш тўғрисидаги фандир. Фитотерапия фармакология фанининг ажралмас қисми ҳисобланади. «Фитотерапия»-грекча сўз бўлиб , «фитон»-ўсимлик, «терапия»-даволаш деган маънони англатади.

Фармакология, халқ табобати ва фитотерапиянинг фан сифатида асрлар мобайнида шаклланишида куйидаги олимларнинг қўшган ҳиссалари беқиёсдир:

Гиппократ (янги эрагача 480-372 йй.) ўз асарларида илк бор касаллик тарихига тушунча берган, буюк аллома ўз асарларида беморга шахсий ёндошиш кераклигини тарғиб этган. Аллома дорилар тўғрисида турли маълумотлар қолдирган, инсонни табиат билан бир бутун деб ҳисоблаган.

Клавдий Гален (янги эра 129-211 йй) - дори препаратлари тайёрлашнинг бирқанча усулларини топган. Дори тайёрлаш технологиясига асос солган. Унинг усули билан тайёрланган асосан ўсимликдан олинган препаратлар «гален препаратлари» деб юритилади ва ҳозиргача ҳам шу ном билан касалликларни даволаш ва олдини олишда самарали қўлланилиб келинмоқда.

Халқ табобати соҳасида фаолият олиб борган олимларимиздан Ўрта Осиёнинг комусий олими, табобат илмининг асосчиси Абу Али ибн Синонинг халқ табобатни ривожланишига қўшган ҳиссаси беқиёсдир.

Ўрганилган манбаларда баён қилинишича Ибн Сино томонидан тиббиётга бағишланган 55 та асар ёлган. Шундан 31 тасини шахсан ўзи, қолган 24 тасини эса ўз шогирдлари билан бирга яратган.

Ибн Сино ўзигача ўтган табибларнинг тажрибаларини синчиклаб ўрганиб, уларни янада мукамаллаштирган, бойитган, уларга янги муолажаларни қўшиб, ўша замондаги халқ табобатида ишлатиб келинган доривор ўсимликлар ва меваларнинг тиббиётдаги аҳамиятини ҳар томонлама очиб берган. Шунинг учун ҳам Ибн Сино меросини ўрганиш, у ишлатган дори воситаларини илмий томонидан асослаб бериш ва ҳозирги замон тиббиёт амалиётига татбиқ этиш халқ табобати, фитотерапия фани дарғалари, фармаколог ва провизорларнинг давр талабидан келиб чиққан муҳим вазифалари қаторига киради.

Халқ табобати ва фитотерапиянинг тарихида Юсуф Хиравий (XIV аср) нинг ҳам хизматлари беқиёс бўлган. У Муҳаммад Бобур саройида хизмат қилган, унинг шахсий табиби бўлиб, 1507 йилда "Яхши кишиларга фойдалар" асарини ёзган. Бунда ўсимликлардан олинган содда дориларга кенг ўрин берилган ва айрим касалликларни даволаш йўллари таърифланган. Ушбу асар кейинчалик "Тибби Юсуфий" номи билан шарқ мамлакатларида катта нуфузга эга бўлган.

Абулғозихон (Абулғози ибн Абулмуҳаммадхон Хоразмий 1605-1664) ўзи хукмронлик қилган даврда мамлакатда барча соҳалар каби тиббиётни ривожланишига катта аҳамият берган. Абулғозихон тиббиётга оид китоби-ни «Инсонга фойдали китоб» деб номлаб уни ўзбек тилида ёзган сўнг форс тилида таржима қилинган. Унинг бу асари 4 қисмдан иборат бўлган. Биринчи қисмда оддий дориларнинг ҳоссалари, уларни тайёрлаш ва ишлатиш усуллари баён этилган. Иккинчи қисм – мураккаб дориларга бағишланган. Бу қисмда мураккаб дориларни тайёрлаш, сақлаш, ишлатиш усуллари ёритилган. Учинчи қисмда тиббиётда кўп ишлатиладиган умумий дорилар ҳақида сўз юритилади. Бундан хулоса қилиш мумкин-ки шу даврда тиббиётнинг ривожланишида юрт хукмронларини ҳам ҳиссаси катта бўлган.

Неъматуллоҳ ал-Хирмоний (XIV аср) нинг "Доривор моддаларнинг хусусиятлар денгизи" номли асари бизгача етиб келган. Китобни ёзишда муаллиф ўзидан олдин ўтган Клавдий Гален, Ибн Сино, Ибн ал-Қайтар сингари олимларнинг тиббий асарларидан кенг фойдаланган.

XVII-XIX асрларга келиб, кимё фанининг ривож топиши синтез йўли билан олинган дори препаратларини яратишга имкон берди. Шу сабабли ҳам кейинги даврда доривор ўсимликларни ўрганиш ва улардан дори препаратлари олиш масаласига эътибор сусайди.

Сунъий йўл билан олинган дори препаратлари беморларга даво қилишда самарали бўлса ҳам, улар ҳар хил асоратларни, ножўя ҳолатларни келтириб чиқариши кейинги 20-30 йил ичида маълум бўлди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотида кўра беморлар-нинг 2,5-5% ини сунъий йўл билан олинган дори препаратлари кўллаш оқибатида келиб чиққан турли асоратлар ташкил қилади.

Ўзбекистон шифобахш гиёҳларга бой диёр. Республикамизда 4000 дан ортиқ ёввойи ўсимликлар ўсади. Шулардан 100 дан ортиқроғи тиббиёт амалиётида дори воситаси сифатида қўлланилади. Халқ табобатида эса худудимиз ўсимликларидан 600 га яқини доривор ҳисобланиб, бу гиёҳларнинг шифобахшлик хусусияти илмий асосда аниқланган. Айниқса юрак-қон томир ва ошқозон-ичак касалликларини даволашда доривор гиёҳлар ўрнини ҳеч бир восита босолмайди. Бу деган сўз республикамизда ўсадиган ва ўстириладиган шифобахш ўсимликлар сони жуда кўп ва улар янги дори-дармонлар яратишда битмас-туганмас манба бўлиб ҳисобланади.

Юртимизда халқ табобати ва унинг бир қисми бўлган фитотерапия фанини янада ривожлантириш ва ҳалқимизни самарали, асорат бермайдиган ва арзон дори воситалари билан таъминлаш долзарб масалалардан бири деб қаралади. Халқ табобатида доривор гиёҳлардан қайнатма, дамлама ва йиғинди чой шаклидаги дорилар ҳар бир хонадонда

тайёрлаб фойдаланиш мумкин. Қайнатма дори шакли дори ва гиёҳларда таъсир қилувчи моддалар қайнатган пайтда парчаланмайди. Бундай дамламаларни тўғри танлаб ичиш бемор организмида ноўя таъсирлар келтириб чиқармайди. Шу сабабдан доривор гиёҳларни қўллашда тиббиёт ходимларининг тавсиясини ҳисобга олиш зарур. Хозирги даврда Ўзбекистонда Халқ табобатини ривожланишига алоҳида эътибор берилмоқда. Кўплаб хусусий клиникалар халқ табобати усулларида касалликларни даволаб беморлар дардига шифо бўлмоқда.

2019 — 2025 йилларда Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш концепцияси ва 2019 — 2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш концепцияси доирасида тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва ундан барчанинг фойдалана олиш имкониятини таъминлаш, тиббиёт илм-фанининг замонавий ютуқлари ва технологияларини жорий этиш, аҳоли соғлом турмуш тарзини шакллантиришга қаратилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Халқ табобати соҳасида етакчи маҳаллий ва чет эл тиббиёт муассасалари ҳамда соғломлаштириш амалиёт марказлари билан яқин ҳамкорлик қилиш асосида халқ табобати мутахассисларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини яратиш Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 12 октябрдаги «*Ўзбекистон Республикасида халқ табобати соҳасини тартибга солиш чора-тадбирлари тўғрисида*»ги қарорида муҳим масалаларни қаторига қўйилган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 апрелдаги “Ўзбекистон республикасида халқ табобатини ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги қарорига асосан Республика тиббиёт олийгоҳларида халқ табобати йуналиши ташкил қилинди ва ажратилган квоталарга биноан 2020-2021 ўқув йилдан бошлаб талабалар ўқишга қабул қилинди. Халқ табобати йуналиши талабалари келажакда халқ табобати шифокори бўлиб тиббиёт муассасаларида амалиётда фаолият кўрсатадилар.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Халқ табобати соҳасини ривожлантиришга қаратилган Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони ва Қарорлари.
2. А.Қодиров. Тиббиёт тарихи . Давлат илмий нашриёти, Тошкент - 2005
3. М.Н.Махсумов, Фитотерапия дарслиги. 2013 й.
4. М.Н.Аллаева ва б.Фармакология ўқув қўлланма. 2020 й.
5. Х.Х.Холмедов. Фитотерапия ўқув қўлланма. 2003 йил
6. Ражабой Собиров. Фитотерапия сизнинг хонадонингизда. Урганч-1994й.

ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ражабова Г.О., Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Синдром поликистозных яичников— заболевание с вариабельной клинической картиной, являющееся общесоматической проблемой, определяющей репродуктивный потенциал молодой женщины.

Цель исследования- Определить клинико-диагностические критерии синдрома поликистозных яичников в репродуктивном периоде и сравнение эффективности лечения заболевания комбинированными оральными контрацептивами и хирургическом методом.

Объект и методы исследования: изучена 90 женщин. При проспективном исследовании изучена 70 женщин с бесплодием с синдромом Штейна-Левенталя, контрольную группу составило 20 женщин, репродуктивного возраста с регулярным овуляторным циклом.

Результаты исследования: Лабораторное обследование женщин исследуемое нами с этим заболеванием базируется на определении уровня ряда гормонов. Результаты

ультразвукового исследования яичников являются важнейшими данными, на основании которых можно сделать заключение о наличии у пациентки синдрома поликистозных яичников. Другим методом инструментальной диагностики была лапароскопия, при которой у больных визуализируется двустороннее увеличение яичников и наличие в них множества подкапсулярных кист. Капсула яичников выглядела утолщённой, гладкой и с выраженным сосудистым рисунком. Лечение зависало от характера и выраженности различных симптомов заболевания, а также от заинтересованности женщины в беременности. Лечение больных разделяли на два этапа: консервативное и хирургическое. Основные задачи медикаментозной терапии — устранение клинических и метаболических проявлений заболевания, уменьшение симптомов андрогенизации, восстановление менструального цикла и индукция овуляции. Показание к оперативному вмешательству — необходимость восстановления фертильности при неэффективности консервативных методов лечения.

Вывод: раннее начало терапии больных с синдромом поликистозных яичников может способствовать сохранению фертильного потенциала, профилактике гипер- и неопластических заболеваний эндометрия, а также поздних осложнений данного синдрома. Резюмируя данные об эффективности различных методик хирургического воздействия на яичники, можно сделать общее заключение, что у больных с типичными клиническими проявлениями СПКЯ, так же как и у значительной части пациенток с другими клинико-патогенетическими вариантами заболевания, оперативное вмешательство в объёме лапароскопического каутеризация яичников служит методом выбора.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ОҚИБАТИДА МЕТАЭПИФИЗАР ТОҒАЙНИНГ ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Примова Г.А., Абдуллаева И.Х., Расулов Х.А.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Долзарблиги. Бутун дунё соғикни сақлаш ташкилоти маълумотида кўра дунё аҳолисини 100 млн.дан ортиғи қандли диабет (ҚД) билан оғрийди.

Шуни таъкидлаш лозимки ўсувчи организмда ўсиш жадаллигини баҳолашнинг энг маъқул звеноси – найсимон суякларнинг ўсиш зоналари ва уларнинг суяк усти пардалари морфологик ўзгаришлари динамикасини ўрганиш лозим бўлади.

Мақсад. Постнатал онтогенез босқичларида экспериментал қандли диабет таъсирида найсимон суякларнинг ўсиши ва ривожланиш динамикасини морфологик ва морфометрик ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот тажрибаси жинсий етук 14 та оқ она каламушлар ва улардан туғилган 42 та болалари постнатал ривожланишининг 1-, 14-, 30-, 45- ва 60-кунларида олинди. Тажриба гуруҳи жониворлари бўлиб, ҳомиладорлигининг 8 - ва 15-кунларида тана вазнининг 15 мг/кг миқдорида оғиз орқали аллоксан юборилган она каламушлардан туғилган болалар ташкил қилади. Суяк тўқимаси намуналари 10%ли формалин эритмасида фиксация қилиниб, кейин парафинга солинди. 10 мкм қалинликда гистологик кесма тайёрланиб, гематоксилин-эозин, Ван Гизон, пикрофуксин билан гистохимиявий ШИК реакцияси билан бўялди.

Морфометрик текширишлар штангенциркул ёрдамида дистал эпифизнинг 0,1 мм гача кенлиги аниқлик билан улчанди. МОВ-1-15 винтли окуляр микрометр ва УМБИ-3 окуляр ўлчов тизими ёрдамида узун найсимон суякларнинг дистал эпифизи морфометрик ўлчамлари олинди.

Натижа. Гистологик ва морфометрик текширувлар натижалари шуни кўрсатдики, она организмидаги ЭҚД ҳомила суклари ўсиш механизмида ўзгаришлар келтириб чиқаради ва бунинг натижасида гистологик тузилиши ўзгаради. Айниқса ўзгариш узун найсимон суяклар ўсиш зоналарида бўлади.

Тадқиқот мобайнида шу маълум бўлдики, ҳомиладорлик даврида алоксан юборилган оналардан туғилган болаларда метаэпифизар тоғай пластинкаси қалинлиги барча ёшда назорат гуруҳидагиларга нисбатан кам: янги туғилганларда – 14,7 % га ($p \leq 0,001$), 10- кун – 24,9 % га ($p \leq 0,001$), 20- кун – 18,9 % га ($p \leq 0,001$), 30- кун – 14,8 % га ($p \leq 0,001$), 60- кун – 29,3 % га ($p \leq 0,001$) мос равишда. Метаэпифизар тоғайнинг қалинлигини ёшга хос ўзгаришишни таҳлил қилиб, иккала гуруҳ жониворларида ҳам ёшга нисбатан тоғай қалинлиги камайиб бориши қайд этилди. Назорат гуруҳи жониворларида метаэпифизар тоғай қалинлиги камайиши 30 - кунда 28,6 % га бўлса, тажриба гуруҳи жониворларида 60 - кун (26 %га) аниқ намоён бўлади.

Эпифиздан диафизга томон йўналишда биринчи зона зона индифферент тоғой зонаси хисобланади. Бу зона суяк эпифиздан ялпи (узлуксиз) суяк пластинка ёрдамида ажралиб туради. Унда хужайра элементлари одатда асосий хужайралараро моддада 2-3 нотўғри қатор бўлиб жойлашади. Тажриба гуруҳи жониворлари хондроцитлари хаотик якка-якка, жуфт бўлиб, кейинги зона яқинида эса ўрта ўлчамдаги 4-5 та хужайралар кичик гуруҳ бўлиб жойлашган. Хондроцитлар эллипсимон, дуksимон, айрим ҳолларда юмалок шаклда. Хондроцитлар марказида цитоплазмага ўралган сферик ёки айлана шаклдаги ядро жойлашади. Бу хужайраларнинг кам қисми ясси шаклдаги ядрога эга бўлади. Эпифизар пластинка чегаралари нотекис ва едилган.

Тажриба гуруҳи жониворларида индифферент тоғайни морфометрик текшириш шуни кўрсатдики, янги туғилган ва 60чи суткадаги тажриба гуруҳи жониворларда индифферент тоғай қалинлиги назорат гуруҳи жониворларига нисбатан 12,5 ва 8,2 % га кам. 14-, 30-, 45- кунларда назорат гуруҳи жониворлари индифферент тоғай кўрсаткичлари сезиларли фарқ қилмайди.

Морфометрик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ческие исследования показали, назорат гуруҳи жониворларига нисбатан ЭҚД билан оғриган оналардан туғилган тажриба гуруҳи жониворларида дефинитив зонаси қалинлиги кам. что при экспериментальном СД материнского организма у крысят опытной группы толщина зоны дефинитивного хряща меньше по сравнению с животными в контроле. Энг кўп фарқ 20,8 % ($p \leq 0,05$) ва 27,4 % га 10чи ва 60чи суткаларда эканлиги аниқланди.

Хулосалар. 1. Текширишлар шуни кўрсатдики, постнатал онтогенезнинг эрта даврларида организмнинг фаолияти ва ривожланиш жараёнларида суяк системаси жиддий ўзгаришларга учрайди. Булар тоғай ривожланиш жараёнида ички структурасини қайта қурилиши билан намоён бўлади. Ўзгаришлар экзо ва эндоген таъсирлар натижасида аниқ бир йўналишда ҳамда динамикада эканлиги билан характерланади.

2. Морфометрик анализлар тажриба гуруҳи жониворларида ёшга қараб эпифизар тоғай қалинлигининг камайиши умумий қонуниятлари сақланиб қолишини, пролиферация зонасида пролиферацияланувчи хужайралар сони, бирламчи ғовак зонасида остеобластлар сони ортишини кўрсатди.

ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Раупов Ф.С., Кобиров Э.Э., Некбаева Ф.З.
*Бухарский государственный медицинский институт,
Самаркандский государственный университет*

Цель исследования: Проведение сравнительного анализа септических осложнений и функциональных расстройств кишечника после её резекции.

Материал и методы. В клинической базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института в период 2018-20 гг. лечение получили 387 больных с различными хирургическими патологиями ободочной кишки и аноректальной области. Мальчиков было 198 (51,2%), девочек 189 (48,8%). Из них болезнь Гиршпрунга диагностировано у 8 (2,1%) больных, у 6 (1,5%) больных диагностировали долихосигму. В

анамнезе у этих больных наблюдались клинические признаки колостазы, по поводу которого неоднократно лечились в стационарных и амбулаторных условиях, клинического эффекта от полученных процедур не наблюдалось. И этим пациентам по показаниям в различные периоды жизни проведено оперативное вмешательство в экстренном или в плановом порядке.

Результаты исследования: Кроме общеклинических исследований, для определения патологий в толстом кишечнике производили обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригографию в момент заполнения и после опорожнения в различных положениях пациента для изучения патологии фиксации и смещений ободочной кишки. Для установления и подтверждения диагноза «аганглиоз толстой кишки» изучали биопсионный материал взятой во время колонофиброскопии. Учитывая клинико-рентгенологический статус и возраст пациентов у 4-х (1,1%) больных с болезнью Гиршпрунга произведено брюшно-промежностная проктопластика по методу Сааве-Бале, у 1-го (0,3%) больных для лечения данной патологии использовано трансанальное низведение и удаления аганглианарной части толстого кишечника по De la Torre-Mondragón. У 3-х (7,8%) больных с долихосигмой произведено частичная резекция удлиненной части сигмовидной кишки, с последующем наложением анастомоза «конец в конец». Ранний послеоперационный период у прооперированных больных протекало относительно благоприятно. Больных в течение 5-6 суток содержали на парентеральном питании, нутритивная поддержка осуществлялась с учетом потребностей в пищевых ингриентах и жидкостях. С профилактической целью всем прооперированным больным назначали цефалоспорины IV-поколения, в/в метрогил и макролиды в возрастных дозировках с учетом этиологии возможных послеоперационных осложнений со стороны послеоперационной раны и для предупреждения сепсиса. Для стабилизации микробиоценоза в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) назначали пробиотики и эубиотики с учетом клинико-лабораторных показателей. Назначали препарат «Лактофилтум» для детоксикации и выведения шлаков из ЖКТ. У всех наблюдаемых больных послеоперационные раны в брюшной стенке зажило первичным натяжением. Из местных осложнений в ранние сроки после операции по методике Сааве-Бале значимым являлось перианальное поражение кожи. Это осложнение у всех детей было связано в основном с увеличенной частотой и консистенцией стула и в ряде наблюдений объяснялось течением послеоперационного энтероколита. Воспалительные осложнения развились у 2-х детей на фоне мацерации. Транзиторное недержание кала отмечалось у 2 (0,5%) больных в сроки до 4 недели после операции.

Вывод: Таким образом, своевременно установленный диагноз и правильно выбранная тактика лечения позволяют существенно уменьшить число септических осложнений, и улучшить исходы лечения, что положительно сказывается на качество жизни прооперированных больных.

ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ЭЛЕКТРОН ХУЖЖАТ ЯРАТИШ

Рахимов Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Мамлакатимизда тиббиёт муассасаларида электрон хужжатларини яратиш ва сақлаш масалаларини ёритиш, шу мавзуга оид маълумотлар базасини шакллантириш ҳамда бу маълумотлар базасидан фойдаланиш сиёсатини ишлаб чиқиш замонавий тиббиёт масалаларининг асоси бўлиб хизмат қилади.

Бизга маълумки, бугунги кунда тиббиёт муассасалари ўз фаолияти давомида маълумотлар базасини электрон хужжатларга доир маълумотлар билан тўлдириб мукаммал шаклланган кўринишда акс этиб бормоқда.

Замонавий тиббиёт муассасаларида ахборот технологиялари ютуқларининг кенг жорий этишилиши қайта ишланган электрон ахборот усули босма ахборот усулидан

анчагина қулайлигини исботламоқда. Ахборот ҳажмининг кескин ошиши ва шу билан бирга ахборотни қайта ишловчи усулларнинг ортиши ҳамда осонлашиши натижасида маълумотлар базасидан фойдаланувчилар сони ошиб бормоқда.

Электрон ҳужжат - электрон шаклда қайд этилган, электрон рақамли имзо билан тасдиқланган ва электрон ҳужжатнинг уни идентификация қилиш имкониятини берадиган бошқа реквизитларга эга бўлган ахборотдир.

Электрон ҳужжат техника воситаларидан ва ахборот тизимлари хизматларидан ҳамда ахборот технологияларидан фойдаланилган ҳолда яратилади, ишлов берилади ва сақланади.

Электрон ҳужжатнинг мажбурий реквизитлари ўйидагилардан иборат:
- электрон рақамли имзо;

- электрон ҳужжатни жўнатувчи юридик шахснинг номи ёки электрон ҳужжатни жўнатувчи жисмоний шахснинг фамилияси, исми, отасининг исми;
- электрон ҳужжатни жўнатувчининг почта ва электрон манзиллари;
- ҳужжат яратилган сана.

Қисқача қилиб айтганда электрон ҳужжат маълумотларнинг электрон кўринишидир.

Электрон ҳужжат реквизитлари - электрон ҳужжатнинг ҳақиқийлигини тасдиқловчи келтирилган маълумотларни ўзида ақс эттиради.

Электрон ҳужжатларни бошқариш тизими бу электрон ҳужжатларни яратиш, сақлаш, манипуляция қилиш ва жойлаштириш жараёнларини самарали ташкил этишга имкон берувчи қурилмалар ва дастурлар тўпламидан иборатдир. Электрон ҳужжат айланиши электрон ҳужжатларни ахборот тизими орқали жунатиш ва қабул қилиб олиш жараёнларини умумлаштиради. Электрон ҳужжат айланишидан битимлар тузиш, ҳисоб-китобларни, расмий ва норасмий ёзишмаларни амалга ошириш ҳамда бошқа ахборотни ўтказишда фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Электрон ҳужжат айланиши соҳасидаги давлат сиёсати электрон ҳужжат айланиши жамиятнинг барча соҳаларига кенг қўлланилишини таъминлашга, электрон ҳужжат айланиши иштирокчиларининг ҳуқуқлари ва қонуний манфаатларини ҳимоя қилишга, электрон ҳужжатдан фойдаланиш стандартлари, нормалари ва қоидаларини ишлаб чиқишга қаратилгандир.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Рахимова Ф.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Бугунги кунда мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимининг барча соҳаларидаги ислохотларни чуқурлаштиришда, давлат-хусусий шериклик тамойилини ҳаётга изчил татбиқ этишда, хусусий тиббиётни ривожлантириш ва улар сонини кўпайтириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий хизматлар турларини кенгайтиришда замонавий ахборот технологияларининг ўрни бекиёсдир.

Мамлакатимиздаги тиббиёт муассасаларида электрон ҳужжатларни яратиш ва сақлаш масалаларини ёритишбу шу мавзуга оид маълумотлар базасини шакллантириш ҳамда бу маълумотлар базасидан фойдаланиш замонавий тиббиёт муассасаларининг асоси ҳисобланади. Маълумотлар базасида бемор ҳақидаги маълумотлардан ташқари унга тиббий ёрдам бериш давомида сарф бўлган дори- дармон, беморни мунтазам кузатишлар натижасининг барчаси тизимли шаклда архивланиб боради.

Тиббиёт соҳасида ахборот технологияларининг жадаллик билан ривожланиши оқибатида бемор билан алоқа ўрнатиш ва масофадан туриб даволаш имконини берувчи хизмат турларининг жорий қилиниши туфайли бу соҳада малакали тиббиёт ходимига,

замонавий тиббий ускуна ва жиҳозларга эга бўлган, арзон тиббий хизмат мажмуасини таклиф эта оладиган тиббиёт ташкилотларига талабни орттирмоқда.

Электрон таълимнинг ривожланишини “Ақлли тиббиёт” тизимининг бизда ҳам татбиқ этила бошлангани, “электрон навбат”, “беморнинг электрон карточкаси”, “электрон рўйхатга олиш”, “электрон рецепт” тизими, “электрон дорихона”, “электрон ордер” каби хизмат ва сервислар яратилаётганлиги, телемедицина, мобил медицина (мобил хизматлар, m-Health) мисолида ҳам кўришимиз мумкин.

Шифокор қаерда бўлишидан қатъи назар, беморнинг сурункали ва яширин кечувчи касалликлар профилактикасида, уларни аниқлаш, саломатлиги ҳолатини мониторинг қилиш ва даво чораларини тайинлашда муҳим бўлган ҳолатини бемор танасига ўрнатилган махсус датчик ва чиплар орқали унинг саломатлиги ҳақидаги муҳим маълумотлар — тана ҳарорати, қондаги қанд миқдори, артериал қон босими ҳақидаги ахборотдан хабардор бўлиб туради. Бу тизим орқали, тиббий ёрдамни симсиз алоқадан фойдаланган ҳолда уйда олиш мумкин бўлади.

Тиббий маълумотлар асосида касалликнинг олдини олиш, соғайиш жараёнларини таҳлил қилиш учун сунъий интеллект технологияларини жорий этиш лозим.

Шу сабабли соғлиқни сақлаш тизими ўз олдига аҳолига кўрсатиладиган тиббий хизматларни юқори даражага кўтаришда, касалланиш кўрсаткичларини пасайтириш ва аҳолининг узок умр кўришини таъминлашда, илғор ускуналар билан жиҳозланган, малакали кадрларга эга, юқори технология ва самарали тиббий хизматни шакллантириш, тиббиёт муассасалари илмий, услубий ва таълимга оид салоҳиятини ривожлантириш, соғлиқни сақлаш тизимида инновацион диагностика восита ва усуллари жорий қилинишига кўмаклашиш ва аҳолини арзон нархдаги сифатли дори воситалари билан таъминлаш каби муҳим вазифаларни амалга оширишни мақсад қилиб қўймоқда

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТАЛАССЕМИИ В РЕГИОНАХ ВХОДЯЩИХ В «ПОЯС ТАЛАССЕМИИ»

Рахманова У.У., Сулейманова Д.Н.

*Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
гематологии*

Талассемия является наследственным генетическим заболеванием, которое связано с патологическими изменениями в гене гемоглобина. Каждый год на свет появляется более 7 млн новорожденных с врожденной патологией и генетическими заболеваниями, примерно 25% этих заболеваний составляют пять патологий, куда входят наследственные гемоглобино- и энзимопатии.

Распределение больных обусловлено географическим расположением «пояса талассемии планеты», который проходит в виде полосы через страны Средиземноморья, Азии, до Австралии. Например, в этот пояс входят Турция, Греция, Израиль, где талассемия является важной государственной проблемой. Азербайджан и Узбекистан также относятся к этому «поясу талассемии». «Пояс талассемии» – это географические регионы, где широко распространена малярия и где более устойчивыми к малярийному плазмодию являются гетерозиготные носители мутаций α - и β -цепей гемоглобина.

Известно, что в нашей республике родственные браки очень широко распространены. В идеальном варианте все семьи, в которых выявлены наследственные заболевания, должны пройти медико-генетическое консультирование.

Цель исследования: Изучение выявляемости пациентов с диагнозом β -талассемии в Узбекистане, установление возрастно-половых и демографических особенностей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт пациентов с β -талассемией, находящихся на «Д» учете и получивших лечение в поликлинике РСНПМЦГ в 2015-2020 гг.

Результаты и обсуждение: Узбекистан по своему географическому положению входит в «пояс талассемии», наиболее близко расположены к этому поясу Кашкадарьинская, Сурхандарьинская, Бухарская и Самаркандская области. Именно в этих регионах выявлено наибольшее число больных талассемией. Кроме того, на частоту талассемии влияют родственные браки. Наименьшее количество родственных браков выявлено в Приаралье, Сырдарье, Андижане, Намангане.

Вывод: Таким образом, наиболее высокий риск рождения детей с талассемией имеется именно в тех регионах, которые входят в «пояс талассемии» и в тех, где высокая встречаемость родственных браков, которые обуславливают развитие наследственных заболеваний, к которым относится и талассемия.

ЮНИОР ВА КАДЕТ СПОРТСМЕНЛАРДА ТАНАНИНГ КОМПОЗИЦИОН ТАРКИБИ ВА НЕЙРОФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНИҚЛАШ БЎЙИЧА ЭЛЕКТРОН ҲИСОБЛАШ ДАСТУРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Раҳматова М.Р.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Маълумотларнинг қўплигига қарамай, спортда энг иқтидорли спортчиларни танлаб олиш муаммоси доимий изланиш, такомиллаштириш ва янада ривожланиш даврида эканлигини кўрсатмоқда. Спорт мактабларида ёш спортчиларни маълум спорт йўналишига мойиллигини аниқлашнинг илмий асосланган методлари, шунингдек, уларнинг келажакдаги натижаларини олдиндан башорат қила олиш ва уларни бошланғич тайёрлов босқичидан токи халқаро спорт усталаригача бўлган даражасига олиб бора олиш- бу спорт танлови замонавий тизимининг муҳим ажралмас қисмига айланмоқда айланиб бормоқда . Танлов тизими нафақат спорт билан шуғулланадиган, балки бошқа фаолият соҳалари билан ҳам чамбарчас боғлиқ бўлган мураккаб ижтимоий механизмдир. Шунинг учун бу муаммонинг асосий тушунчаларини аниқлаш ва очиқ бериш муҳим аҳамиятга касб этади.

Мақсад. Ёш ва кадет спортчиларининг тананинг композицион таркиби, асаб тизими турлари кўрсаткичларини ўрганиш ва баҳолаш учун замонавий компьютер дастурини амалиётга тадбиқ этиш.

Материал ва услублар. 75 та юниор ва кадет спортсменлар композицион тана тузилиши ва нейрофизиологик хусусиятларини аниқлаш учун сўровнома тест дастуридан ўтдилар. Компьютер дастури ёрдамида тўпланган балларни баҳолаш бўйича олинган маълумотларга асосланиб, спортсменлар кўрсаткичларини таҳлил қилинди.

Натижалар. Олинган маълумотларга кўра, тананинг композицион таркиби ва нейрофизиологик хусусиятларини аниқлаш учун биз тайёрлаган дастур бўйича тест анкетасидан ўтган кадет ва юниор спортчилари қуйидаги натижага эришдилар: 0 дан 7 гача бўлган 1 чи гуруҳ спортчилари 18 тани, 8 дан 14 гача бўлган 2 та гуруҳга жами 47 спортчи, 15 дан 21 гача бўлган 3 -гуруҳ спортчилари 10 нафарни ташкил этди.

Хулоса. Дастур спорт мактабларида спорт танлови ва техник ечимларни ҳал қилиш учун қўлланилиши мумкин, бу эса ўз навбатида спортчиларимизда спортдаги ютуқлари даражасини яхшилашга туртки бўла олади.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Режабов Б.Б., Отахонов Б.Р.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель исследования. Обработка анализа результатов хирургического лечения больных с повреждениями акромиального конца ключицы в период 2019-2021 годов в травматологических отделениях Хорезмской области.

Материал и методы. По предложенной методике прооперировано 50 больных в возрасте от 16 до 45 лет. Свежие повреждения были у 47 пациентов, несвежие - у 3. У 43 пациентов повреждения были трех степеней тяжести. Имплантацию фиксатора осуществляли в двух вариантах. При первом варианте фиксатор формируют в ране. Для этого после выполнения стандартного оперативного доступа и вправления акромиального конца ключицы через акромиальный отросток в ключицу проводят две пары спиц Киршнера. Затем через ключицу в клювовидный отросток проводят еще одну спицу. Ее крючкообразно изгибают под клювовидным отростком. Вокруг выступающего конца спицы над ключицей изгибают концы спиц, проведенных через акромион, формируют пружинные опорные площадки. Прямую спицу, выступающую над ключицей, скусывают, оставляя свободным участок в 6-8мм. Его крючкообразно изгибают и прижимают тем самым пружинную опору к ключице. Прямая спица при этом приобретает S-образную форму, а фиксатор становится пружинным.

При втором варианте осуществляется минимально-инвазивная имплантация. Делают разрез 3,5 см в области акромиона и еще один разрез 3,5 см в области дистальной 1/3 ключицы в проекции клювовидного отростка. Ранки соединяют туннелями. Хирург формирует из спиц Киршнера W-образные фиксаторы необходимых размеров, исходя из анатомических особенностей травмированной области, характера повреждения. Производят вправление вывиха. Через акромион в ключицу проводят две параллельные спицы диаметром 1,8 - 2,0 мм, осуществляя тем самым временную фиксацию акромиального конца ключицы. Затем в каналы, проделанные спицами, вводят прямые ножки фиксатора. Пружинные ножки прижимаются к ключице. Через отверстие фиксатора в клювовидный отросток проводят спицу Киршнера. Ее крючкообразно изгибают под клювовидным отростком. Выступающий конец спицы над ключицей скусывают и затем крючкообразно изгибают вокруг пружинных отверстий. При этом акромиальный конец ключицы остается фиксированным во вправленном состоянии с возможностью совершать минимальные, близкие к физиологическим движения. Оба варианта имплантации предусматривают краткосрочную внешнюю иммобилизацию поврежденного сегмента в течение 10-21 дня.

Результаты. Результаты лечения известны у всех пациентов в период от 3 месяцев до 2 лет. Хорошие результаты получены у 42 (84%) пациентов, удовлетворительные - у 7 (14%), плохие - у 1 (2%). Перелом S - образной соединяющей спицы зарегистрирован в 8 (16%) случаях. У 7 больных он не повлиял на исход лечения, так как возник уже в позднем периоде, после полного восстановления функции сустава, когда пострадавшие начали выполнять значительные физические нагрузки. В одном случае такой перелом соединяющей спицы на раннем этапе привел к формированию повторного вывиха и к неудовлетворительному исходу лечения.

Выводы: 1. Высокая функциональность, малая металлоемкость, возможность регулировать пружинные качества фиксатора во время операции создают оптимальные условия для регенерации поврежденных связок акромиально-ключичного сустава.

2. Доступность, простота и дешевизна предлагаемой технологии лечения дают возможность рекомендовать его к использованию в практике лечения больных с повреждениями акромиально-ключичного сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОСОЛАПОСТИ

Режабов Б.Б., Отахонов Б.Р.

Волгоградский государственный медицинский университет.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Введение. Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди пороков развития опорно-двигательного аппарата и до 30-31% случаев на 1000 новорожденных. Причины косолапости весьма разнообразны и в настоящее время до конца не изучены.

Цель исследования. Оценка эффективности применения консервативного и оперативного лечения проводимой отделением реабилитации Многофункциональной медицинской центре городе Ургенче с врожденной косолапости.

Материал и методы. Проанализированы результаты (2020-2021 годов) лечения 23 детей с типичной формой врожденной косолапости. Лечение проводили отделение реабилитации Многофункциональной медицинской центре городе Ургенче консервативным и оперативным методами, позволяющими устранить деформацию стопы и предотвратить развитие рубцовых процессов и осложнений. Обязательным условием являлось послеоперационное консервативное лечение и полноценный уход. Результаты оценивали через 6 месяцев после оперативного лечения.

Результаты. Первоначально детям осуществляли консервативную коррекцию: наложение гипсовых повязок, корригирование варуса и аддукции с одновременным восстановлением тонуса малоберцовых мышц и разгибателей мышц стопы с помощью ЛФК, массажа, физиопроцедур. Следующим этапом было оперативное лечение по Зацепину-Штурму и гипсовая иммобилизация с применением физиотерапии, массажа, ЛФК. Реабилитационное лечение проводили в течение года, оно включало в себя ношение ортопедической обуви, обучение правильной ходьбе, плавание в бассейне, ЛФК.

Выводы: Использование данной тактики дало положительные исходы лечения в 82% случаев. Все компоненты косолапости были устранены, достигнуты функциональные и косметические результаты.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рўзибоев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. В настоящее время большое значение придается роли иммунной системы при язвенной болезни желудка (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Иммунные процессы у больных с язвенной болезнью желудка и ДПК являются результатом сбалансированного взаимодействия целого ряда клеточных и гуморальных, специфических и неспецифических механизмов, которые контролируются комплексом регуляторных паракринных и аутокринных факторов.

Цель. Изучение особенностей иммунного статуса больных с ЯБЖ и ДПК. клинико - иммунологические исследования проведены у 30 больных с ЯБ в возрасте от 30 до 70 лет.

Материалы и методы. Клинико - иммунологические исследования нами проведены у 30 больных с ЯБ желудка и ДПК в возрасте от 30 до 70 лет. По полу превалировало число мужчин – 19 (63,3 %), женщин было 11 (36,7 %). Изучение иммунного статуса больных включало: подсчет лейкоформулы (ALFA-MED-SERVICE-OOO).

Результаты. Первую изучаемую группу составили 15 больных с ЯБЖ. Так, усредненный показатель лейкоцитоза у 7 больных не выходил за значения нормы ($7,2 \pm 3,9$), тогда как у 4 пациентов наблюдался значительный лейкоцитоз ($15,6 \pm 3,7$), относительное

($17,2 \pm 5,4$) и абсолютное содержание ($1,15 \pm 0,32$) $\times 10^9$ г/л лимфоцитов у 4 больных было достоверно ниже нормальных показателей ($2,6 \pm 1,1$). Следующую группу обследованных составили 15 больных с ЯБДПК. У 2 больного значение лейкоцитов достигло уровня ($10,5 \times 10^9$ г/л), у другого имелись признаки лейкопении – ($3,0 \times 10^9$ г/л), у остальных (12) показатели были в пределах нормы.

Заключение. Неоднородные изменения каждого из параметров иммунной системы при изучаемых патологических процессах являются результатом совокупного действия следующих факторов: различная степень активности основного процесса и развившиеся осложнения, наличие сопутствующих заболеваний в разных стадиях течения, индивидуальность иммунного реагирования. Следовательно, комплексная терапия должна предусматривать индивидуальный подход к каждому пациенту с назначением иммунокорректирующих препаратов в соответствии с клиническими проявлениями и учетом максимально выраженных изменений.

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БРЮШИНЫ ПРИ МЕСТНЫХ И ДИФфуЗНЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабажанов К.Б., Рузметов Н.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с перитонитом.

Материалы и методы. Анализуются результаты лечения 128 больных местным и диффузным перитонитом. Все больные условно разделены на 4 группы. Из анализируемых больных 1 контрольную группу входили 32 больных с местным и диффузным перитонитом, которым в послеоперационном периоде для санаций брюшной полости применялся растворы фурацилина, хлоргексидина и антибиотики.

Во 2 группу входили 30 больных местным и диффузным перитонитом, у этой группы больных для санаций брюшной полости во время операции и в послеоперационном периоде применялась озонотерапия.

В 3 группу входили 31 больных местным и диффузным перитонитом, которых для санации брюшной полости интраоперационном и послеоперационном периодах применялись многокомпонентные водорастворимые мази. В 4 группу входили 35 больных местным и диффузным перитонитом, которым для санации брюшной полости в послеоперационном периоде применялся раствор декасана. Все эти больные поступили через 6-36 часов после начала заболевания, средний возраст в этой группе составил $30,8 \pm 3,4$

Результаты. Эффективность раздельного изучения применяемых водорастворимых мазей, озона и декасана при местных и диффузных перитонитах показало что динамика изменений анализируемых показателей очень тесно связаны. Выяснилось что один и тот же метод санации неодинаково эффективен при местном и диффузном перитоните. Изучение морфологических изменений брюшины показало, что при местном перитоните, хотя площадь поражения небольшая, но глубина поражения значительно превышает чем при диффузном перитоните, во всех препаратах при местном перитоните отмечается отёк брюшины, набухание мезотелиоцитов, базальная мембрана местами обнажена, около мембраны скопление лейкоцитов с дистрофическими изменениями в некоторых фагосомах видны бактерии, в очаге кровоизлияния выщелоченные эритроциты, тромбофлебит микроциркуляторного русла с закрытием просвета вены тромбоцитами. При диффузных перитонитах изменения поверхностные, отмечаются, набухание и округление мезотелиоцитов и отёк слоев брюшины без нарушения структуры.

Как показывают морфологические исследования при местном перитоните происходит более глубокое поражение всех слоев брюшины и подлежащих тканей. Это связано с тем, что у больных с местным перитонитом процесс ограничивается в области

очага деструкции в виде абсцесса (аппендикулярный, парапузырный, тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный и др.)

При диффузном перитоните процесс не ограничен из-за большой площади поражения брюшины болевой синдром более выражен. Все это приводит к более раннему поступлению больных, когда еще в деструктивный процесс не вовлечены глубокие слои брюшины.

Выводы: Учитывая вышеизложенное становится ясно, что при местном перитоните проведение озонотерапии уже исходно может быть менее эффективным, так как в инфекционно воспалительный процесс вовлечены глубокие структуры брюшины. Водорастворимые мази проникают вглубь тканей и создают высокую концентрацию антибиотиков в глубине, тем самым оказывают более эффективный санационный эффект при местном перитоните.

При диффузном перитоните поражение поверхностное, доступное для декаса что способствует быстрому его действию по всей площади пораженной брюшины и тем самым адекватной санации брюшной полости. Аналогичным поверхностным санационным эффектом по отношению к брюшине обладает и озон.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Рустамова Ш.А., Мирзаева Д.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Актуальность. В различные годы в мире ранее наблюдались массовые вспышки заболеваний, вызванные различными видами гриппа. Наиболее известной для населения являлась пандемия, которая называлась «испанка» и при которой за 1 год (1918-1919 г.) по разным данным во всем мире умерли от 50 до 100 млн человек, несмотря на общую летальность от данного заболевания, составляющую 2,5%. Следует отметить, что при так называемом «птичьем гриппе» летальность составляет 40-60%, а при сезонном гриппе менее 0,1% [1,2]. Как правило, за развитие эпидемий респираторных вирусных заболеваний ответственны определенные виды вирусов, с особенностями своего микроскопического и генотипического строения, жизненного цикла, вирулентности и др.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название заболеванию, вызванному коронавирусом SARS-CoV-2, - COVID-19 (Coronavirus disease 2019), а 11 марта 2020 г. генеральный директор ВОЗ заявил, что мировое сообщество столкнулось с новой пандемией. Распространение SARS-CoV-2 инфекции происходит воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путем. Основным источником инфекции - это больной человек, а факторы передачи - воздух, пищевые продукты и предметы обихода, контаминированные вирусом. В большинстве случаев (75-85%) наблюдаются семейные очаги инфекции. При этом известно, что при комнатной температуре, SARS-CoV-2 способен сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в течение 3 сут. Вирус SARS-CoV-2 может быть получен из фекалий больного человека, поэтому нельзя исключить и фекально-оральный механизм передачи вируса [1,6]. Главными клиническими симптомами нового коронавирусного заболевания являются: лихорадка, сухой или несколько влажный кашель, а также одышка, проявления которой наиболее ярко будут наблюдаться на 6-8-й день от момента начала заболевания [1,2,5]. Клинические проявления COVID-19 могут быть в виде острого респираторного вирусного заболевания с легким течением (до 80%), а также пневмонии, в том числе с острой дыхательной недостаточностью [3,4]. Одним из главных причин летальности при COVID-19 являются острый респираторный дистресс синдром. Следует отметить, что у пожилых коронавирусная инфекция тяжело протекает и осложнения неизбежны. Этот факт ученые объясняют тем, что вирусы SARS-CoV, как правило, поражают клетки эпителия

дыхательных путей, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2-го типа (ACE2), которых до 18 лет в организме человека меньше, чем в более старшем возрастном периоде жизни [2,7].

Цель исследования: на основе клинико-эпидемиологических данных поставить раннюю диагностику коронавирусной инфекции у пожилых людей.

Материал и методы исследования: ретроспективный анализ амбулаторной карты больного с диагнозом «Коронавирусная инфекция» ассоциированный с бронхиальной астмой за 2020 г. Методом выборки проведен клинико-эпидемиологический анализ госпитализированного больного с коронавирусной инфекцией.

Результаты исследования и их обсуждение: Больной М., 61 лет, обращается в местное лечебное учреждение с жалобами на кашель, диарею, нехватка воздуха 19.04.2020 г. Из анамнеза выявлено, что он заболел остро 11.04.2020 г., когда на фоне полного здоровья и нормальной температуры появилась рвота до 6 раз, спустя 4 часа присоединился жидкий, зелёный, слизистый стул 2-3 раза в сутки. На следующий день состояние не улучшилось, была рвота 3 раза, жидкий, зелёный и слизистый стул до 10 раз, тошнота, рвота. Позвали участкового врача. Вызванный участковый врач назначил в амбулаторных условиях лечение: ципрофлоксацин, имодиум, панкреатин. Однако состояние больного прогрессивно ухудшалось. На 3 день наблюдается боли в животе, слабость, головная боль, недомогание, чувство нехватки воздуха, снижение аппетита. Больной до этого лечился у терапевта по поводу «Бронхиальной астмы». В связи с этим на 4 день он обращается своему врачу в участке поликлинике. После направления он обращается лечащему врачу. Он после осмотра назначает азимак, теofilлин, сальбутамол, муколитик, бронхолитик и антигистаминные препараты. Но на 5 день у больного развивается мучительный кашель, углубляется чувство нехватки воздуха, одышка, затрудненное дыхание, приступы кашля становятся более длительными. По этому поводу он опять обращается к своему лечащему врачу. При осмотре пульс 110 уд/мин, температура тела 37,1С. Ему назначили мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки и общий анализ крови. При МСКТ грудной клетки выявили усиление легочного рисунка, затемнение по типу «матового стекла», увеличение лимфатических узлов.

Заключение: Двухстороннее интерстициальное пневмония?

Рекомендовано: Осмотр пульмонолога. В общем анализе крови выявили повышение лимфоцитов. Количество лейкоцитов оставалось в пределах нормы, СОЭ также была нормальная. По общий анализе крови у больного не выявили состояния касающиеся на бактериальную инфекцию. Ему дали направление на терапевтическое отделение. В тот же день больной обращается в стационар в отделении терапии. После осмотра пульмонолога, кардиолога и терапевта его положили. В день поступления у него проблемы с дыханием усиливались. Назофарингеальный мазок отправлен на полимеразную цепную реакцию в режиме реального времени для анализа, и его результат оказался положительным на SARS-CoV-2. На следующий день его перевели в реанимационное отделение в инфекционный стационар. В отделение реанимации сразу начали соответствующее лечение.

При определении случая заболевания COVID-19 важным является правильно собранный эпидемиологический анамнез. С анамнеза мы уточнили, за последние 10 дней, до появления симптомов он посещал кабинет УЗИ в частной клинике. В тот день на приеме у врача были 5-6 пациента ожидавших свой очереди. Среди них не было больных с респираторными явлениями. В других местах со скоплением людей не бывал. Утром когда людей нет на улице он бегал. Последние дни кроме близких, не с кем не контактировал. В его анамнезе артериальная гипертония управляемая эналаприлом. За последние 10 лет он болеет бронхиальной астмой. Периодически получает лечение в амбулаторных условиях.

Согласно рекомендациям ВОЗ подозрительный случай на COVID-19 ставится при наличии клинических проявлений острого респираторного вирусного заболевания, бронхита и пневмонии в сочетании с указанным эпидемиологическим анамнезом,

вероятный - при наличии клинических проявлений острого респираторного дистресс-синдрома, тяжелой пневмонии, в сочетании с эпидемиологическим анамнезом, подтвержденный - при положительном результате лабораторного исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений. При этом биологическим материалом для исследования эти данные совпадают. Как так больной за последние 10 дней посещал лишь кабинет УЗИ, где мог захватить инфекцию. По литературным данным, заразным человек становится с того момента, как он подхватил инфекцию, то есть с первого дня. Существует мнение ученых, что в период пандемии избегать контактов с заболевшими не препятствует инфицированию, поскольку угроза исходит и от так называемых носителей инфекции, у которых никаких симптомов нет. Носительство присуще любой инфекции. Под этим термином понимают состояние, при котором человек успел заразиться, но этого не знает и не чувствует. Однако вирусные частицы от него передаются к другому человеку при близком контакте. В нашем случае, на 25 сутки заболевания после нормализации всех функций организма больной был переведен для дальнейшего лечения и реабилитации в реабилитационный центр. Общая длительность пребывания больного составила 40 дней.

Заключение: Следует признать, что быстрое распространение новой коронавирусной инфекции и неблагоприятные исходы больных с COVID-19 показали недостаточную готовность некоторых регионов к оказанию специализированной помощи. При этом причинами этого являются не только медицинские, но и социальные, экономические меры. При любых техногенных и биологических бедствиях медицинские работники всегда будут на передовой. Поэтому каждому врачу важно иметь высокие теоретические знания не только по своей, но и другим специальностям. Для этого необходимо заниматься самообразованием в течение всей своей профессиональной деятельности. Систематизация данных о коронавирусе, вызванные им инфекции, особенности их распространения, клинической симптоматики могут оказать помощь в принятии решений в диагностике и выборе терапии инфекционных заболеваний.

Использованная литература

[1] Брико Н.И., Салтыкова Т.С., Герасимов АН. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа в 2015-2016 и 2016-2017 гг. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2017; 16 (4): 4-13.

[2] Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1. (дата обращения 23.03.2020 г.) World Health Organization. Clinical guidelines for the management of patients with severe acute respiratory infections with suspected infection with a new coronavirus (2019-nCoV). Temporary recommendations. Publication Date: January 25, 2020. [Electronic resource]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1. (date of the application: 23.03.2020) [In Russian]

[3] Alshahrani MS, Sindi A, Alshamsi F, Al-Omari A, El Tahan M, Alahmadi B, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for severe Middle East respiratory syndrome coronavirus. *Ann Intensive Care*. 2018;8(1):3. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0350-x>

[4] Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm. <https://doi.org/10.1111/eci.13209> URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209>

[5] Coronavirus (Covid-19). [Электронный ресурс]. URL: <https://coronavirus-monitor.ru>. (дата обращения 23.03.2020 г.) Coronavirus (Covid-19). [Electronic resource]. URL: <https://coronavirus-monitor.ru>. (date of the application: 23.03.2020) [In Russian]

[6] Gu J., Han B., Jian Wang J. COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology*. 2020. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>

[7] Schmidt GA, Girard TD, Kress JP, Morris PE, Ouellette DR, Alhazzani W, et al. Official executive summary of an American Thoracic Society/American College of Chest Physicians clinical practice guideline: liberation from mechanical ventilation in critically ill adults. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195(1):115-9. <https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2076ST>

ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҲАҒАҚОНЛИК КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА МУРОЖААТЛАРИ

Рўзметов Б.Ш., Нармухамедова Н.А.

*Хоразм вилояти ногиронлиги бўлган шахсларни реабилитация қилиш
ва протезлаш маркази*

Кейинги йилларда кўплаб адабиётлар ва статистик маълумотлардан маълумки, ҳафақонлик касаллигида нафақат республикада, балки, дунёнинг кўплаб мамлакатларида унинг ошиш ва яшариш хусусияти кузатилмоқда. Россия Федерациясида ҳозирги даврда 30-49% катта ёшдаги аҳолида артериал қон босими 140/90 мм.рт.ст.дан юқори юради ва унинг яшариши кузатилаётганлиги қайд этилади. (Базина И.Б. ва бош., 2014). Ривожланган давлатларда 5-15%, Россияда 20,2% ҳомиладор аёлларда артериал қон босими ошиш ҳолати кузатилган (Рогов В. ид., 2013). Мамлакатимизда ўтказилган илмий тадқиқот натижалари бўйича ҳафақонлик касаллигининг тарқалганлик даражаси 35,7%, эркаларда – 28,1% ва аёлларда-40,6%га тенг эканлиги қайд этилган. Шунингдек жинсидан қатъий назар ёш ошиши билан касалликнинг ўсиши таъкидланади. Республикада экологик жиҳатдан бир мунча ноқулай вазият юзага келган Орол бўйича ҳудудлари, шу жумладан Хоразм вилоятида ҳам ҳафақонлик касаллигининг кейинги йилларда сезиларли даражада ошиши ва ачинарлиси шундаки, унда ёш жиҳатдан яшариш кузатилмоқда. Тадқиқотимизнинг асосий мақсади шундан иборатки, Хоразм вилояти кардиология маркази поликлиникасига 2016-2020 йилларда амалга оширилган муурожаатлар асосида унинг таркибий хусусиятларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат. Ҳатто аборт қилдирган аёлларда ҳам қон босимининг ишонарли ошиши кузатилган (42,2%), аборт ҳолати кузатилмаганлар орасида 29,3% га тенг бўлган ($P=0,005$) (Кобалова Ж.Д., Конради А.О., 2020). Касалликнинг асоратлари сезиларли даражада оғир кечилишига қарамадан, даволаш-профилактик муассасаларида врачларнинг сай ҳаракати билан тиббий-ижтимоий реабилитациядан сўнг 58,9 % беморлар меҳнатга яроқли деб топилганлар, 27 % беморлар учинчи ва олиб борилган қаттиқ ҳаракатларга қарамадан 13,9 % беморлар II гуруҳ ногиронликка чиққанлар (Каусова Г.К., 2015). Кўриниб турибдики гипертония касаллигининг ошиши кўпчилик одамларда олдинга қандай клиник белгисиз кечади ва улар ўзлари касаллик бўйича муурожаат қилмайдилар. Бу ўз навбатида айрим ижтимоий табақадаги аҳолини мунтазам тиббий кўрикдан ўтказиб туришни тақозо этади ва врачларнинг янада фаолроқ фаолиятини талаб этади. Гипертония касаллигининг кечиши ва унинг айрим асоратларининг оғирлиги яна шундаки, унинг кўп ҳолларда ЮИК билан биргаликда кечиши ҳисобланади. Тошкент шаҳрида ўтказган илмий ўрганиш натижаларига қараганда 40-89 ёшдаги аҳолида 64,2 % гипертония касаллиги ЮИК билан биргаликда кечган. Касалликнинг тарқалганлик даражаси 48,0 %ни ташкил этиб, унинг I даражаси 24,7 %, II даражаси 15,4 %, III даражаси 7,3 % ни ташкил этган. Гипертония касаллигининг тарқалишидаги оғишлар кўп ҳолларда йилнинг фасли билан боғлиқ эканлиги алоҳида қайд этилади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Врожденный вывих надколенника относится к редким порокам развития и составляет 0,45-1% от всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата (М.В.Волков, 1972., Е.П.Меженина, 1974., А.Ф.Краснов., К.А.Иванова, 1983).

Проанализированы результаты оперативного лечения 30 больных детей (42 сустава) с врожденным вывихом надколенника средней и тяжелой степени патологии,

оперированных в возрасте от 5 до 15 лет в отделении детской ортопедии Хорезмской областной больницы ортопедии и последствий травм в период с 2001 по 2017 гг.

Среди больных детей были 20 (66,7%) девочек и 10 (33,3%) мальчиков. Наши наблюдения не совпадают с данными литературы о преимущественном поражении данной патологией лиц мужского пола. По тяжести: у 16 (53,3%) отмечалась средняя, а у 14 (46,7%) тяжелая степени патологии. В исследуемой группе больных 20 (66,7%) пациентов имели односторонние вывихи, 10 (33,3%) двусторонние. Нами проведены следующие виды оперативного лечения: в 5 случаях была выполнена операция Фриденда, в 10 случаях операция Крогиуса, у 4 больных операция Бойчева и у 11 пациентам операция Краснова.

Непосредственные исходы оперативного лечения у всех больных были положительными. Отдаленные результаты их лечения изучены в сроки от 1 года до 26 лет у 27 (37 суставов) пациентов. Результаты оперативного лечения полученные на основании субъективного и объективного обследования расценивали как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

18 (60%) пациентов с хорошим результатом лечения жалоб не предъявляли. Проведенные клиничко-рентгенологические обследования не определили симптомы патологии, а также функция сустава полностью восстановилась.

У 5 (16,6%) пациентов с удовлетворительным результатом лечения отмечались периодически возникающая хромота, нестабильность надколенника при физической и спортивной нагрузке. Непостоянная боль в суставе, отечность сустава при обычной нагрузке, затруднения при подъеме по лестнице и приседании.

У 4 (13,3%) пациентов результаты лечения оценены как неудовлетворительные. Отмечалась сильная хромота, неустойчивость надколенника при каждом шаге. Боль в коленном суставе при длительной ходьбе, невозможность подъема по лестнице и невозможность приседания. У двух из них (6,6%), оперированных по методу Крогиуса, наблюдалась релюксация.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЙ

Сабирова Ш.Г.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучение и анализ клинических проявлений у больных с наследственной и приобретенной формой дизагрегационных тромбоцитопатий.

Материал и методы: Клиническим материалом для исследования послужили 90 больных с дизагрегационной тромбоцитопатией (ДТП), которые были подразделены на 2 подгруппы: 1-я (n=50) – пациенты с наследственной формой ДТП (НДТП (тромбастения Гланцмана)) и 2-я (n=40) – пациенты с приобретенной формой ДТП (ПДТП). Полученные данные исследований обрабатывали методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической изучаемых показателей и ее стандартной ошибки, с использованием критерия достоверности по Стьюденту - Фишеру. Достоверными данными считали различия, при которых значение p было равно или меньше 0,05 ($P < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Клинические исследования, проведенные у 90 больных с дизагрегационной тромбоцитопатией (ДТП) выявило некоторые особенности. При этом среди обследованных групп больные женского пола составили 66,7%, а мужского – 33,3%. Полученные данные показали, что чаще всего ДТП проявляется носовым кровотечением, которое выявлялось в 42,2% случаях. Вместе с этим, кожный симптом в виде петехии отмечался у 27,8% пациентов, десневое кровотечение и меноррагии наблюдались у 17,8% и 11,1%, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 1,1% обследованных больных ДТП. Сравнительный анализ частоты клинических симптомов между группами НДТП и ПДТП показал их выраженность у больных с наследственной формой заболевания. Так, в группе больных НДТП частота встречаемости петехиальных высыпаний составила

20,0%, носовое кровотечение – 41,2%, десневое кровотечение – 42,9%, меноррагии – 14,0%, кровотечение из ЖКТ -2,4%, при этом у больных ПДТП в сравнение с подгруппой НДТП частота петехиальных высыпаний и носовое кровотечение отмечались чаще в 1,9 и 1,0 раз, тогда как, десневое кровотечение и меноррагии наблюдались реже в 1,8 и 2 раза соответственно. Кровотечения из ЖКТ в этой группе практически не наблюдались.

Таким образом, на основании общего клинического обследования, установлена частая регистрация ДТП у взрослых в возрасте от 18 до 44 лет (71,1%). Заболевание в основном проявляется носовым кровотечением (42,0%) и петехиальной сыпью на кожных покровах (28,0%).

Выводы: Клинические исследования показали, что основными симптомами геморрагических проявлений при дизагрегационных тромбоцитопатиях, независимо от формы заболевания, являются носовые кровотечения и кожные геморрагии.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЯХ

Сабилова Ш.Г.

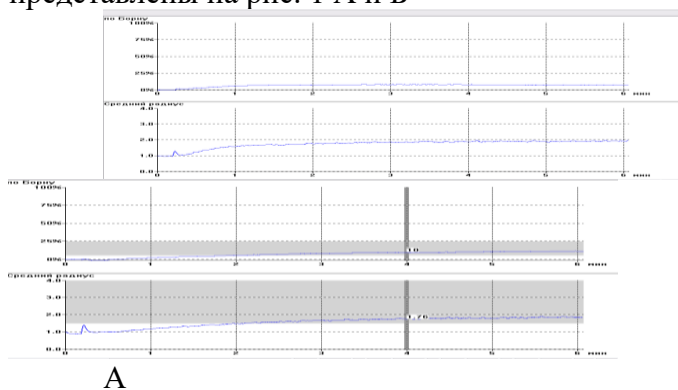
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучить особенности состояния системы гемостаза у лиц с наследственной и приобретенной дизагрегационными тромбоцитопатиями.

Материал и методы: В исследование включено 90 пациентов с ДТП (50 - с наследственной дизагрегационной тромбоцитопатией (НДТП (тромбастения Гланцмана)) и 40 - с приобретенной дизагрегационной тромбоцитопатией (ПДТП). Для контрольной группы были включены 48 условно здоровых лиц без патологии системы гемостаза (все обследуемые были в возрасте от 16 до 74 лет). Исследование системы гемостаза проводили на коагулометре Numa Clot Junior (НС -4127, Germany) и анализаторе агрегации АЛАТ-2 «БИОЛА» (ААС 748, Россия) с использованием реактивов «НПО РЕНАМ, Россия». Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета стандартных статистических программ "Statisticfor Windows". Достоверными данные считались при уровне различия $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Исследование состояния показателей гемостаза в обеих группах больных выявило значительные их нарушения.

Со стороны изучаемых показателей системы гемостаза у обследуемых пациентов выявлены изменения, которые характеризуются в основной группе по отношению к контролю снижением агрегации тромбоцитов индуцированной АДФ (1 ммоль/л) в 3,2 и агрегации тромбоцитов индуцированной АДФ (0,5 ммоль/л) в 3,3 раза. При этом следует отметить, снижение этих показателей регистрировалось в обеих исследуемых группах, но наиболее выражено отмечалось в группе пациентов НДТП, значения которых представлены на рис. 1 А и Б



А

Б

Таким образом, полученные нами результаты изучения состояния системы гемостаза у пациентов ДТП отражают наличие и степень нарушения функции тромбоцитов, что

диктует необходимость проведения данных исследований для диагностики данной патологии. В свою очередь выявленные нарушения у больных ДТП являются ранним предвестником геморрагических осложнений.

Выводы: Результаты исследования определяют важную роль дисфункции тромбоцитов в диагностике нарушений функционирования системы гемостаза у пациентов ДТП.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Садуллаева О.Р. Матякубова С.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Анализ протоколов доплерометрических исследований маточно-плацентарного кровотока при переносимой беременности выявил, что показатели в обеих маточных артериях были в пределах нормы. При анализе доплерометрии плодово-плацентарного кровотока были выявлены патологические изменения: патологические КСК в артериях пуповины плода характеризуются снижением конечной диастолической скорости кровотока, что свидетельствует о значительном повышении периферического сосудистого сопротивления плодовой части плаценты и выражается в увеличении индексов сосудистой резистентности выше нормативных значений.

К возможным, но неспецифическим ультразвуковым признакам переносимой беременности относятся уменьшение толщины плаценты (после 40 недель беременности), наличие в ней структурных изменений (петрификаты), маловодие, отсутствие прироста биометрических параметров плода при динамическом исследовании, более четкие контуры головки, крупные размеры плода, снижение двигательной активности. Большое внимание уделяют структуре плаценты (степени ее зрелости и ее старения) и выраженности маловодия. К 42-й неделе беременности, как правило, наблюдается уменьшение количества амниотической жидкости, амниотический индекс — 5 см и менее. Нередко отмечаются изменения эхографической характеристики околоплодных вод: визуализируется мелкодисперсная эхопозитивная взвесь, что обусловлено примесью сыровидной смазки, пушковых волос, эпидермиса и мекония. При пролонгированной беременности увеличение бипариетального размера головки плода после 40 недель беременности продолжается, размеры плода более крупные, чем при доношенной беременности, нет маловодия и изменений структуры плаценты. Диагностическим методом распознавания переносимой беременности является амниоскопия, которая позволяет обнаружить типичное для перенашивания изменение околоплодных вод: уменьшение их количества, зеленое или желтое окрашивание, наличие хлопьев сыровидной смазки.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ГРИБОВ РОДА CANDIDA, ИЗОЛИРОВАННЫХ ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Садуллаев О.К., Дусчанов Б.А., Дусчанов А.Ш

ТМА Ургенчского филиала, Ургенч, Узбекистан.

Актуальность проблемы кандидоза обусловлена, прежде всего тем, что это - наиболее распространенная грибковая инфекция. На его долю приходится подавляющее большинство случаев грибковых поражений слизистых оболочек. Вызывает кандидоз около 20 видов *Candida*, при этом наиболее частыми возбудителями остаются *Candida albicans* (А.Ю. Сергеев, 2001; С.А. Лисовская, 2008). На практике их потенциальную патогенность принято характеризовать на основе «феномена ростовых трубок», определения адгезивных свойств и активности ферментов изолируемых культур.

Гидролитические ферменты нарушают целостность эпителиального покрова слизистых оболочек, способствуя проникновению элементов гриба в ткани. Более того, это

создает условия для внедрения возбудителей бактериальной природы, минуя барьер, который представляет собой неповрежденная слизистая для большинства микробов. Уровень продукции ферментов инвазии может существенно отличаться у разных штаммов, а степень их активности зависит от целого ряда причин. Так, среди *S. albicans*, например, регистрируются фосфолипазоположительные и фосфолипазоотрицательные штаммы, их протеолитическая активность подвержена значительным колебаниям. Цель настоящего исследования – по статистическими данными анализировать ферментативной активности штаммов *S. albicans*, изолированных от пациенток гинекологического стационара.

Объектом исследования служили 40 штаммов грибов рода *Candida*, изолированных из вагинального отделяемого женщин, проходивших лечение в гинекологическом отделении МУЗ ГКБ №7 в 2008 г. Первичный посев клинического материала проведено на среду Сабуро с левомицетином. Инкубирована 48 часов при 37°C. Выросшие колонии микроскопирована, идентифицирована культуры *Candida* на основе морфологических, культуральных и биохимических (ферментация сахаров) признаков. Способность к филаментации и образованию хламидоспор оценивано на специальных средах («Hi-Media», Индия). Фосфолипазную активность грибов определено на среде Сабуро с добавлением яичного желтка и $\text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ при pH = 5,6 и 7,4, длительность инкубации – 10 суток.

Протеолитическую способность *Candida* оценивано на среде с добавлением бычьего альбумина. Для получения эндоплазмакоагулазы использовано взвесь культуры *S. albicans* в физиологическом растворе. После центрифугирования, осадок ресуспендировано в физиологическом растворе в соотношении 1 : 2 и замораживано, затем растирано до оттаивания. Процедуру повторяно 3 раза. Вновь центрифугировано, надосадочную жидкость смешано с 0,5 мл разведенной кроличьей плазмы, инкубировано при 37°C в течение 24 часов (Н.П. Елинов, 1964). Отмечено что, исследованные штаммы в значительной степени различались по культуральным свойствам, набору и уровню продукции определяемых ферментов.

Процессы филаментации и образования хламидоспор у грибов происходили значительно быстрее на средах с pH = 7,4, чем при pH = 5,6, зависели от температуры и продолжительности инкубации. Спустя 48 часов хламидоспоры наблюдаю у 68,4% культур *S. albicans*, к концу 6 суток при 37°C и pH среды 7,4 процессы филаментации регистрировано у всех штаммов. При идентичном температурном режиме, но pH = 5,6 способность грибов к образованию ростовых трубок значительно снижалась. На 7-е сутки культивирования только 15,8% изолятов были способны к филаментации. Параллельно с изучением культуральных особенностей оценивали ферментативную активность *S. albicans*. Продукция фосфолипазы проявлялась на 4 сутки инкубации лишь у 2% культур, а на 10 сутки при 37°C у каждого четвертого штамма. На питательной среде с pH = 5,6 половина изолятов продуцировано фосфолипазу через 8 дней культивирования. В условиях инкубации грибов при T = 22°C продукция этого фермента на протяжении 10 дней не выявлена. Значительно активнее *S. albicans* экскретировано протеиназу. Помутнение среды с добавлением бычьего альбумина наблюдаю у 10% культур через 24 часа, у 17,5% через 72 часа, а на 10-е сутки инкубации при 37°C – у 92,5% штаммов. 90% *Candida* обладали эндоплазмакоагулазой в то время как ни одна из изученных культур не проявляла липазной активности. Таким образом, изолированные из вагинального отделяемого штаммы *S. albicans*, обладали разнообразным спектром ферментативной активности: высокой протеолитической, фосфолипазной и плазмакоагулирующей способностью.

Примечательно, что при культивировании изолятов в условиях, сходных с обычно существующими в вагинальном биотопе (pH = 5,6; T = 37°C), продукция ферментов была наиболее значительной. Штаммы, проявляющие наибольшую ферментативную активность при pH = 5,6, были изолированы от кандидоносителей и больных острым кандидозом. Изоляты, характеризующиеся выраженной фосфолипазной активностью и способностью к филаментации при pH = 7,4 выделены от женщин, страдающих бактериальным вагинозом.

Следовательно, проявление тех или иных свойств *C. albicans* – это в значительной степени адаптивная реакция в ответ на особенности микрoэкологических условий, формирующихся в вагинальном биотопе при различных состояниях.

ИЗМЕНЕНИЕ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ УСЛОВИЙ

Садуллаев О. К., Дусчанов Б. А., Дусчанов А.Ш.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В процессе эволюции представители мира микробов, переходя на симбиотические взаимоотношения, адаптировались к существованию в организме человека. Являясь открытой саморегулирующей биологической системой – «макроорганизм и его микрофлора», способна противостоять в пределах нормы реакции изменяющимся условиям внешней среды и колебаниям плотности микробных популяций. Вместе с тем, многочисленные и разнообразные факторы внешней среды могут приводить с одной стороны к нарушению гомеостатического равновесия в организме человека, а с другой – к стрессовому воздействию на микрофлору. Это ведет к микрoэкологическим нарушениям, которые нередко служат запускающим механизмом возникновения, а в последующем и поддерживают патологические процессы, возникающие в организме человека под влиянием инфекционных агентов.

В связи с этим по статистическими данными целью представленной работы явилось изучение влияния факторов внешней среды на изменчивость патогенного потенциала в структуре микробных популяций, вызывающих инфекционные заболевания у человека. В качестве объектов исследования были выбраны бактерии рода *Staphylococcus* и дрожжеподобные грибы рода *Candidae*, принадлежащие к нормальной микрофлоре человека, а также простейшее семейства *Trichomonadidae*, отнесенная к классическим патогенам. В ходе исследования была установлена взаимосвязь между цитоморфологической формой *Trichomonas vaginalis* и клиническим состоянием больного. У 21% больных возбудитель трихомонадной инфекции имел грушевидную форму и преимущественно встречался при остро протекающей форме заболевания. У больных с хроническим течением инфекции были выделены атипичные формы возбудителя, среди которых округлая и овальная формы паразита обнаруживались соответственно у 36,0% и 15,0% обследованных.

Достаточно часто отмечалось одновременное присутствие различных цитоморфологических форм возбудителя у одного обследуемого (25,3%). Амебoidные трихомонады встречались крайне редко (2,0%) у больных со стертым течением трихомонадной инфекции. Изменение морфологических форм возбудителя инфекционной болезни человека является результатом его защитной реакции на воздействие лекарственных препаратов, используемых для лечения, а также ответной реакции со стороны макроорганизма на внедрение возбудителя. Микрoэкосистема человека в норме имеет сбалансированный набор разных видов микроорганизмов, находящихся в состоянии близком к стационарному. Благодаря системе кооперации между микробными популяциями и человеком, выступает как единое целое и работает в их интересах. Так, в популяции здоровых людей выделены культуры *S. aureus*, обладающие факторами патогенности, спектр которых характеризовался большим разнообразием. 53,2% проанализированных культур *S. aureus* имели полный набор, определяемых факторов патогенности: лецитиназа, фибринолизин, гемолизины, ДНКаза, антилизотимная активность.

Сочетание трех факторов патогенности, в разных комбинациях, 12 было отмечено у 31,1% идентифицированных культур. Вместе с тем, среди выделенных штаммов 92,2%, по уровню вирулентности, дифференцированы как низко вирулентные штаммы. И только у 3,9% здоровых людей биотип *S. aureus* был охарактеризован как средне вирулентный. В то

же время, если по каким-либо причинам биологическая система выводится из состояния равновесия с превышением ее компенсаторных возможностей, то в микробиоценозе происходят сукцессионные изменения, способные формировать патологические состояния в организме человека. Качественные изменения в состоянии нормальной микрофлоры были обнаружены у онкологических больных. Было установлено, что частота встречаемости *S. aureus*, выделяемого из естественного биотопа у онкологических больных, не отличается от таковой у здоровых людей. Но степень гетерогенности у данной категории больных значительно ниже, чем в популяции *S. aureus*, выделенной от здоровых.

Между качественными изменениями в микрофлоре и степенью злокачественности у онкологических больных установлена прямая корреляционная связь. Кроме того, штаммы *S. aureus* отличаются повышенной степенью вирулентности, а спектр выделенных факторов патогенности носит специфический характер. Сукцессии, особенно на ранних этапах развития онкологического заболевания, характеризуются быстрой сменой одних экovarантов другими, резкими изменениями численности в микробной популяции, нарушаются взаимоотношения с иммунными механизмами, что и создает условия для развития патологического процесса.

Микроэкологический дисбаланс в микробиоценозе может формировать клоны с повышенным потенциалом патогенности, устойчивые к действию антимикробных препаратов и другими свойствами. В условиях внешнего воздействия возникают предпосылки для формирования «искусственных экосистем» с измененными параметрами среды обитания микроорганизмов. В таких условиях филогенетически сложившиеся взаимоотношения коактантов экологической системы «человек – микроорганизмы» претерпевают изменения. Одним из его проявлений может быть синдром нарушения колонизационной резистентности, который ведет к развитию эндогенной инфекции, вызванной грибами рода *Candidae* и проявляющихся в виде поверхностных форм кандидозной инфекции.

Среди клинических штаммов *Candidae* оценивалась их агрессивность в условиях действия разных температур. Полученные результаты свидетельствовали о том, что повышение температуры, подавляющее жизнедеятельность этих микроорганизмов, с другой стороны индуцирует не только большую устойчивость к факторам внешней среды, но и вызывает большую интенсивность их проявления. На основании выше изложенного становится понятным, что важнейшей задачей экологической микробиологии является сохранение биоразнообразия в естественной микрофлоре человека. Механизм взаимодействия в биологической системе «макроорганизм и его микрофлора» носит симбиотический характер. При этом межвидовые взаимоотношения в биоценозах сложны, разнообразны и динамичны. Но их форма определяется биологическими свойствами микробов.

ОПРЕДЕЛИТЬ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УСТАНОВИТЬ ФАКТОРЫ РИСКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Садуллаева Д.А., Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

До настоящего времени недостаточно разработаны и обобщены причины и факторы риска, определяющие уровень и темпы снижения материнских потерь. Большинство авторов считают, что материнская смертность является одним из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений. Другие полагают, что показатель МС является конечным результатом совокупного влияния экономических, экологических, социально-гигиенических и культурных факторов и не может служить достоверным критерием в оценке качества работы акушерско-гинекологической помощи.

Цель исследования: Изучить реальную возможность предотвращения материнской смертности при выявлении прогностические неблагоприятных факторов в Хорезмской области.

Методы исследование: в работе с применением сравнительного клинического анализа случаев материнских смертей будет проведено изучение эволюции причин МС и ее структуры в Хорезмской области за 2010-2021 гг. Проведен анализ структуры и клинко-лабораторная оценка состояний, определяемых как «критические» в акушерско-гинекологической практике с позиции оценки эффективности региональных технологий для предотвращения материнской смертности.

Результаты: По данным здравоохранение в 2018г. в структуре материнской смертности преобладали экстрагенитальные заболевания – 42,8%, акушерская эмболия – 11,3%, другие акушерские причины смерти – 9,3%. В структуре материнской смертности внеутробная беременность составила 2,6%; отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности – 7,5%; кровотечения в родах и послеродовом периоде – 4,6%; осложнения анестезии – 2,1%; сепсис во время родов и послеродовом периоде – 1,6%; акушерская эмболия – 11,3%.

Нередко для окончательного установления основной причины смерти необходимо провести дополнительные исследования (гистологическое и иное исследование органов и тканей), а также учесть заключение клинко-экспертной комиссии (комиссии по родовспоможению и др.).

Вывод: Таким образом, основная причина материнской смерти, указанная в пояснительной записке, более достоверна и носит окончательный характер.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Садикова Г.К., Хаитбаева Ш.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Введение. Заболевания периферической нервной системы (ЗПНС) занимают второе место по частоте встречаемости среди заболеваний нервной системы среди взрослого населения. Эпидемиологические данные по заболеваемости среди детей отсутствуют.

Цель исследования. Определить структуру заболеваний ПНС среди детей, обратившихся в республиканский детский реабилитационный центр заболеваний опорно-двигательной системы.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 300 пациентов от 1 года до 18 лет с последствиями ЗПНС, из группы исследования исключены пациенты с наследственными формами заболевания. Метод исследования – описательный. Изучены этиология, клинические признаки и структура ЗПНС среди обратившихся детей. Диагноз подтвержден клиническим и нейрофизиологическими (ЭМГ, ЭНМГ) методами исследования.

Результаты исследования. Результаты обследования показали, что среди детей структура ЗПНС разнообразна – определяются как заболевания черепно-мозговых нервов, так и заболевания спинномозговых нервов, корешков и их сплетений. Так, среди заболеваний черепно-мозговых нервов наиболее часто встречались изолированные нейропатии лицевого (32; 10,67%), отводящего (14; 4,67%), глазодвигательного (21; 7%) нервов, поражение языкоглоточного и блуждающего (6; 2%) нервов и добавочного (8; 2,67%) нерва. Причиной нейропатий ЧМН у детей были воспалительные заболевания (53; 64,6%) и травмы (23; 28%), доброкачественная опухоль (3; 3,65%). Среди заболеваний спинномозговых нервов превалировала частота встречаемости нейропатий седалищного нерва и его ветвей (54; 18%), а также изолированное поражение локтевого нерва (22; 7,33%). Нейропатия срединного (19; 6,33%) и лучевого (13; 4,33%), бедренного (8; 2,67%) нервов встречались в меньшей степени. Нейропатии были обусловлены травмой (92; 79,3%) и

длительной компрессией по типу туннельных нейропатий (24; 20,7%). У детей часто наблюдаются плексопатии плечевого сплетения в результате родовых травм (27; 9%). Радикулопатии пояснично-крестцового отдела спинного мозга (19; 6,33%) вертеброгенной этиологии были обусловлены сколиозом (13; 4,33%), спондилолистезом (4; 1,33%) и в меньшей степени воспалительной (2; 0,67%) этиологии. Возросло количество пациентов с заболеваниями аутоиммунной природы, в частности, полирадикулоневропатией (24; 8%). Если ранее данная патология встречалась у детей старше 5 лет и у подростков, то за последнее время начали отмечаться случаи заболеваемости данной патологией и у детей до 1 года, хотя такие случаи и единичны (3; 1%), но следует быть настороженным в отношении этой жизнеугрожающей патологии.

Заключение. Структура ЗПНС среди детского населения разнообразна, часто обусловлена травмами, воспалительными явлениями, доброкачественными объемными образованиями и аномалиями костной системы.

УДК 616.379-008

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ

Самандарова Б.С, Каландарова У.А. Умрзаков О. Н., Эсанов Ш.Р.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. В данной статье проанализированы особенности течения сахарного диабета в условиях Приаралья. Кроме того определена зависимость течения болезни и его осложнений от возраста и пола, от места проживания.

Ключевые слова: Диабет, сахарный, СПЛС – сахаропонижающие лекарственные средства, инсулин, Приаралье.

Samandarova B. S., Kalandarova U. A., Umrzakov O. N., Asanov S. R.

Urgench branch of Tashkent medical Academy

The City Of Urgench. The Republic Of Uzbekistan

Abstract

This article analyzes peculiarities of diabetes in the Aral sea area. In addition the dependence of the disease and its complications from age and sex, by place of residence.

Keywords: Diabetes, sugar, SPLS – sugar-lowering medicines, insulin, the Aral sea.

Слово «диабет» происходит от греческого «diabio» – про хожу сквозь. Такое обозначение связано с представлением, что при этом заболевании введенные в организм жидкие вещества не подвергаются в нем какой-либо обработке, а только протекают через него, выделяясь в неизменном виде. Слово Сахарный – происходит от латинского «mellitus» – медовый, сладкий и указывает на сладкий вкус мочи при диабете. По данным Комитета экспертов ВОЗ (1981г.), сахарный диабет – состояние хронической гипергликемии,

которая может развиваться в результате воздействия многих экзогенных и генетических факторов, часто дополняющих друг друга. [4, с . 13]

Сахарный диабет (СД) – это группа гетерогенных заболеваний, характеризующихся синдромом хронической гипергликемии, обусловленной абсолютным или относительным дефицитом инсулина с развитием дисфункций жизненно важных органов и систем.

По прогнозам ВОЗ, основанным на анализе динамики заболеваемости, к 2015 г. количество больных СД во всем мире превысит 300 млн человек. Прирост количества больных за период – с 1980 по 1990 гг. составил 17%, а за последующие 10 лет – 60% соответственно. Рост распространенности СД приводит к огромным экономическим затратам преимущественно за счет

лечения осложнений, таких как инсульт, инфаркт миокарда, ампутации нижних конечностей вследствие диабетической нейро- и ангиопатии, слепоты и необходимости лазерной коагуляции сетчатки. [1, с . 205]

В настоящее время признана классификация ВОЗ 1999 г., согласно которой выделяют следующие виды сахарного диабета:

- 1) сахарный диабет I типа:
 - а) аутоиммунный;
 - б) идиопатический;
- 2) сахарный диабет II типа;
- 3) другие специфические типы сахарного диабета;
- 4) гестационный сахарный диабет.

Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый) характеризуется деструктивным поражением β -клеток поджелудочной железы, что приводит к развитию абсолютной инсулиновой недостаточности.

Сахарный диабет II типа характеризуется относительной инсулиновой недостаточностью и резистентностью тканей к воздействию инсулина.

Кроме этого, при сахарном диабете II типа может наблюдаться преимущественный дефект секреции инсулина, а резистентность тканей к нему может как присутствовать, так и отсутствовать. Другие типы

сахарного диабета могут возникать в результате различных патологических процессов в организме. Это могут быть дефект функции β -клеток генетического характера, генетический дефект влияния инсулина на ткани,

различные заболевания экзокринной части поджелудочной железы, разнообразные эндокринопатии, диабет под влиянием лекарственных или других химических веществ, воздействие инфекционных агентов, могут

встречаться и необычные формы сахарного диабета, как правило, иммуноопосредованного. Также в редких случаях наблюдаются различные генетические синдромы, протекающие в сочетании с сахарным диабетом. Гестационный сахарный диабет характеризуется возникновением исключительно во время беременности. [2, с. 12]

Актуальность темы.

В настоящее время сахарный диабет во всем мире представляет первостепенную проблему, как среди болезней эндокринной системы, так и в группе хронических неинфекционных заболеваний, и занимает 3 место

после поражений сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний. По данным ВОЗ, в 1990 г. в мире насчитывалось 120 млн. человек, страдающих активной или латентной формами сахарного диабета.

В Хорезмской области Узбекистана численность населения на 2015 г. составила 1730600 человек. В настоящее время область имеет 3 города и 10 районных центров. Ургенч является областным центром (городом) с населением 138 821 человек. В городе Ургенч диагнозом сахарный диабет взято на учет всего 1972 больных, показатели очень низкие, т.к. не диагностированных диабетиков больше чем диагностированных.

Частота встречаемости СД 1-типа по отношению к СД-2 типа очень низкая. Соотношение встречаемости СД у женщин больше чем у мужчин. Но показатели смертности у мужчин выше, чем у женщин. По течению заболевания у мужчин происходит достаточно сильное поражение внутренних органов в отличие от женщин.

Но в постменопаузе или после проведенной ампутации матки и яичников у женщин – осложнения встречаются чаще, чем у мужчин.

Цель исследования. Определить зависимость течения болезни и его осложнений от возраста и пола;

Определить зависимость течения болезни и его осложнений от места проживания. Сравнительное изучение клинических симптомов и осложнений у больных сахарным диабетом, проживающих в условиях Приаралья.

Методы исследования.

Ретроспективный анализ амбулаторных карт больных СД;

Определить людей, входящих в группу риска СД и исследовать их на наличие маркеров СД до клинического периода, которое стало возможным благодаря внедрению новых технологий.

Результаты и обсуждения.

В настоящее время резко стоит вопрос сохранения Аральского моря и прилегающих к нему регионов.

Хорезмская область относится к данному региону. Она размещена в экологически неблагоприятной зоне. За последние годы санитарная экологическая обстановка в регионе Приаралья резко обострилась, отмечается

повышение минеральных солей в воде, в почве, воде, пищевых продуктах.

В области отмечается рост заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, заболеваний эндокринной системы (болезни щитовидной железы и сахарный диабет).

К концу 2015 года количество больных сахарным диабетом в г. Ургенч Хорезмской области составили 1 972 больных. Из них моно инсулинотерапию получают 538 человек, что составило 27,3%, инсулинотерапию в сочетании с СПЛС (сахаропонижающие лекарственные средства) получают 352 человек и это составило 17,8%, терапию только СПЛС получают 981 человек и это составило 49,7%, только диетой лечатся 101 человек и это составило 5,1% от общего количества больных.

Выводы:

1. Заболевание сахарным диабетом в большинстве случаев диагностировано вторично при лечении больных по поводу не эндокринологических болезней

2. Заболеваемость среди женщин возрастает в климактерическом периоде. Это связано с тем, что эстрогены у женщин участвуют в обеспечении чувствительности клеток и тканей к инсулину. В постменопаузе количество эстрогенов вначале резко колеблется, за тем снижается. Это приводит к снижению чувствительности тканей к инсулину и к повышению уровня глюкозы в крови, которая является этиопатогенетическим механизмом сахарного диабета 2 типа.

3. В связи с тем, что санитарная экологическая обстановка в регионе Приаралья обостряется (повышение минеральных солей в воде, почве, пищевых продуктах) самыми ранними осложнениями СД и у мужчин, и у

женщин являются патологии мочевыделительной системы, желчного пузыря и сердечно -сосудистой системы.

Источники и литература.

1. Клиническая эндокринология: руководство для врачей под редакцией профессора Е.А.Холодовой, 2011 г. (Мохорт Т.В., Холодова Е.А., Забаровская З.В.).

2. Эндокринология – Шпаргалки М.В. Дроздова, А.А. Дроздов, 2008 г.

3. Эндокринология Н. Лавина – перевод с англ. Д.м.н. Э.А.Антуха и Т.Г. Горлиной 1999г (Д. Скайлер, С. Бринк, Б. Фасс, Л. Саланс).

4. Курс лекций по клинической эндокринологии Л.В. Никонова и С.В. Тишковского, 2010 г.

БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Салаева З.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жихатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкомик инфильтрация билан намоён бўлади. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкомик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади. Лимфоцитар лейкозда патоморфологик ўзгаришлар дастлаб аъзоларнинг строма-томир тузилмаларида пайдо бўлиб, кейин паренхимасига тарқалиб боради.

Ишнинг мақсади. Ёш болалар лимфолейкози касаллигининг хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш олинди.

Текшириш натижалари. Трепанобиопсия материалида, яъни суяк кўмиги ўрганилганда маълум бўлдики, лейкознинг ривожланиш даражасига қараб, агар энгил формаси бўлса лейкозга хос бласт ҳужайралар ўчоқли кўринишда тўпланган, оғир формасида эса суяк кўмигининг деярлик барча соҳасини эгаллаб, диффуз ҳолда инфильтрацияланган. Кўпинча қон қуйилиш ўчоқлари, некрозлар, суяк кўмиги бошқа ҳужайраларининг гипоплазияси аниқланади.

Болалар лимфоцитар лейкозида патоморфологик жиҳатидан ўзига хос белгилари суяк кўмигидан бошлаб, тимус, талок, лимфа тугунлар ва хатто жигарда ҳам мавжудлигини таъкидлаш мумкин. Суяк кўмигида касаллик аксарият ҳолларда ўчоқли лейкемик инфильтрация билан намоён бўлади ва лейкознинг бошқа турларидан шу белгиси билан фарқ қилади. Тимусда эса маълумотлар аниқ, яъни асосан Т лимфоцитар лейкозда лейкемик инфильтрация тимуснинг оралик тўқимасидан бошланиб, кейин паренхимасига тарқалади ва кўпинча пўстлоқ қаватини лейкемик инфильтрация босиб кетади. Талокдаги ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар шундан иборатки, лимфоцитар лейкознинг турига қараб, Т лимфоцитар лейкозда асосан маргинал майдон ва периартериал майдон лейкемик инфильтрацияга учраса, В лимфоцитар лейкозда ўзгариш маргинал майдондан бошланиб, кейинчалик лимфоид фолликулаларни тўлиқ эгаллайди.

Хулоса: 1. Болалар лимфоцитар лейкози патоморфологик жиҳатдан суяк кўмиги ва деярлик барча лимфоид аъзоларда касалликнинг бошланиш даврида ўчоқли кўринишдаги лейкемик инфильтрация билан намоён бўлади.

2. Лимфоцитар лейкоз Т ёки В лимфоцитлардан ривожланганлигига қараб, лимфоид аъзоларнинг ўзига хос соҳаларида лейкемик инфильтрация пайдо бўлиши билан хос ҳисобланади.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Сапаева З.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,

Кириш: Ҳозирги вақтда диабетик нефропатия (ДН) эрта ногиронлик ва юқори ўлимга олиб келадиган, юрак-қон томир ва онкологик касалликлардан кейин учинчи ўринни эгаллайди.

Мақсад: Қандли диабет билан касалланган беморларда диабетик нефропатиянинг ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар: Текширувга 2-тип қандли диабет касаллиги билан касалланган 50та бемор олинди (касаллик давомийлиги 10 йил). Буйрак функциясини текшириш мақсадида қуйидаги текширув усулларида фойдаланилди: умумий сийдик таҳлили, Нечипоренко синамаси, коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш (КФТ), буйракларнинг ултратовуш текшируви. Бундан ташқари, микроалбуминурия (МАУ) ва протеинуриянинг мавжудлик ҳолати баҳоланди. Биокимёвий қон текшируви умумий оқсил, креатинин, умумий холестерин, паст зичликдаги липопротеинлар, юқори зичликдаги липопротеинлар, триглицеридларни аниқлашни ўз ичига олади.

Натижалар: 2-тип ҚД касаллиги билан касалланган беморларнинг 36%да 1-3 босқичли буйракнинг сурункали касаллиги аниқланди. Ушбу беморларда КФТнинг пасайиши учун хавф омиллари 3даражали касаллик фаоллиги ($F=7.19$, $p<0.001$), ҚД 2-тип давомийлиги 10 йилдан ошган ($F=7.81$, $p<0.001$), артериал гипертензия борлиги ($F=7.72$, $p<0,001$), пулс босимининг 58мм.сим.уст.дан ошиши. ($F=5.13$, $p<0,05$), умумий холестерин 5,4 ммол/лдан ортиқ ($F=8.14$, $p<0,001$). 2-тип ҚД билан оғриган беморларда КФТнинг пасайишининг энг катта хавф қиймати гиперхолестеринемия, асосий касалликнинг 10 йилдан ортиқ давомийлиги ва артериал гипертензия борлиги билан боғлиқ. 2-тип ҚД билан

оғриган беморларда МАУнинг ривожланиши ёшнинг ошиши ($F=6.02$, $p<0.001$), асосий касаллик давомийлиги ($F=7.02$, $p<0.001$) ва 3 даражали касаллик фаоллиги билан боғлиқдир. ($F=5.04$, $p<0.01$), артериал гипертензия ($F=7.24$, $p<0.001$), қон босимининг ошиши ($F=7.24$, $p<0.001$) ва умумий холестерин ($F=5.67$, $p<0.05$) энг яқин хавф кўрсаткичлари МАУ ва артериал гипертензия, гиперхолестеринемия ўртасида кузатилган.

Хулоса: Шундай қилиб, 2-тип қандли диабет билан касалланган беморларда буйракларнинг функционал ҳолатини ўрганишдан ташқари, умумий холестерин, тизимли артериал босим каби хавф омилларини баҳолаш зарур. 2-тип Қандли диабет билан оғриган беморларда хавф омиллари мавжуд бўлса, ўз вақтида олиб борилган даволаш ва профилактик чора-тадбирлар буйрак патологиясини ривожланиш хавфини камайтиради.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Сапаева Ш.А., Мадримова А.Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков как у нас в стране (составляя 8,9 случая на 1000 новорожденных), так и за рубежом (2-3 случая на 1000 новорожденных детей). Клинический полиморфизм ДЦП заключается не только в многообразии поражения двигательной системы, но и в наличии нарушения слуховой функции, которое в свою очередь в значительной степени приводит к задержке речевого и психического развития детей. Ранняя диагностика патологии слухового анализатора у детей с ДЦП является сложной проблемой, требующей от специалистов высоко-квалифицирующей подготовки. В настоящее время в большинстве развитых стран мира разработаны и внедрены в клиническую практику принципиально новый, так называемый скрининговый метод исследования слуха-регистрация отоакустической эмиссии.

Цель работы: Изучить распространенность и характер патологии слухового анализатора у детей раннего возраста с различными формами детского церебрального паралича.

Материал и исследование. За период с октября 2020 г. по март 2021 г. нами было обследовано 27 детей в возрасте от 6 до 16 лет с диагнозом ДЦП. Обследование детей проводилось следующими методами: клиническое обследование пациентов (общее и оториноларингологическое); исследования полости носа и носоглотки; функциональные методы исследования слухового анализатора: всем детям в процессе и после лечения проводилась регистрация вызванной отоакустической эмиссии.

Полученные результаты: Среди обследованных детей 73% составили дети, с часто встречающимися формами ДЦП (спастическая диплегия, гемипаретическая, атонически-астатическая формы), а с наиболее тяжелыми формами представлено всего 7 детей (26%). Клиническое обследование детей начиналось с тщательного сбора анамнеза ребенка, начиная с момента рождения до настоящего периода. Большая часть обследованных детей (18) родились недоношенными (с 24 по 36 неделю срока гестации), в анамнезе с родственным браком (7) и из двойни – 1 ребенок. Из всех обследованных детей с ДЦП у 12 выявлена патология слухового анализатора. При этом ЗВОАЭ не зарегистрировалась в правом ухе у 3, в левом у 3 и в обоих ушах у 6 из 12 обследованных детей. ПИОАЭ не зарегистрировалась в правом ухе у 4, в левом ухе у 3 и в обоих ушах у 4 из 12 обследованных детей. У 56% обследованных (15 детей) при обследовании ЗВОАЭ и отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения (ПИОАЭ), эмиссия присутствовала в обоих ушах. Результаты показывают о наличии патологии слухового анализатора.

Вывод. Высокая распространенность латентно протекающих заболеваний среднего и внутреннего уха в раннем детском возрасте у больных с ДЦП, сопровождающихся

снижением слуха, обуславливает необходимость проведения обязательных аудиологических обследований.

ПЕЧЕНЬ И ПРОФИЛАКТИКА ЕЁ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сапаева Ш.А., Ниёзметова Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Печень(hepar) – наиболее крупная железа, мягкой консистенции, красно- бурого цвета. Длина печени у взрослого человека – 20-30 см, ширина -10-21 см, высота колеблется от 7 до 15 см. Масса печени равняется 1400-1800 г. Печень участвует в обмене белков, углеводов, жиров, витаминов; выполняет защитную, обеззараживающую, желчеобразовательную и другие функции. Во внутриутробный период печень является также кроветворным органом. Работа печени может быть нарушена при множестве патологий. Всего известно более ста заболеваний печени, вызванных разными причинами и имеющих разные механизмы развития, разное течение и прогноз. Они встречаются у людей любого возраста и могут быть как врождёнными, наследственными, так и приобретенными.

Некоторые болезни печени имеют небольшую продолжительность и заканчиваются полным излечением, другие могут беспокоить человека годами и приводить к необратимым изменениям в ткани печени и к серьезным, жизнеугрожающим осложнениям.Болезни печени входят в десятку наиболее частых причин смерти. Уровень смертности при развитии печеночной недостаточности остается высоким, несмотря на современные достижения интенсивной терапии. ВОЗ прогнозирует, что в течение последующих 10–20 лет смертность от заболеваний печени возрастет в 2 раза.В целях профилактики заболеваний печени следует исключить жареные, жирные, копчёные блюда, в меню должна преобладать вареная и тушёная пища. В него также необходимо включать как можно больше овощей и фруктов, предпочтительно – выращенным в средней полосе. Осенью в рационе обязательно должны быть яблоки и тыква.

Обязательны разумные физические нагрузки: ходьба, занятия спортом, причём – обязательно на свежем воздухе.Печень — один из немногих органов, способных к регенерации, то есть восстановлению. За счет деления клеток (гепатоцитов) печень может восстанавливать свой первоначальный объем при сохранении лишь 25–30% нормальной ткани. Это очень важно для поддержания жизнедеятельности при различных заболеваниях.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Саттаров Ш.Я.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Острые нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) требуют немедленного оперативного вмешательства.

Такое неотложное состояние может развиваться у пациентов на фоне тяжелых хронических заболеваний, которые длительное время находятся под наблюдением врачей различных специальностей, чаще всего — терапевтического профиля. От качества знаний и возможности врача своевременно диагностировать данное заболевание и оказать квалифицированную помощь больному зависит прогноз, а иногда и жизнь пациента. ОНМК — неотложное состояние, обусловленное резким ухудшением кровообращения в брыжеечных сосудах или в чревном стволе в результате тромбоза, эмболии или выраженного снижения центральной гемодинамики, что приводит к мезентериальной сосудистой недостаточности, ишемии и некрозу тонкой, реже — толстой кишки.

Острые тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов — патология, которая трудно диагностируется. С проблемами прижизненной диагностики и недостатками регистрации и учета сосудистых заболеваний кишечника связано отсутствие данных об истинной распространенности ОНМК. Поэтому показатели частоты встречаемости острых и тем более хронических нарушений мезентериального кровообращения, которые публикуются в периодической медицинской печати, очень разнятся между собой. Большинство авторов сообщают об увеличении частоты пациентов с данной патологией, что свидетельствует, по-видимому, об улучшении диагностики этого тяжелого состояния, а не об истинном повышении заболеваемости. По результатам популяционных исследований, проведенных в Японии, распространенность венозного мезентериального тромбоза составила от 1,8 до 2,7 на 100 тысяч населения, большинство пациентов были пожилого возраста. Другие авторы сообщают, что острая ишемия брыжеечных сосудов наблюдается в 0,1% всех госпитализаций в хирургические стационары, а тромбоз сосудов составляет 15% случаев острой брыжеечной ишемии; у 1% пациентов с острой болью в животе диагностируется мезентериальный тромбоз кишечника.

Причинами ишемии кишки может быть нарушение как артериального, так и венозного кровообращения по брыжеечным сосудам. В большей степени этому заболеванию подвержены лица пожилого и старческого возраста, имеющие хронические заболевания сердечно-сосудистой системы. Большинство авторов указывают на атеросклероз как основную причину развития абдоминальной ишемии. К декомпенсации кровотока и развитию ишемии кишки чаще всего приводит тромбоз верхней брыжеечной артерии. Причиной тромбоза мезентериальных артерий могут стать гиповолемические состояния, нарушения центральной гемодинамики, шок кровотечения — как наружного, так и внутреннего. Другим пусковым механизмом развития ОНМК является эмболия сосудов брыжейки атеросклеротическими массами или тромбами. Эмболы попадают в мезентериальные артерии из левых полостей сердца, аорты. Для эмболии мезентериальных сосудов характерны ограниченные участки повреждения кишки, нередко в нескольких местах. Причиной венозного тромбоза могут стать воспаление, гнойные процессы в брюшной полости: абсцесс, острый панкреатит, некроз поджелудочной железы, перитонит, сепсис. Часто венозные тромбозы наблюдаются при циррозе печени, портальной гипертензии. Воспалительные заболевания кишечника, такие как болезнь Крона и язвенный колит — еще один фактор риска для развития брыжеечного тромбоза. Увеличивается риск развития тромбоза у пациентов с травмами брюшной полости, недавно перенесших оперативные вмешательства, в том числе лапароскопические.

Злокачественные новообразования являются еще одним распространенным фактором риска развития тромбоза. Причиной нарушения мезентериального кровотока у данной группы пациентов может стать гиперкоагуляционный синдром, обезвоживание организма, химиотерапия. Одной из причин нарушения кровообращения в кишке является непосредственное повреждение сосудов метастазами, экстравазальное компрессионное сдавление опухоли.

При диагностике и тем более лечении ОНМК нельзя забывать, что некоторые лекарственные средства могут ухудшать мезентериальное кровообращение и приводить к ишемии кишечника. Применение сердечных гликозидов, вазопрессоров, мочегонных препаратов, средств, применяемых для химиотерапии, увеличивает риск венозного тромбоза. Женщины, принимающие пероральные контрацептивы, препараты, содержащие эстрогены, беременные также подвержены высокому риску развития венозного тромбоза.

Как правило, в генезе развития ОНМК играет роль несколько механизмов. Несмотря на большое разнообразие этиологических факторов, в некоторых случаях причину мезентериальной ишемии установить не удастся.

С точки зрения патофизиологии изменения в кишечнике, связанные с острым и хроническим нарушением кровообращения, существенно не различаются между собой. Степень выраженности сосудистых изменений обусловлена скоростью нарушения

гемодинамики, диаметром поврежденного сосуда, состоянием коллатерального кровообращения, длительностью артериальной ишемии.

ОСОБЕННОСТИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Собиров Э.Ж., Аvezова С.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Один из частых синдромов ОРВИ у детей раннего возраста острый стеноз гортани. Он встречается с частотой от 7,4% до 25%, имеет структурные особенности, что диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования: изучить особенности стеноза гортани у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные, полученные путем выборки их 100 стационарных карт детей с острым стенозированным ларингитом, находившихся на лечении в течение календарного года.

Результаты. Пик заболеваемости (76,1% случаев) приходился на ранний возраст: дети 1-го года составили 19,4%; каждый четвертый ребенок был в возрасте от 1-го до 2-х лет; каждый пятый — от 2-х до 3-х лет. Болели чаще мальчики (67,3% случаев). В подавляющем большинстве случаев (81,5%) встречался острый первичный ларинготрахеит с субкомпенсированным стенозом гортани. Пик заболеваемости пришелся на март-апрель и ноябрь. Верификация возбудителя проводилась с помощью РИФ. Лидирующую позицию (37,4% случаев) занял вирус гриппа, второе место RS инфекция, третье парагрипп. Наиболее частой сопутствующей патологией явился атопический дерматит (30,6% случаев). Большинство детей (63,8%) родились от первой беременности, доношенными. Акушерский анамнез было тягостен в каждом третьем случае. На естественном вскармливании до шести месяцев находилось 41,2% детей, к концу первого года 8,6% детей.

Заключение. Большинство заболевших детей были раннего возраста (чаще мальчики) с пиком заболевания в весенне-осенний период. Чаще всего заболевание протекало в виде субкомпенсированного стеноза гортани на фоне атопического дерматита. Наиболее частыми возбудителями болезни были грипп, RS вирус, парагрипп.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Собирова Г.Н., Бафоева З.О.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: оценить клинико-функциональные и лабораторные характеристики больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию больным, нуждающимся в медицинской реабилитации.

Материал и методы: Проспективным методом было проанализированы клинико-анамнестические и лабораторные данные 110 больных с COVID-19, находившихся на лечении в республиканской клинической больнице Зангиота 2 в июне 2021 года. После выписки из стационара больным была назначена урсодезоксихолевая кислота 250 мг по 10 мг/кг на 2 месяца на фоне диеты (стол №5). На 90-й день от начала болезни были проанализированы клинические и биохимические показатели больных.

Результаты: Исследования выявили, что у 53,6% были определены повышение уровня аминотрансфераз (АлАТ и АсАТ) более чем в 2 раза. Необходимо отметить, что первичные заболевания печени и желчевыводящих путей у данных больных обнаружались только у 10% пациентов. Повышение ферментов печени выявились на 3-5 день лечения и были ассоциированы со снижением уровня С-реактивного белка. После проведенной

медикаментозной терапии у большинства больных 86% были зафиксировано снижение аминотрансфераз и снижение жалоб на боли в правом подреберье и тошноту, которые первично имелись у 7,3% больных. Однако у 23,6% были обнаружены признаки нутритивной недостаточности, проявляющиеся следующими симптомами: ломкость и выпадение волос, бледность кожных покровов, проявление пигментных пятен, тошнота, рвота, склонность к запорам, нарушение режима сна (поверхностный сон), проявление слабости и апатии, повышение чувствительности к холоду. В связи с этим им была проведена нутритивная реабилитация. Были назначена высокобелковая диета с добавлением продуктов с содержанием жиров и углеводов 30:70. Также были назначены полимитамины, содержащие – витамины группы А, Д, Е, С, для восстановления истощённого плазменного и клеточного состава. Для поддержания эффективной работы иммунной системы была назначена омега-3 жирные кислоты. После 3-недельной нутритивной реабилитации у 90% пациентов было обнаружена значительная положительная динамика.

Выводы: таким образом, пациентам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию необходим мониторинг и реабилитация имеющих признаки постковидного синдрома.

ПОСТКОВИДНЫЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Собирова Г.Н., Заргарова Н.Р., Каримов М.М., Зуфаров П.С.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель: изучение клинических проявлений нарушений желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших COVID-19 в Хорезмской области.

Материал и методы: Ретроспективным методом были изучены истории болезней 60 больных, перенесших COVID-19 в 2020 году в Хорезмской области. Было проанализировано наличие гастроэнтерологических проявления до и после заболевания.

Результаты: Проведенные исследования показали, что до заболевания у 28,3% больных имелось наличие сопутствующей гастроэнтерологической патологии. Так, у 3,3% был диагностирован хронический гепатит В и С, у 8,3%- хронический холецистит, у 6,7% -хронический гастрит тип В, у 3,3% язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и 6,7% – синдром раздраженного кишечника. После стационарного лечения через 1- 3 месяца у 46,7% появились и сохранялись те или иные желудочно-кишечные проявления. Наиболее частым симптомом явились боли в правом подреберье, эпигастральной, в мезо- и гипогастральной области – у 23,3% человек, нарушения стула, проявляющееся диареей или чередованием поносов и запоров у 20,0% лиц, метеоризм или флатуленция – у 30,0%. У некоторых пациентов метеоризм имел преимущественно локальный характер, когда газы скапливались в том или ином участке кишки. Значительная частота этих симптомов указывает на развитие вторичных изменений в толстой кишке, обусловленных нарушением микрофлоры и кинетики кишки. У большинства больных отмечалось наличие астеновегетативных признаков. У подавляющего большинства больных (53,3%) отмечалась раздражительность. Вследствие этого у 18,3% больных имела место бессонница, а 30,0% больных ощущали беспричинную усталость. На общую слабость жаловались 51,6% обследованных.

У 18 (30,0%) больного отмечалось сочетание симптомов дисбиоза с синдромом неязвенной диспепсии (чувство тяжести и переполнения в подложечной области, тошнота, отрыжка), что, скорее всего, объясняется нарушением моторики пищеварительного тракта. У 20 (33,3%) больных это выражалось изжогой. 13 (21,7%) пациент жаловался на чувство раннего насыщения, что могло быть одним из симптомов синдрома избыточного роста бактерий.

С целью оценки нарушений биоценоза и определения степени тяжести дисбактериоза у 28 (46,7%) больных с гастроэнтерологическими проявлениями были проведены бактериологические исследования.

По результатам бактериологического исследования фекалий, проведенного у больных, перенесших COVID-19, группы пациентов были обнаружено, что I степень выраженности дисбактериоза выявлена у 15 (53,5%) больных; II - у 6 (21,4%); III - у 2 (7,14%); IV - у 3 (10,9%). У 2 (7,14%) больных дисбактериоз отсутствовал. Независимо от степени дисбактериоза наблюдался более или менее выраженный дефицит бифидо- и лактобактерий, наличие которых является непременным условием правильной работы кишечника. Так, дефицит бифидобактерий наблюдался у 16 (57,1%) пациентов, а лактобактерий у 14 (50,0%).

Выводы: Клинические проявления заболевания больных, перенесших COVID-19 в Хорезмской области ассоциировались с нарушением кишечной микрофлоры толстого кишечника у 43,3% пациентов.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Солихов Б.М., Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент

Цель исследования – изучение нарушения липидного профиля крови у пациентов с высокой активностью ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы истории болезни 46 пациентов, страдающих ревматоидным артритом, проходивших стационарное лечение в отделении ревматологии 1 клинике ТТА. У всех больных наблюдалась высокая активность заболевания по DAS 28. При этом значения активности варьировали от 5,13 до 8,37. Из обследуемых пациентов женщины составляли 41 человека, мужчины – 5 человек. Средний возраст пациентов составил 64 года. При анализе липидного спектра крови использовались оптимальные значения параметров, изложенные в Национальном руководстве по кардиологии и рекомендованные Всероссийским научным обществом кардиологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству: значения общего холестерина - менее 5 ммоль/л, холестерина ЛПНП – менее 3 ммоль/л, холестерина ЛПВП – более 1,2 ммоль/л для женщин и более 1 ммоль/л для мужчин, триглицеридов – менее 1,77 ммоль/л.

Результаты и их обсуждение. Среди наблюдаемых пациентов у 38 человек выявлена дислипидемия, что составило 82,6% всех участников исследования. При этом повышение уровня общего холестерина было зарегистрировано в 30 случаях из 38 (78,9%) и всегда было сопряжено с нарушением содержания других компонентов липидного спектра. Изолированной гиперхолестеринемии не наблюдалось ни у одного из пациентов с РА. Среднее значение общего холестерина составило 5,7 ммоль/л, что превышает оптимальные значения. Увеличение уровня триглицеридов было зарегистрировано в 24 случаях из 38, снижение ЛПВП – в 21 случаях, что составило соответственно 55,26%. При этом среднее значение содержания триглицеридов в исследуемой группе больных – 1,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,2 ммоль/л. Наиболее значимым оказалось увеличение содержания ЛПНП. Оно выявилось у 30 пациентов и составило 78,94 % всех участников исследования. Среднее значение данного показателя превысило оптимальные значения и составило 3,6 ммоль/л.

Выводы. Результаты проведенного нами исследования наглядно демонстрируют наличие изменений липидного профиля крови у больных с высокой активностью ревматоидного артрита. Наиболее выраженным оказалось повышение уровней общего холестерина и ЛПНП. Подобные нарушения, наблюдавшиеся у большинства больных, ассоциированы с высокой атерогенностью и риском кардиоваскулярных катастроф.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У БОЛЬНЫХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Сотликов Р.К., Хамидова Г.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Аннотация. Профилактика заболеваний является одним из главных проблем сохранения здоровья народа, однако, несмотря на проводимые профилактические мероприятия они всё же остаются недостаточными. Всё ещё недостаточно разработаны мероприятия по снижению частоты рецидивов и хронизации заболеваний. Кроме этих проблем ещё наблюдаются, ухудшения экологии, засоления питьевых вод в Хорезмской области, заболевание пиелонефритом населения в Приаральском регионе.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, проблема, лимфа, кровь, осмотр, профилактика.

A MODERN APPROACH TO THE EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PATIENTS ON THE KHOREZM REGION

Annotation. Disease prevention is one of the main problem in preserving people health, however, despite ongoing preventive measures, they remain insufficient. In addition to these problems, environmental degradation, salinization of drinking water in the Khorez region, and pyelonephritis disease in the Aral Sea region are also observed.

Key words: chronic pyelonephritis, problem, lymph, blood, examination, prevention.

Цель исследования - клиническое наблюдение за больными с острыми и хроническими пиелонефритами, лечение и разработка профилактических мероприятий у больных, находившихся в нефрологическом отделении ОММПЦ за период с января по декабрь 2020 года.

Материалы и методы исследований. Проведено наблюдение больных в нефрологическом отделении ОММПЦ за период с января по декабрь 2020 года. Было изучено клиническое течение у больных с острыми и хроническими пиелонефритами также противорецидивная терапия и её эффективность препаратом нитрофурантоином.

Результаты и обсуждение. Всего за период с января по декабрь в отделении находилось 536 больных с пиелонефритом и с инфекцией мочевыводящих путей, из них 250 мужчин, 286 женщин. Наибольшее количество поступивших больных составили сельские жители. Основную массу составили больные с острым пиелонефритом в количестве 270 больных, из них сельских жителей 248 и с хроническим пиелонефритом - 266 больных, 210 больных составили сельские жители. Клиническая картина заболевания зависела от возраста больных. Общими симптомами острого пиелонефрита явились слабость, повышение температуры тела, снижение аппетита, иногда рвота. Местными признаками были боль в пояснице. При вовлечении в процесс мочевого пузыря (цистит) и мочеиспускательного канала (уретрит) на первый план выступали симптомы- учащенное болезненное мочеиспускание, боли в животе [1,стр 234]. У больных молодого возраста пиелонефрит сопровождался беспокойством перед и во время мочеиспускания. Чаще всего встречался у мужчин [2 стр 67.]. Хронический пиелонефрит наблюдался больных старшего возраста, также у больных преимущественно недолеченных, всем больным проводилось исследование клинического анализа мочи (или по Нечипоренко) и крови, посева мочи на микрофлору, анализ бактериурия, проведена реакция на определения клеток Штейнгермер-Мальвина и чувствительность к антибиотикам. Диагноз устанавливали при наличии изменений в моче, выявленных с помощью лабораторных методов диагностики: в общей анализе мочи отмечалась лейкоцитурия, бактериурия. При бактериологическом исследовании мочи - выявляли бактерии в моче, при проведении пробы Зимницкого наблюдалось изменение относительной плотности мочи. В общей анализе крови отмечался лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ. При проведении УЗИ почек выявляли

увеличение размеров почек при остром пиелонефрите [3 стр 234]. Основными условиями для постановки диагноза явились лихорадка, боли в пояснице, дизурия, лабораторные данные (лейкоцитурия, бактериурия), инструментальные данные (УЗИ почек и мочевого пузыря). Проводилось бактериологическое исследование мочи. У основной группы больных при бактериологическом посеве у 80% выделено *E.coli*, у остальных у 20% выделено *Enterocolica*, у 3,5% выделены *Clebsiella*, у 1-2% грибки [4 стр 117.]. Больные придерживались диетотерапией чередовали растительную (подщелочивающую) и белковую (подкисляющую) пищу каждые 3-5 дней, создавая неблагоприятные условия для размножения и роста бактерий. Из рациона исключали острые, соленые, алергизирующие блюда. В остром периоде пиелонефрита проводилось эмпирическое подключение аминогликозидов гентамицина, меркоцина (амикоцина) 5-6 мг/кг с последующим высевом по чувствительности. При хронизации процесса антибактериальная терапия продолжалась прерывистыми курсами на протяжении нескольких месяцев или лет под контролем общего состояния и показателей анализов мочи. [5 стр 241.]. Противорецидивирующая терапия при остром пиелонефрите проводилась нитрофурантоина в течение по 50 мг 2 раза в сутки и 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течении 10 дней или при хроническом пиелонефрите мы непрерывно назначали антибиотикотерапию уросептиками, чередуя препараты по 8-10-дней от 3 до 6 месяцев под контролем лабораторных данных. По последним рекомендациям препаратами первого выбора при лечении бактериального пиелонефрита и цистита являются фосфомицинатрометамол и нитрофураны. [6 стр 35.]. Препараты разработаны довольно давно применяются в клинической практике от 30 до 60 лет но при этом сохраняют эффективность благодаря хорошей к ним чувствительности уропатогенной кишечной палочки- основного возбудителя цистита по всем международным и российским исследованиям [7 стр 28.]. Применение альтернативных антибактериальных препаратов таких как фторхинолоны и цефалоспорины 3 поколения привели к широкому распространению серьезных нежелательных побочных реакций на препараты и резистентности к ним, особенно за счет выработки бета-лактамаз широкого спектра действия. [8 стр 81.]. Из группы нитрофуранов наиболее высокие концентрации в моче достигаются у нитрофурантоина и фуразидина, поэтому они показаны для лечения инфекции мочевых путей. Нитрофураны активны против широкого круга бактерий, включая стафилококки, коринебактерии, клостридии и многие энтеробактерии [9 стр 85]. Устойчивы к ним: *Serratiamarcescens* *Pseudomonasaeruginosa* *Proteusspp*. Нитрофураны менее активны в щелочной среде, но этот феномен не связан с уреазо-продукцией целевых микроорганизмов. Они также активны против штаммов *Helicobacterpylori* [10, стр 234]. Нитрофураны являются химиотерапевтическими препаратами. Противомикробными свойствами обладают только соединения, содержащие нитрогруппы строго в положении 5-го фуранового цикла. Нитрогруппа имеет антимикробные свойства и является решающим элементом химических формул нитрофуранов, нитроимидазола, хлорамфеникола 6-нитропроизводных хинолона. [11 стр 9.]. Активный фрагмент представляет собой 5-нитро 2-фурил, который может быть активирован биологическим восстановлением нитрогруппы до гидроксиламиногруппы. В периоде ремиссии проводилась фитотерапия- чередовались травы ромашки, с применением лекарственных форм травяных настоев канефрона, фитолизина. Лечение острого и хронического пиелонефрита у больных проводили антибиотиками с предварительным анализом мочи на чувствительность к антибиотикам. При лечении хронического пиелонефрита использовали цефалоспорины 4-5 поколения, защищенные пенициллины, ампицид 5-7 дней, бисептол 480 10-15 дней, широко использовали канефрон по 2 таблетки 3 раза в сутки в течении 1 месяц. [12 стр 22]. Больные с острым пиелонефритом поступали в основном в конце 1 недели от начала заболевания. Предшественниками заболевания явились чаще всего простудные заболевания, обострение хронических очагов инфекции. Больные с хроническим пиелонефритом поступали в различные периоды от начала заболевания после обострения хронических заболеваний. Сроки пребывания в стационаре зависели от нормализации биохимических и лабораторных

данных крови и мочи. Пребывание больных в стационаре составило в среднем 8- 10 дней [13 стр 416].

Выводы. 1.Целесообразно продолжить сравнительное изучение эффективности различных лекарственных средств для противорецидивной терапии.

2. В целом антибиотикотерапия и терапия нитрофурановыми препаратами имело хорошую переносимость у 80% больных, получавших длительную противорецидивную терапию. Отмечено снижение количества рецидивов и увеличение длительности межрецидивных периодов. 3.Высокоэффективное применение фитопрепаратов, фитолизина, травяных настоев канефрона, уролесана, почечного сбора позволили снизить рецидивы заболевания. У больных после отмены препарата сохранилась клинко-лабораторная ремиссия в течение 6 месяцев.[14 стр 288]

4.Учитывая высокий процент поступивших больных из сельской местности, необходимо усилить профилактические мероприятия, проводить диспансерное наблюдение за больными перенесшими острый пиелонефрит.

Библиографический список:

1. Коагуляционные механизмы прогрессирования нефрита. Глава в руководстве для врачей «Нефрология» под редакцией И.Е. Тареевой, Москва, Издательство Медицина, 2000. - С. 234-239 .

2.Киличева Т.А. Противорецидивная терапия и профилактика острых и хрон.пиелонефритов у детей. Научный медицинский журнал «Авиценна» www.avicenna-idp.ru

3.Перепанова.Д.С. Нитрофураны в урологической практике : все ли они одинаковые и почему мы возвращаемся к ним сегодня.Экспериментальная и клиническая урология.номер№ 4 2019г.

4.Иванов А.В. Клинические и анамнестические характеристики нормальной беременности и беременности с хроническим пиелонефритом. **Владикавказ XVI научно-технической конференция 2017 г/ 5/ Лопаткин Н. А., Шабад А. Л. Урологические заболевания почек у женщин. - М.: Медицина, 2015. - 240 с.**

6/Климкин А.С., Петров С.В. Особенности показателей антиоксидантной системы при гестационном пиелонефрите // Русский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22. - №1.С. 35-36.

7/Петров С.В., Газазян М.Г, Серегин С.П., Климкин А.С. Взаимосвязь между различными формами неосложненного пиелонефрита и особенностями интерлейкинового статуса во время беременности // Врач-аспирант. - 2013. - Т. 61. - № 6. - С. 28-32.

8.Петров С., Серегин С., Климкин А. Особенности врожденного иммунитета беременных на фоне гестационного пиелонефрита // Врач. - 2014. - №8.- С. 81-83.

9.Хардииков А.В., Климкин А.С., Петров С.В., Серегин С.П. Гисто-функциональные изменения плаценты при неосложненном пиелонефрите беременных // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2014. - №3 (51). - С. 85-86.

10.Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В., Климкин А.С. Применение системы оценки технологий здравоохранения в принятии эффективных управленческих решений // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». - 2013. - Т. 15. № 2. - С. 234-235.

11.Хардииков А.В., Климкин А.С., Петров С.В. Изменения фетоплацентарного комплекса при беременности на фоне хронического воспалительного процесса в почках // Трудный пациент. - 2015. - Т. 13. - №8-9. - С. 5-9.

12.Климкин А., Фрейдин А., Петров С., Хурасева А. Хронический пиелонефрит беременных // Врач. - 2017. - №1. - С. 22-24.

13.Прищепа И.М. Возрастная анатомия и физиология : учеб. пособие / И.М. Прищепа.- Минск: Новое знание, 2006. - 416 с.

14.Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств: Спец. выпуск серии «Рациональная фармакотерапия» / Ю. Б. Белоусов, К. Г. Гуревич. - М.: Литтерра, 2005. - 288 с. Литература

УДК: 616.33-002.44:616.33.345

СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА - ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Собирова С.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тиббиёт амалиётида компьютер техникаси, ҳамда турли телекоммуникацион технологияларининг қўлланилиши соғлиқни сақлаш тизимида буткул янги соҳа - телемедицинанинг пайдо бўлишига олиб келди.

Телемедицина- телекоммуникацион ҳамда электрон ахборот технологияларидан режали ҳамда тезкор тиббий ёрдам кўрсатишда, ҳамда масофадан туриб ўқитишда фойдаланишдир.

Телемедицина тизими стандарт юқори тезликли телефон тармоқлари, рақамли ахборот технологиялари, компьютерлар ва уларга қўшимча бўлган жихозлар, нур-тола оптикаси, алоқа йўлдошлари ҳамда дастурий таъминотдан иборат. Содда телемедицинадан беморлар ҳолатини телефон алоқаси ёрдамида назорат қилиш ва маслаҳат беришда фойдаланилади. Мураккаб телемедицинадан интерактив видеодан гистологик кесмалар, рентген суратлар, УЗИ тасвирларни узатиш учун фойдаланадилар. Шунингдек, масофадан бошқариш ва аудиоканаллардан фойдаланилади.

Телемедицина имкониятлари:

- фуқаролар тиббиётида шаҳар ва қишлоқ районлари орасидаги алоқа, беморлар диагностикаси ва мониторинги ҳамда бошқалар;
- харбий тиббиётда жанг майдони узоқ бўлганда жанговар жароҳатларни даволаш ва маслаҳат бериш, қамоқ тизимлари ва ҳ.к.;
- соғлиқни сақлашнинг турли тизимларида, жумладан, ветеран ва инвалидлар учун телерадиологияни, қисман электрокардио- ва энцефалограммалар интерпритацияси учун фойдаланадилар.

Телемедицинанинг асосий замонавий турлари:

- Телеэкспертиза, тиббий электрокардиограмма, рентгенограммалар, электроэнцефалограммалар,
- ҳужжатлар алмашинуви ҳамда керакли тиббиёт соҳаси бўйича аниқ экспертлар ёки жойдаги ва узоқдаги тиббиёт муассасаларининг хулосалари.
- Телеконсилиум (видеоконференция), яъни жойдаги тиббиёт корхонаси базасида маълум касаллик диагнозини аниқлаштириш, уни даволаш йўллари ва услубларини аниқлаштиришга узоқдаги экспертларни жалб қилиш.

Телеконсультация ўтказишда турли технологиялардан фойдаланилади.(телемост, Internet орқали on-line режимида ёки e-mail орқали) .

- Айнан шундай видеоконференция беморнинг уйида «оила врачлари» аппаратураси телекамерали компьютер ҳамда алоқа тармоғи (оилавий телемедицина)дан фойдаланиб ўтказиш мумкин.
- Телетекширув (телеобследование), махсус техник жихоз бўлиб, ўзида ёруғлик манбаи ва рақамли телекамерани мужассамлаштирган бўлади.
- Тармоқ ёрдамида
- Офтальмология,
- Лор ва, шунингдек, телемедицинанинг бошқа бир қатор хизмат турлари мавжуд.

СЫВОРОТОЧНЫЕ ПЕПСИНОГЕНЫ I И II У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Собирова Г.Н., Каримов М.М., Исламова Ш.З.
*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации*

Цель исследования: исследовать уровень сывороточного пепсиногенов (PG) I и II у больных с хроническим гастритом (ХГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 80 больных ХГ в возрасте от 38 до 69 лет. Больные были разделены на группы: 1-я группа - 28 пациентов с хроническим неатрофическим гастритом с сохраненной секреторной функцией; 2-я группа - 18 больных с слабоатрофическим гастритом с умеренной секреторной недостаточностью; 3-я группа - 19 пациентов с умеренным атрофическим гастритом с выраженным нарушением секреции; 4-я группа - 15 пациентов с тяжелым атрофическим гастритом с выраженным нарушением секреции. Всем больным был проведен клинико-биохимический и эндоскопический мониторинг. Контрольная группа, включала 30 здоровых добровольцев с отсутствием диспепсических жалоб и нормальной эндоскопической картиной. Уровень PG I в сыворотке крови измеряли у всех пациентов методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. У больных ХГ отмечалось обратно взаимосвязанное с распространенностью и тяжестью атрофии слизистой оболочки желудка (СОЖ) уменьшение уровня PG -1 по сравнению с контрольной группой: в 1-й группе - на 15 %, во 2-й группе - на 29,5 % ($p < 0,01$), во 2-й группе - на 35,5 % в 3-й группе - на 61,6 % ($p < 0,001$). Количество PG -1 в 4-й группе значимо отличалось от значений 1-й и 2-й групп: снижено на 54,8 % и 45,6 % соответственно. Данные изменения подтверждают научные данные о целесообразности использования PG -1 в качестве серологического маркера атрофии СОЖ. Сывороточная концентрация PG -1 в среднем по основной группе была достоверно снижена относительно значений контрольной, 1-й и 4-й групп - на 34,6; 23 и 38,6 % соответственно, проявляла тенденцию к снижению при сравнении с аналогичным показателем 2-й группы и превышала данные больных распространенным атрофическим гастритом на 70,5 % ($p < 0,001$). Указанные изменения согласуются с общепринятым научным мнением о роли атрофических изменений СОЖ в канцерогенезе.

Выводы. Таким образом, пороговые значения уровня PG I в сыворотке являются значимыми для скрининга предраковых заболеваний желудка.

CORRECTION OF DISORDERS OF IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTOPANCREATITIS

Suleymanov S.F., Suleymanov F.S., Suleymanova G.S.
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

It is well known that chronic cholelithiasis (CCP) is accompanied by an abnormality of the immune system of patients.

The aim of research - the study of the immune system and conducting immunotherapy in patients with CCP.

Materials and methods. The immune system was analyzed in 51 patients with a diagnosis of CCP I in the acute stage at the age of 28 to 63 years, of which there were 32 women (62.7%), men - 19 (37.3%).

Immunological study was conducted 2-5 days before, and 1 month after treatment. The control group was 36 practically healthy persons (25-55 years).

The level of serum immunoglobulin classes A, M and G were determined by Mancini (1965). Circulating immune complexes (CIC) were detected by Hascova. Parameters of cellular immunity were determined using monoclonal antibodies ("Sorbent-Service", Russia).

Results. In the control group, a relative measure of the total pool of T-lymphocytes (CD3+) was $51.0 \pm 2.0\%$, and B-cells (SD19+) $15.0 \pm 1.0\%$. Levels of Ig in serum were as follows: IgA – 2.82 ± 0.31 g/l, IgM – 1.64 ± 0.11 g/l, IgG – 15.9 ± 0.94 g/l.

The concentration of the CIC - $0,046 \pm 0,006$.

Patients CCP (n=35) shows the suppression of SD3 + cells (0.6-fold reduction) ($p < 0,001$), and also noted 0.8-fold decrease in T-lymphocytes (phenotype SD3+) in their absolute terms ($p < 0,01$).

Was found a large deficiency of subset of T lymphocytes (CD4+ and CD8+ lymphocytes). From the B-system (SD19+) observed increasing trend in the objective parameters as the relative (1.3 times higher than the control value at $p < 0,001$) and absolute (in 1.5 times more than the corresponding values of the control group 342 ± 23 of cells/1 ml blood and 230 ± 17 cells/1 ml blood, respectively, $p < 0,001$) of immune system.

In patients with CCP showed a significant decrease in the concentration of IgA and IgM, increased levels of IgG up to 21.0 ± 0.6 g/l ($p < 0,001$) and the CIC - to 3.4-fold ($p < 0,001$).

To fix these disorders has been used thymoptine (Uzbekistan), which was used against the standard treatment.

Thymoptinum administered at a dose of 1 ml (0.01% solution) intramuscular method for 6 - 10 days. Under its influence in patients CCP (n = 18) showed a positive trend of changes in the immune system, manifested in the significant increase in the total spectrum of cellular immunity (SD3+, CD4+, CD8+ SD19+).

On humoral immunity thymoptine had almost no effect. Patients with only a moderate decrease was observed in the setting of the CIC ($p < 0,01$).

Conclusions. Thus, thymoptinum possess immunomodulatory activity and therapeutic effect in patients with CCP.

ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ

Сулейманова Д. Н., Нарметова М.У., Давлатова Г.Н.

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр гематологии*

Цель исследования. Изучение некоторых факторов риска развития ДФК у девочек-подростков и ЖФВ.

Материалы и методы. Данные исследования были проведены среди 150 девочек подростков 12-18 лет и 96 женщин фертильного возраста, которые состояли на диспансерном учете с различной патологией ЖКТ, хроническим гепатитом и гельминтозами. Контрольную группу составили пациенты без вышеуказанной патологии. Факторы риска развития ДФК выявляли с использованием специального вопросника. Для дифференциальной диагностики ЖДА и фолиево-дефицитной анемии (ФДА) произведен забор венозной крови для определения показателей сывороточного железа, ферритина и СРБ. Показатели фолиевой кислоты определены микробиологическим методом с использованием планшетного фотометра. Критерии показателей норм фолиевой кислоты взяты по ВОЗ: для детей не менее 8 нг/мл, для подростков и женщин не менее 10 нг/мл.

Результаты. Среди обследованных целевых групп наибольшая встречаемость ДФК отмечена среди больных с гельминтозами - 74,02%, дисбактериозом – 73,33%, у больных хроническим гепатитом, энтероколитом, колитом, дуоденитом - 72%, наименьшая частота у больных хроническим гастритом 45%. В контрольной группе эти показатели были достоверно ниже – 30,77%. Результаты показали, что у пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ и хроническим гепатитом достоверно снижены показатели ФК, по сравнению со здоровыми – $9,15 \pm 0,16$ нг/мл и $13,23 \pm 0,32$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$). Показатели ФК у инфицированных гельминтозами (энтеробиоз, лямблиоз, гименолепидоз,

аскаридоз) и неинфицированных достоверно не отличаются $-11,95 \pm 0,26$ нг/мл и $12,13 \pm 0,23$ нг/мл соответственно ($p > 0,05$). Наши данные подтверждают сведения о том, что дисбактериозы, гельминтозы, хронические заболевания ЖКТ являются ведущими факторами риска развития ДФК.

Таким образом, изучение некоторых факторов риска развития ДФК у девочек-подростков и ЖФВ указывает на их тесную взаимосвязь с факторами питания, заболеваниями ЖКТ и гельминтозами, риск развития ДФК возрастает более чем в 2 раза при наличии патологии ЖКТ, гельминтозов, дисбактериозов. Полученные результаты указывают на необходимость более глубокого изучения факторов риска развития ДФК, что в свою очередь позволит разработать целенаправленные программы по их профилактике.

Выводы.

1. Риск развития ДФК возрастает почти в 2 раза при наличии хронических заболеваний ЖКТ, дисбактериоза, гельминтозов.

2. В рационе питания девочек-подростков и ЖФВ недостаточно источников ФК - фортифицированной муки и хлеба, зелени, зеленных овощей, бобовых.

3. Для повышения эффективности борьбы с ДФК в республике необходимо лечение и профилактика патологии ЖКТ, гельминтозов, дисбактериозов, изменение привычек питания.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Сулейманова Д.Н., Рахманова У.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение: Железодефицитная анемия (ЖДА) занимает первое место среди 38 самых распространенных заболеваний человека, её можно назвать самой универсальной болезнью, поскольку врачи абсолютно всех специальностей систематически встречаются с такими пациентами.

Процесс развития ЖДА можно разделить на 3 стадии, которые развиваются исключительно последовательно:

1-Прелатентный дефицит железа (ПДЖ), при этом снижаются запасы железа в депо. В этой стадии клинические симптомы ДЖ и ЖДА отсутствуют, диагностика этой стадии ДЖ проводится на основании снижения показателей ферритина в сыворотке крови. Показатели гемоглобина, сывороточного железа, трансферрина остаются в норме. Железосвязывающая способность сыворотки крови повышается.

2-Латентный дефицит железа, при этом кроме снижения ферритина снижается количество железа в сыворотке крови и тканях, что обуславливает развитие сидеропенического синдрома. Диагноз этой стадии проводится на основании снижения показателей сывороточного железа, повышения уровня трансферрина, снижение показателей трансферриновых рецепторов и процента насыщения трансферрина железом. Уровень гемоглобина остается в норме.

3-Железодефицитная анемия, при этом, кроме снижения вышеуказанных индикаторов ДЖ, снижается показатель гемоглобина.

Результаты и обсуждение: При систематическом диспансерном наблюдении и еженедельной саплементации железом в течении 2-х лет на уровне первичного звена здравоохранения, у женщин фертильного возраста и девочек подростков удаётся достичь стойкой нормализации показателей гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, предупредить случаи рецидива ЖДА в 88,99% случаях, независимо от возраста.

Программа еженедельной саплементации предусматривает употребление 1 раз в неделю препаратов железа в следующих дозах:

- женщинам фертильного возраста и детям с 1года 60 мг
- детям 6-12 месяцев 30 мг
- беременным женщинам 120 мг
- женщины фертильного возраста (15-49 лет) 60 мг
- девочки подростки(12-14 лет) 60 мг

Вывод: При отсутствии диспансерного наблюдения и ферропрофилактики, феррокоррекции возрастает риск развития анемии, риск рецидивов анемии, возрастает тяжесть анемии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Таджибаева М.Р, Курбонова З.Ч., Мухамеджанова Н.И, Акназарова Д.Б
*Ташкентская медицинская академия центр развития профессиональной
 квалификации медицинских работников*

В работе рассматриваются базовые вопросы и основные требования контроля качества лабораторных исследований, выполняемых в клиничко-диагностических лабораториях медицинских организаций. Контроль проводился для определение гемоглобина в клиничко-диагностических лабораторий ТМА.

Совершенствование работы КДЛ включает непрерывное улучшение качества лабораторных исследований за счёт использования новых технологий, нового анализирующего оборудования, усовершенствования методик исследования. Однако, расширение диапазона исследований за счёт внедрения новых лабораторных технологий, увеличение количества лабораторных тестов не исключает возможности возникновения ошибок на всех этапах исследования и требует постоянного и своевременного контроля качества. На сегодняшний день процент охвата лабораторий в клинике ТМА внутренним и внешним контролем качества остаётся на низком уровне. Ежедневная работа КДЛ сопровождается проведением внутри лабораторного контроля качества (ВКК). В процессе внедрения контроля качества, как обязательного элемента в ежедневной работе лаборатории, а также повышения квалификации и получения своего собственного опыта работы, мы стали использовать в своей работе контрольные материалы разных производителей. При проведение ежедневных исследований и при решении возникающих проблем возникла необходимость создания постоянно действующей системы оценки качества лабораторных исследований. Для эффективного управления качеством лабораторных исследований в КДЛ руководством клиники не была выделена ставка врача по контролю качества. П.э нет оптимизация системы контроля качества для исследований, не организован внутри-лабораторный контроль и внешняя оценка качества (ВОК), не проводится постоянный анализ результатов контрольных

измерений. Только для проведения внутреннего контроля качества используется контрольные материалы для определения гепатитов, гормонов, показателей гемостаза, КЩС. Кроме этого, для оценки правильности лабораторных исследований необходимо проведение внешней оценки качества и сравнение с лучшими лабораторными практиками.

Регулярно проводимая внешняя оценка качества и ежедневный внутри лабораторный контроль качества дополняют, но не заменяют друг друга: внешняя оценка качества направлена на выявление систематических ошибок лабораторных методов, а внутри-лабораторный контроль качества предназначен для поддержания стабильности аналитической системы, выявления и устранения недопустимых случайных и систематических погрешностей. Таким образом только обеспечение качества на всех этапах лабораторного исследования позволит гарантированно предоставлять диагностическую информацию высокого качества.

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Таджиева З.Б.

Ургенчкого филиала Ташкентской медицинской академии

Введение. Под дизметаболическими нефропатиями (ДН) понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ. ДН являются причиной развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни (МКБ). В последние годы ДН рассматривают как почечную мембранопатию: первичную и вторичную на фоне приобретенной генерализованной нестабильности цитомембран.

Цель исследования: определить ранние симптомы и факторы риска развития ДН у детей.

Материалы и методы: Подбор детского населения для медицинского обследования осуществлялся в 2015–2016 гг. с помощью выборочного метода с элементами рандомизации. Из 200 детей в возрасте от 5 до 14 лет были отобраны 50 детей с изменениями в анализе мочи в виде оксалурии. При объективном исследовании дети самостоятельно жалоб не предъявляли и не имели клинической симптоматики заболеваний мочевыводящей системы. У всех детей изучили анамнестические данные, наследственную предрасположенность, образ жизни и питания. Контрольную группу составили относительно здоровые дети соответствующего возраста.

Результаты и обсуждение: При помощи метода условной информационной энтропии были проанализированы некоторые медико-биологические, наследственные, клиничко-лабораторные, индивидуальные экзогенные факторы риска развития ДН. На основании анализа нами выделено 5 значимых (приоритетных) факторов риска: заболевания почек у родственников (38,6%); патология при УЗИ почек (36,3%); группа крови ребенка 0 (I) или АВ (IV) (15,4%); порядковый номер беременности у матери, 2-я и последующие (44,8%); экссудативно-катаральный диатез (33,8%). Анализ генеалогического анамнеза выявил, что у ближайших родственников детей с ДН и МКБ достоверно преобладала заболеваемость МКБ ($p < 0,001$). Также отмечалось увеличение частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ) в генеалогическом анамнезе детей с ДН по сравнению с детьми 2-й групп в 1,9 раза. Инфекционные заболевания и ЭКД встречались достоверно чаще во 2-й группе детей по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Интересными были данные лабораторных показателей, которые можно отнести к ранним признакам ДН у детей: снижение суточного диуреза, щелочная рН мочи, гиперстенурия. При УЗИ почек детей с ДН были обнаружены гиперэхогенные включения и анатомические дефекты, которые достоверно чаще встречались по сравнению с детьми контрольной группы.

Выводы: В результате проведенного исследования нами были выявлены некоторые ранние клиничко-лабораторные симптомы болезни у детей: боль в животе; жажда, потливость; головная боль; отеки век по утрам; сухость кожи; отклонение в физическом развитии; щелочная рН мочи, гиперстенурия, кристаллурия, микрогематурия, интермиттирующая лейкоцитурия, незначительная протеинурия, снижение суточного диуреза.

НАЗОРАТ ГУРУХИДАГИ БЕМОРЛАРДАН ОЛИНГАН КАПИЛЛЯР ВА ВЕНОЗ ҚОН НАМУНАЛАРИДА ГЕМАТОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ МИҚДОРНИ ҚИЁСИЙ БАХОЛАШ

Таджибаева М.Р, Мухамеджанова Н.И, Акназарова Д.Б.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, ТАШВМИ

Гематологик текширувлар— ташхисот жараёнининг муҳим кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Қон умумий конташхиси учун бармоқдан, венадан, кулоқнинг юмшоқ қисмидан олинади. Соғлом одамларда (назорат гурухи) хужайра элементларнинг таркибини қиёсий баҳолаганда веноз ва капилляр қонларида ишончли фарқлар топилган. Вена қонида эркакларда лейкоцитлар сони 15,5% га ($p < 0,001$), аёлларда эса капиллярга қараганда 13,2% ($p < 0,001$) паст. Гематокрит кўрсаткичида ҳам веноз қонида ва капилляр қонида тафовутлар топилди, унинг ўртача қиймати капилляр қонда эркакларда 4,5% га кам, аёлларда эса 4,2% га кам, бу капилляр қонда қўшимча тўқима суюқлиги мавжудлиги билан тушунтирилади. Бундан ташқари капилляр таркибидаги эритроцитлар ва лейкоцитлар кўрсаткичларнинг веноз қонидан фарқи ҳам худди шу сабаб билан тушунтириш мумкин. Вена қонидаги тромбоцитлар сони, аксинча, ишончли равишда юқори. Тромбоцитлар сонининг веноз-капилляр фарқи эркакларда 16,5% ($p < 0,001$), аёллар - 14,0% ($p < 0,001$). Бундай фарқ кўрсаткичлар, эҳтимол, тромбоцитларнинг агрегацияси ва адгезияси жараёнлари билан боғлиқ, яъни бармоқни механик тешилганда хужайралар бузилиши натижасида тромбоцит агрегацияси тўқима омиллари ажралиб чиқиши билан боғлиқ деб ўйлаш мумкин.

Вена ва капилляр қоннинг бошқа параметрлари ўртасидаги фарқ шунингдек ишончли эди, аммо клиник жиҳатдан унчалик аҳамиятга эга эмас эди. Эркакларнинг веноз қонидаги эритроцитлар миқдори капилляр қонга нисбатан 2,9% ($p < 0,001$) кам. Вена ва капиллярда гемоглобин таркибидаги фарқ аёлларда қон 1,6% ни ташкил этди, бу ҳам клиник аҳамиятга эга эмас.

Эритроцитларнинг ўртача ҳажмини аниқлаганимизда, эркакларнинг веноз қонидаги кўрсаткич 2% га паст ($p < 0,001$), аёлларда эса -1,1% ($p < 0,001$). Эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача таркиби ва ўртача концентрацияси текширилаётган одамларнинг веноз ва капилляр қонларида ҳам ишончли фарқ қилади: эркакларда - 3,3% ($p < 0,001$), аёлларда - 2,7% ($p < 0,001$). Шундай қилиб, деярли амалда бўлишига қарамай соғлом одамлар, капилляр ва веноз қоннинг шаклли элементларнинг таркиби мавжуд референс оралиғидан ташқарига чиқмади. Хужайра таркиби кўрсаткичларининг фарқлар ишончилилик даражасини ҳисобга олган ҳолда такрорий гематологик текширувлар учун капилляр ёки веноз қоннинг фойдаланиш мақсадга мувофиқдир, лекин шунда бўлса ҳам веноз қони устунроқ ҳисобланади. Тромбоцитлар сонини ўрганиш учун фақат веноз қон олиш керак, бунга сабаб капилляр қондан фойдаланилганда гематологик таҳлил натижаларининг бузилишига олиб келиши мумкин. Автоматик гематологик текширувларда капилляр қонни текширилганда анализаторнинг ингичка тешигида (капиллярнинг диаметри 75 микрон) терининг бўлакчалари тиқилиб қолиши мумкин; бундан ташқари, бу бўлакчаларни автоматик гематологик анализатор лейкоцит деб ҳисоблаш мумкин, бу эса таҳлил натижаларининг ўзгаришига олиб келади. Веноз ва капилляр қон текширув натижалари статистик ишлов берилганда замонавий компьютер дастурлари ёрдамида ҳисобланганда ҳар бир кўрсаткич учун ўртача квадратик оғиш $\pm 2SD$ ҳисоблаб чиқилган, ва бу маълумотнома референс сифатида қабул қилиш тадқиқот олиб борилган муассаса лабораторияси учун тавсия этишимиз мумкин. Юқоридигиларни инобатга олиб, шундай хулосага келдикки, веноз қонна фақат биокимёвий, гормонал, серологик, иммунологик кўрсаткичларни аниқлаш учун, балки умумий қон таҳлили учун ҳам энг яхши материал ҳисобланади. Веноз қонни олиш, сақлаш, ташиш жараёнларини стандартлаштириш имкони борлиги, хужайраларни минимал даражада ўзгариши ва фаоллашуви, бошқа моддаларнинг аралашмалари (тўқима

суякклиги) тушмаслиги, ва бундан ташқари таҳлилни такрорлаш ёки кенгайтириш (масалан, ретикулоцитлар текширувини кўшиш) имконияти борлиги билан устун туради.

БОЛАЛАРДА ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ҲАҚИДА ШИФОКОРЛАРНИНГ АНОНИМ СЎРОВ НАТИЖАЛАРИ

Тажиева З.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болалар саломатлиги ҳолатида - атроф-муҳитнинг ўзгариши энг сезиларли кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Бугунги кунда дисметаболик нефропатия ривожланишига турли хил хавф омиллари йиғиндиси (экзоген ва эндоген омиллар) сабаб бўлмоқда.

Дизметаболик нефропатия моддалар алмашинуви натижасида келиб чиқувчи касаллик бўлиб, даво чоралари ўтказилмаса интерстициал нефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги, иккиламчи пиелонефрит, буйрак тош касаллиги ривожланишига олиб келиши мумкин. Дисметаболик нефропатияларнинг яққол клиник белгиларсиз намоён бўлувчи бошланғич босқичининг мавжудлиги шифокорлардан ушбу касалликни эрта ташхислаш ва даво-реабилитация ва профилактик чораларни ўз вақтида олиб бориш кераклилигини талаб қилади.

Мақсад: Дизметаболик нефропатия ва уни амалиётда эрта ташхислаш тўғрисида бирламчи тизимдаги шифокорларнинг фикрларини аноним сўровнома орқали ўрганиш.

Материал ва усуллар: Хоразм вилояти Урганч шаҳридаги 2 ва 3- сон оилавий поликлиникалар, Гурлан ва Шовот туманидаги марказий поликлиникалардаги 124 нафар УАШ ва педиатрларда аноним сўровнома ўтказилди. Сўровномада иштирок этган шифокорларнинг иш тажрибаси бўйича тақсимланиши: 5 йилгача бўлганлар 29% ни, 5-10 йилгача 19,35 % ни, 10-15 йилгача 26,6 % ни, 15 йил ва ундан ортиқ иш стажи бўлганлар 25 % ни ташкил қилди. “Дизметаболик нефропатия тўғрисида биласизми?” деган саволга 74,1%, шифокорлар ижобий жавоб, “Маълумотга эгаман” -22.5%, “Қизиқмаганман” дея 3.2% жавоб олинган. Иштирокчиларнинг 28% дисметаболик нефропатияларни даволаш учун антибиотиклар, диуретиклар, фитопрепаратлар комбинациясини белгилашган. 18,6% диуретиклар, фитопрепаратлар ва диетотерапия билан биргаликда қўллашган. Натижадан шуни кўриш мумкинки, кўпчилик шифокорлар болаларни даволашда фитопрепаратлар билан биргаликда пархезни, 12,7 % эса фақат пархез билан чекланишларини қайд этишган. Дисметаболик нефропатияси бўлган болаларни қайта текширув ўтказасизми деган саволимиз бўйича “Йўқ” жавобини 56% шифокорлар белгилашган. Шифокорларнинг 74% дизметаболик нефропатия билан оғриган болаларга реабилитацион чоралар ўтказмасликларини қайд этишган. 60% дан ортиқ шифокорлар оксалат нефропатияли болаларда пархез ўтказмасликларини қайд қилганлар.

Хулоса. Ўтказилган аноним сўровнома шуни кўрсатдики бирламчи тизимда фаолият кўрсатаётган шифокорлар болалардаги дизметаболик нефропатия ташхисига жиддий ёндашмайдилар, касаллик аниқланган ҳолда ҳам болаларга даволаш ва реабилитацион чораларни ўз вақтида олиб боришмайди. Вахоланки, дизметаболик нефропатиялар бу модда алмашинуви бузилиши билан кечадиган касаллик ҳисобланиб, жиддий эътиборни талаб қилади.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Таджиева З.Б.

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Обменная нефропатия составляет от 27% до 64% в структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей, а в повседневной практике врача

общей практики синдром обменных нарушений в моче отмечается практически у каждого третьего больного. Оксалатная нефропатия представляет собой прогрессирующее воспаление канальцев и межпочечной ткани почек, приводящее к развитию хронической почечной недостаточности. Распространенность оксалатной нефропатии в экологически неблагоприятных регионах стоит на одном из первых мест. Лечение обменных нефропатий как полиэтиологических заболеваний должно быть комплексным: необходимо воздействовать и на причинный фактор, и на механизмы, способствующие литогенезу.

Цель. Улучшение состояния здоровья детей, путём внедрения в рацион питания продуктов, выращенных в Хорезмской области, содержащих в малом количестве щавелевую кислоту и соль.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 200 детей в возрасте от 3 до 14 лет, проживающих в Хорезмской области. Исследование проводилось с 2017 по 2019 годы. Всем детям проводили исследование общего анализа мочи, УЗИ почек, биохимический анализ крови. Уровень оксалатов в моче определяли до и после лечения (качественный метод).

Результаты. Характер питания и питьевой режим являются важными факторами реализации дисметаболических нефропатий. Для оксалатной нефропатии важен учет содержания щавелевой кислоты в продуктах питания. Нами была разработана диета с учетом региональных особенностей питания детей. Дети в зависимости от диетотерапии были разделены на две группы: первая группа – дети, которые не получали диетотерапию (n=50), вторая группа – дети, которым была назначена специальная диетотерапия (n=150). Из рациона детей с оксалатной нефропатией были исключены продукты, содержащие щавелевую кислоту: шпинат, бобовые, цитрусовые, шоколад, газированные напитки, кислые сорта яблок, сливы. Ежедневный рацион детей включали такие продукты, как молочно-кислые, печень, картофель, капуста. Для каждого ребенка был составлен недельный рацион, который включал продукты с меньшим количеством оксалатов. Помимо рациональной диеты в лечении оксалатных нефропатий уделяли большое внимание правильному питьевому режиму. Мы рекомендовали употреблять до 1,5 л жидкости в зависимости от возраста ребенка. До лечения у всех детей определяли оксалаты в моче 4 и более плюсов. У большинства детей (58%) в анализе мочи было соли оксалатов в большом количестве. После специальной диетотерапии уровень оксалатов в моче составил $0,4 \pm 0,2$. У детей, которые находились на обычном питании уровень оксалатов составил $2,5 \pm 0,3$. СКФ у детей основной группы до лечения составил в среднем

Заключение. При составлении диетических программ следует прежде всего обращать внимание на содержание в продуктах питания оксалатов. Коррекция метаболических нарушений при дисметаболических нефропатиях у детей не только способствует восстановлению обменных процессов, но и позволяет предотвратить развитие и прогрессирование хронической болезни почек. При составлении диетотерапии для детей, целесообразным является применение продуктов питания, с учетом региональных особенностей.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХИТОВ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тошметова Б.Р., Илхомова Х.А., Алявия М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Заболевания органов дыхания остается актуальной проблемой в педиатрии в целом. Болезни органов дыхания определяют уровень детской заболеваемости, при этом структура респираторной патологии зависит от возраста ребенка, а факторы риска при определенных условиях имеют решающее значение в формировании патологического процесса [1-6]. Особое место среди разнообразной респираторной патологии занимают бронхиты, пик заболеваемости которыми регистрируется у детей раннего возраста [3, 4].

По данным Министерства Республики Узбекистан частота встречаемости бронхитов составляя 20-25% в структуре всех соматических заболеваний [8]. По данным российских ученых более 50% детей с бронхитами имеют сопутствующую патологию, которая оказывает влияние на течение основного заболевания, приводя к удлинению сроков пребывания в стационаре на 3-4 дня. Специфика течения респираторных заболеваний у детей с неблагоприятным преморбидным фоном отмечена в ряде научных исследований и в других странах [5-7], что подтверждает высокую значимость проблемы коморбидности в клинической практике [8].

Цель исследования. Изучить структуру распространённости острых бронхитов с сочетанными патологиями у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами было изучено 95 историй болезни детей раннего возраста находящегося на стационарном лечении с диагнозом Острый бронхит в клинике ТашПМИ, в возрасте от 1 года до 3 лет. Клинико-лабораторное обследование детей проводилось с использованием общепринятых физикальных методов. Осуществлялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. При наличии показаний использовались биохимический анализ крови, рентгенография придаточных пазух носа, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭЭГ, электромиография, УЗИ сердца с доплеровским анализом.

Результаты и обсуждения. По данным нашего исследования было выявлено, что у 25% детей заболели впервые за 1 год жизни, 35% детей до 2 лет получают стационарное лечение 2-3 раза в год и дети 40% в возрасте 3 года болеют часто но, стационарное лечение получают впервые. Среди обследованных детей 25% были на искусственном вскармливании, 35 на смешанном вскармливании. У 35% детей в анамнезе имеется Перинатальная ишемическая энцефалопатия. Отягощенный семейный анамнез по атопии и ее проявления в виде атопического дерматита у детей встречался в 38.5% случаев. Нередко имеет место обострение кожных аллергических проявлений. В начале заболевания в гемограмме у половины больных имеет место нормальное число лейкоцитов, у трети — нейтрофильный лейкоцитоз, анэозинофилия. Число эозинофилов в периферической крови нарастает по мере снижения активности кожного процесса. Более выраженная интоксикация у детей было в сочетании с тимомегалией выявлено при рентгенологическом исследовании. Более чем в половине 25,3% случаев острое воспаление бронхов у детей с тимомегалией протекало на фоне фебрильной лихорадки, причем лихорадочный период может пролонгироваться свыше одной недели. В ходе наблюдения у детей до 1 года 35%-случаев было микроциркуляторные расстройства в виде бледности и мраморности кожного покрова, тахикардия, не соответствующая уровню лихорадки. У детей 3 лет имеет место интермиттирующий кашель, купирующийся не ранее второй-третьей недели болезни. Физикальные изменения в бронхолегочной системе проявлялись сухими и влажными хрипами в сочетании с жестким дыханием и эмфизематозностью легких, которые уменьшаются на фоне лечения примерно на второй неделе. Сочетании бронхита с кристаллурией и дисметаболической нефропатией было у 45,6% в основном у девочек выявлялся в 2 раза больше чем у мальчиков, а также было выявлено впервые структурными аномалиями в мочевом тракте у 5 детей до 1 года, у которых была фебрильная лихорадка продолжительностью до трех-пяти суток. У других детей наблюдалась симптомы умеренной интоксикации. У подавляющего 55,9% детей кашель имел интермиттирующего характера со сроками ликвидации не позже второй-трех недель от начала основного заболевания. Физикальные респираторные проявления слабо выражены и непродолжительны. В гемограмме у 65,8% больных воспалительные изменения отсутствовали. Изменения мочевого осадка проявляются кристаллурией, чаще в виде оксалатурии. У всех детей наблюдалась Анемия, которая оказывает усугубляющее влияние на течение бронхита за счет гипоксических нарушений, связанных с ухудшением транспорта кислорода в ткани, обусловленным сниженным содержанием эритроцитов и гемоглобина. У большинства детей бронхит сопровождался вялостью, слабостью,

ухудшением сна, аппетита и мышечной гипотонией. В гемограмме отмечалась вариабельность числа лейкоцитов: у трети — нормальное количество, у четверти — невыраженный лейкоцитоз, у остальных — лейкоцитопения. Нормализация лейкоцитограммы крови происходила в обычные сроки — на второй неделе. Уровень гемоглобина у большинства детей соответствовал легкой, а у каждого десятого больного — среднетяжелой анемии, которая чаще являлась гипохромной.

Выводы. Острые бронхиты, коморбидные с сопутствующими заболеваниями, различаются своеобразием течения. Наличие сопутствующей анемии сопровождается выраженностью гипоксических нарушений, обусловленных ухудшением транспорта кислорода в ткани при относительно бедных симптомах поражения бронхов. В случае коморбидности бронхита с дисметаболическим поражением почек физикальные респираторные проявления слабо выраженные и непродолжительные. Сочетание бронхита с атопическим дерматитом сопровождается респираторными нарушениями с преобладанием гиперпродукции бронхиального секрета. Тенденция к тяжелому и затяжному течению бронхита прослеживается при его наслоении на заболевания с изменением иммунологической реактивности. Так, бронхит на фоне тимомегалии нередко протекает с пролонгированной фебрильной лихорадкой, завершающейся длительным субфебрилитетом, а также микро-циркуляторными расстройствами.

Литература .

1. Богдельников И.В., Подлипаев Н.Д., Скубенко Г.И., Уммофия М. Об обструктивном синдроме при респираторных заболеваниях у детей // Педиатрия. — 1981. — № 1. — С. 7779.
2. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94104.
3. Кролик Е.Б., Лукина О.Ф., Реутова В.С., Дорохова Н.Ф. Бронхообструктивный синдром при ОРВИ у детей раннего возраста // Педиатрия. — 1990. — № 3. — С. 812.
4. Недельская С.Н., Боярская Л.Н., Шумная Т.Е. и др. Факторы риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Здоровье ребенка. — 2007. — № 3(6). — С. 1417.
5. Охотникова Е.Н. Синдром бронхиальной обструкции инфекционного и аллергического гнезда у детей раннего возраста и муколитическая терапия // Здоровье ребенка. — 2007. — № 3. — С. 79.
6. Ильенкова Н. А. Оптимизация диагностики и лечения болезней органов дыхания у детей (на примере Красноярского края). Автореф. дис. ... д.м.н. Красноярск, 2007. 28.
7. Таточенко В. К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. 7-изд., перераб.идоп. М.: Боргес, С. 2019. 300
8. Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р. Частота встречаемости бронхообструктивного синдрома при внебольничной пневмонии у детей младшего школьного возраста // Илмий-амалий журнал “Педиатрия”. Ташкент, 2020. С. 90-92

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИГА КАРАНТИН-ЧЕКЛОВ ТАДБИРЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Умиров С.Э., Умирзаков З.Б., Юсупов Ш.Р., Заирова Н.Т., Авезов Б.Б., Рахматов М.М.,
Маткурбанов Х.И.

*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,
Самарқанд Давлат тиббиёт институти*

Самарқанд вилоятида COVID-19 қайд этилиши 2020 йил апрель ойида бошланди ва ноябрь ойининг охирига қадар жами 2506 нафар шахсларда ушбу касаллик кузатилди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, апрель ойида жами касалланиш ҳолатларининг 1,9% қайд этилган, май ойида (11,0%) касалланишнинг кескин - апрель ойига қараганда 5,8 марта ўсиши кузатилди. Июнь ойида (6,9%) касалланишнинг бирмунча – май ойига нисбатан 1,6 марта пасайиши қайд этилди. Лекин июль ойида (23,3%) касалликнинг қайтадан кескин, яъни июль ойига нисбатан 3,4 марта ўсиши кузатилди, бу апрель ойига қараганда 12,4 марта юқорирок. Касалланишнинг юқори кўрсаткичлари август (25,9%) ва сентябрь (22,3%) ойларида ҳам барқарор сақланиб қолди. Мавсумийлик индекси 2,5 ни, мавсумийлик коэффициенти эса 71,5% ни ташкил этди. Октябрь (8,0%) ва ноябрь (0,7%) ойларига келиб

касалликни кескин камайтиришга эришилди. Ўзбекистонда COVID-19 муносабати билан биринчи қатъий карантин 2020 йил 30-мартдан то 8-майга қадар ўрнатилди. Карантин-чеклов тадбирларининг касалланиш жадаллигига таъсирини баҳолаш учун COVID-19 ҳолатлари ҳар ойнинг 5 кунликлари кесимида таҳлил этилди. Мазкур тадбирларнинг самараси ўлароқ, вилоятда касалланишнинг биринчи тўлқини май ойининг охирида (салкам 2 ой мобайнида) бартараф этилди. Вилоятда июнь ойининг дастлабки икки 5 кунлигида COVID-19 билан касалланиш ҳолатлари қайд этилмади. Лекин июнь ойининг учинчи 5 кунлигидан бошлаб касалланишнинг иккинчи тўлқини бошланиб, июль ойининг иккинчи ўн кунлигида энг юқори даражаси қайд этилди ва бу ҳолат республикадаги умумий эпидемик вазиятга монанд ҳолат эди. Шу боисдан республикада иккинчи қатъий карантин (10-июль - 11-август 2020 й.) жорий этилди. Шунга қарамасдан Самарқанд вилоятида COVID-19 билан касалланишнинг иккинчи тўлқини июнь ойининг учинчи 5 кунлигидан то октябрь ойининг тўртинчи 5 кунлигига қадар – тўрт ой давом этди. Ўтказилган таҳлиллар, карантин-чеклов тадбирлари COVID-19 эпидемик жараёнини бошқариш борасида самарали, лекин нисбий таъсир этиш салоҳиятига эга эканлигини, яъни мазкур тадбирлар мажмуаси юмшатилиши ёки тўхтатилиши билан касалланиш қайта ўса бошлашини кўрсатди. Эпидемик жараённинг бундай кўринишда намоён бўлиши ҳаво-томчи механизм билан юқувчи экзотик касалликлар, жумладан COVID-19 учун табиий ҳолдир. Касалланишнинг биринчи тўлқинига нисбатан иккинчи тўлқинининг юқори жадалликда ва узоқроқ муддат давом этиши, четдан касаллик кириб келгач вақт ўтгани сайин аҳоли ўртасида инфекция манбалари сонининг ошиши ва нозоареал кенгайиши билан изоҳланади.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ХУДУДИЙ ТАҚСИМЛАНИШИ

Умиров С.Э., Умирзаков З.Б., Юсупов Ш.Р., Рахматов М.М., Аvezов Б.Б., Заирова Н.Т.,
Матқурбанов Х.И.

*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,
Самарқанд Давлат тиббиёт институти*

Самарқанд вилояти бўйича COVID-19 билан касалланишнинг ўртача интенсив кўрсаткичи ҳар 100000 нафар аҳолига нисбатан 62,9 дан иборат бўлиб, касаллик ҳолатлари вилоятнинг барча маъмурий ҳудудларида қайд этилган. Ўртача вилоят кўрсаткичига қараганда юқори кўрсаткич Самарқанд (176,7) ва Каттакўрғон (109,1) шаҳарларида ҳамда Самарқанд шаҳрига ёндош - Тайлоқ (102,6), Самарқанд (91,5) ва Оқдарё (81,0) туманларида кузатилди. Шаҳар муҳити COVID-19 касаллиги эпидемик жараёнига қай даражада хавф омили сифатида таъсир кўрсатишини янада ёрқинроқ ойдинлаштириш мақсадида, вилоят ҳудуди “шаҳарлар”, “шаҳар олди туманлари” ва “қишлоқ туманлари” га ажратилиб таҳлил этилди.

Таҳлил натижаларига кўра, “шаҳарлар” аҳолиси касалланишининг кўрсаткичи (168,6) “шаҳар олди туманлари” аҳолиси касалланишига (92,5) қараганда 1,8 марта, “қишлоқ туманлари” аҳолиси касалланишига (28,6) нисбатан 5,9 марта юқори ($p < 0,05$). Вилоят аҳолисининг COVID-19 билан касалланиши таркибида “шаҳарлар” аҳолисининг улуши 46,0% ни, “шаҳар олди туманлари” аҳолиси ҳиссаси 23,6% ни ва “қишлоқ туманлари” аҳолисининг ҳиссаси 30,4% ни ташкил этади. Таҳлиллар “шаҳарлар” аҳолисининг COVID-19 билан касалланиш нисбий хавфи “шаҳар олди туманлари” аҳолисига қараганда 1,9 марта, “қишлоқ туманлари” аҳолисига нисбатан эса 6,1 марта юқори эканлигини кўрсатади. Демак, COVID-19 тарқалиши учун шаҳарлар ва шаҳар олди туманлари “хавфли ҳудуд” га, мазкур ҳудудлар аҳолиси эса “хавф гуруҳи” га мансуб.

Касаллик эпидемик жараёни жадаллигидаги мазкур тафовут, аввало, шаҳарлар ва туманларда аҳоли зичлигининг турлича эканлиги билан изоҳланади. Шаҳар аҳолиси зичлигига аҳоли сонининг “маятниксимон тебраниши” ни белгиловчи омиллар ҳам таъсир

кўрсатади. Шу билан бирга таъкидлаш жоизки, экзотик юқумли касалликлар учун, аксарият холларда, дастлаб маъмурий марказларга келтирилиш ва ушбу жойдан радиал тарзда атроф худудларга тарқалиш хос. Яъни, шаҳарда маъмурий, ижтимоий, ишлаб чиқариш, таълим, тижорат, соғлиқни сақлаш ва бошқа шулар каби кўплаб объектларнинг концентрациялашуви аҳоли зичлигига таъсир этиш баробарида, мазкур объектларга туманлардан мурожаат этувчилар орқали касалликнинг вилоят бўйлаб ёйилишига ҳам хизмат қилади.

ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ВАКЦИНАЦИИ

Умиров С.Э., Юсупов Ш.Р., Умирзаков З.Б., Заирова Н.Т., Калниязова И.Б., Рахматов М.М., Аvezов Б.Б., Матқурбанов Х.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Самаркандский Государственный медицинский институт

Отказ от прививок в связи с различными предложениями приводит к снижению иммунной прослойки населения. Если же количество охваченных вакцинацией против какой-нибудь инфекции превышает 95%, эпидемический процесс данной инфекции, как правило, прекращается. Напротив, снижение числа вакцинированных неминуемо приводит к утрате коллективной защиты и, как следствие, к возникновению случаев заболеваний. Несмотря на то, что на современном этапе развития во многих странах проблемным вопросом вакцинации является тенденция к увеличению количества отказов, исследования в этом направлении носили «фрагментарный» характер и были направлены в основном на изучение побочных действий и осложнений впоследствии вакцинопрофилактики. Не подвергнута глубокому анализу причины увеличения отказа от иммунизации со стороны граждан/родителей.

Целью данного исследования явилось определить причины отказа населения от иммунизации и разработать рекомендации по полноценному охвату иммунизацией. В рамках исследования проанкетировано 211 человек. При сборе материалов и формировании групп респондентов соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности. Методом анкетирования опрошено 211 респондентов. По возрасту респонденты распределены следующим образом: лица в возрасте 18-29 лет составили 53,5%, в возрасте 30-39 лет составили 31,3% и в возрасте 40-49 лет – 10,0%. На долю лиц старше 50 лет приходится 5,2% опрошенных. Группы респондентов характеризуются сравнительно однородным составом по уровню образования. Основная часть (91,0%) респондентов имеют высшее образование - 46,0% и среднее специальное образование - 45,0%, меньшее количество респондентов имеют среднее образование - 9,0%. Исследование, проведенное нами показывает, что основными причинами отказов от вакцинации являются: Боязнь осложнений после прививки - 29,8% и Религиозные и философские взгляды - 26,1%. Мнение, что лучше переболеть - 15,7%. Убеждение, что нет риска заразиться инфекцией, против которой, проводится прививка - 10,0%. Уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций - 8,0%. Недоверие к официальной медицине - 5,2%. Прививка не защитит от болезни - 3,8%. Другие причины - 1,4%.

Таким образом, требуется усиление работы по санитарной грамотности населения. Необходимо активное внедрение образовательных программ по повышению квалификации медицинских работников по вопросам развития коммуникативных навыков убеждения о необходимости и важности иммунизации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛИЗА ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Фазилова Ш.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Множественная миелома (ММ) - злокачественное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, синтезом патологического белка, поражениями костей и почек [4]. Введение современных методов исследования позволило повысить уровень диагностики ММ, за счет определения иммунохимических вариантов заболевания, которые отличаются особенностями клинического течения и исхода патологического процесса.

Цель. Внедрение метода забора стволовых-клеток путем афереза, их хранение и анализ эффективности аутотрансплантации гемопоэтических стволовых клеток у больных ММ.

Методы. В исследование включено 100 больных (медиана возраста - $50 \pm 2,3$ лет; мужчин - $n=50$, женщин - $n=50$) с диагнозом множественная миелома (ММ), находившихся на диспансерном учете и лечении в период с 2013 по 2019 гг. в научно-исследовательском институте Гематологии и переливания крови МЗ РУз (Узбекистан, г. Ташкент. При верификации диагноза согласно общепринятым международным критериям диагностики учитывали клинические и лабораторные показатели и иммунологические варианты продукции иммуноглобулинов типов тяжелых и легких цепей [22]. Иммунохимическое исследование включало электрофорез с иммунофиксацией белков сыворотки крови на анализаторе фирмы "Interlab Pretty" (Italy) с использованием реактивов этой же фирмы. Выделение из периферической крови клеток фракции CD34+ проводили методом лейкоцитозифереза, с использованием оборудования для цитоплазмафереза марки «Fresenius» (Германия). Выделение проводили после предварительной 4-6 дневной стимуляции выхода клеток в сосудистое русло, с использованием гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) и препарата «Нейпоген». Выделенные клетки замораживали в растворе диметилсульфоксида (DMCO) до достижения 10% концентрации при -196°C . На цитофлуориметре «BD CALIBUR» определяли общее число ГСК, CD34+ и CD45+, а также определяли соотношение до и после афереза. Перед трансплантацией определяли количество живых ГСК. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Больным с диагнозом множественной миеломы (ММ), включенным в исследование, успешно поведена терапия гемопоэтическими клетками. Анализ уровня гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) в сосудистом русле у пациентов, в зависимости от срока введения Г-КСФ и препарата «Нейпоген», показал наибольший выход клеток на 4-6 сутки применения. Следует отметить, что исследованиях была отмечена высокая вариабельность показателей. Так, если у 16 (80,0%) пациентов уровень ГСК составил от $4,5 \times 10^6$ клеток до $11,62 \times 10^6$ кл, то у 4 (20,0%) он составил $1,4-0,38 \times 10^6$ клеток. По-видимому, это было связано с воздействием длительного курса терапии больных с диагнозом множественной миеломы (ММ) алкилирующими агентами на эффективность мобилизации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). Всем больным с диагнозом множественной миеломы (ММ) ($n=20$), включенным в исследование, успешно поведена терапия гемопоэтическими клетками. Анализ уровня гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) в сосудистом русле у пациентов, в зависимости от срока введения Г-КСФ и препарата «Нейпоген», показал наибольший выход клеток на 4-6 сутки применения. При этом средний выход гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) составил $5,806 \pm 0,95 \times 10^6$ кл и $3,637 \pm 0,77 \times 10^6$ кл клеток, соответственно на 5-й и 6-й дни взятия пробы. Следует отметить, что в наших исследованиях была отмечена высокая вариабельность показателей. Так, если у 16 (80,0%) пациентов уровень ГСК составил от $4,5 \times 10^6$ клеток до $11,62 \times 10^6$ кл, то у 4 (20,0%) он составил $1,4-0,38 \times 10^6$ клеток. По-видимому, это было связано с воздействием длительного курса терапии больных с диагнозом множественной миеломы (ММ)

алкилирующими агентами на эффективность мобилизации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК).

Заключение. Обобщая вышеприведенные данные, можно заключить, что нами успешно освоена терапия ММ аутологичными ГСК, и, в частности, аферез гемопоэтических клеток периферической крови, который имеет в перспективе широкие возможности для его применения при различных заболеваниях. Результаты проведенного исследования показывают наличие клинической эффективности применения афереза клеток периферической крови, как компонента аутологичной терапии ММ гемопоэтическими клетками в условиях клиники. Проведенное лечение в обеих группах больных ММ свидетельствует об улучшении как клинического, так и лабораторного статуса. Однако, динамика изученных клинических и лабораторных параметров после лечения во 2-группе отличалась наибольшим восстановлением в сравнении с 1-группой, что выражалось клинически в исчезновении характерной симптоматики ММ, лабораторно - большего прироста гемоглобина, эритроцитов и тромбоцитов, снижением СОЭ в крови, а также уровня плазмоцитов в костном мозге.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИКИ УРГЕНЧЕСКОГО ФИЛИАЛА ТМА

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение: Изучить частоту выявления и характеристику больных с фибрилляцией предсердий среди пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение клиники Ургенческого филиала ТМА.

Материал и методы: Производился анализ медицинской документации пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение клиники Ургенческого филиала ТМА в первом квартале 2021 года. Из 48 пациентов у 15 (31%) была зарегистрирована фибрилляция предсердий (ФП), при этом у 3 (20%) - пароксизмальная ее форма, у 4 (27%) - персистирующая и у 8 (53%) - постоянная форма ФП. Для оценки клинической характеристики пациентов использовались общепринятые интегральные рискометры: CHA₂DS₂-VASc для определения риска ишемического инсульта и системных тромбоэмболий, и шкала HAS-BLED для оценки риска кровотечений.

Результаты: Каждый третий пациент, госпитализированный в терапевтическое отделение клиники Ургенческого филиала ТМА, страдал фибрилляцией предсердий. Пациенты с ФП были значительно старше больных без данного нарушения ритма. Так, их средний возраст составил 65,04±11,5 лет, тогда как у кардиологических больных без фибрилляции предсердий – 58,3±10 лет.

При анализе риска ишемического инсульта и системных тромбоэмболий с использованием шкалы CHA₂DS₂-VASc было получено, что средний балл пациентов с ФП, госпитализированных в терапевтическое отделение клиники Ургенческого филиала ТМА, составил 3,54±1,2. Кроме этого, в данной категории больных также был высок и риск кровотечения, и по данным шкалы HAS-BLED он составил 2,1±1 балл.

Заключение: Таким образом, фибрилляция предсердий встречалась у каждого третьего пациента (31%), госпитализированного в терапевтическое отделение клиники Ургенческого филиала ТМА. Пациенты, страдающие ФП, отличались более старшим возрастом по сравнению с другими госпитализированными больными. Риск развития инсульта и системных тромбоэмболий в исследуемой категории, а также риск кровотечения явился очень высоким, что обязывает врачей к назначению наиболее эффективных и безопасных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий.

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ КОВИД 19

Хаитов А.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Коронавирусная инфекция бьет абсолютно по всем функциональным системам человеческого организма. Коронавирус сильно вредит сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной и нервной системам. Крайне негативно он влияет и на суставы, а также мышцы человека.

Практически каждый второй человек, даже бессимптомно перенесший ковид 19, сталкивается с проблемами в суставах. Причем, проявляться это может абсолютно по-разному. Согласно статистическим данным ВОЗ, общая картина следующая:

на первом месте стоит боль в позвоночнике, которая особенно сильно мучает и угнетает пациентов;

второе место разделили болевые ощущения в области шеи, головы или суставах конечностей;

третье место досталось тазобедренному суставу, а также коленям.

Полученные после заражения коронавирусной инфекцией серьезные осложнения, в число которых входит ревматоидный артрит, аутоиммунный миозит или воспаление фаланг пальцев ног, получившее название «ковид-пальцы», являются результатом «атаки организма».

Артрит и другие поражения соединительных тканей после коронавируса развиваются в результате воздействия двух факторов:

Токсинов, образующихся при гибели пораженных вирусом клеток. В результате разрушения зараженных клеток выделяется множество веществ, являющихся стимуляторами воспалительных процессов. Вместе с кровью они разносятся по всему организму, что может привести к возникновению воспаления в различных суставах, мышцах, либо органах.

Аутоиммунных процессов. Выздоровление происходит благодаря тому, что иммунная система учится вырабатывать антитела, уничтожающие вирусные частицы. Кроме этого, играет большую роль в подавлении инфекции быстрое распознавание и уничтожение собственных клеток, зараженных коронавирусом. При этом вырабатываются специфические антитела, которые могут воздействовать и на здоровые клетки, разрушая их и вызывая ревматоидный артрит и другие патологии.

Большинство пациентов с нарушениями опорно-двигательной системы после коронавируса восстанавливаются, однако для некоторых людей последствия могут быть гораздо серьезнее.

ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК- ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ

Хамраев А.А., Юлдашева Д.Х.

Тошкент тиббиёт Академияси.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

Тадқиқот ишининг мақсади: - жигар ноалкогол ёғ хасталиги (ЖНАЁХ) ни стеатоз ва стеатогепатит босқичида клиник-лаборатор маркёрлари орқали баҳолаш

Текшириш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга ЖНАЁХ ташхисланган 98 нафар беморларнинг 53 (54%) нафари аёл, 45 (46%) нафари эркак жинсига мансуб бўлиб, ёши 20 – 75 (ўртача 49,2±4,2) йилни ташкил этди. 98 нафар бемордан 67 (68,3%) жигар стеатози (ЖС) босқичи, 31 (31,6%) стегепатит (СГ) босқичидаги беморлар. Алкоголли жигар ёғ хасталигини инкор этиш учун анамнез (даврий алкоголли ичимликлар ичмаслиги) йиғилди ҳамда махсус CAGE сўровномаси орқали ажратиб олинди. Текшириш давомида

амалий 24 нафар соғлом шахслар (ёши 20-65) билан қиёсий баҳоланди. Қон зардобиди липид профили: умумий холестерин (ХС), холестерин зичлиги паст бўлган липопротеидлар (ЗПЛП), холестерин зичлиги жуда паст липопротеидлар (ЗЖПЛП), холестерин зичлиги юқори бўлган липопротеидлар (ЗЮЛП), триглицеридлар (ТГ) текширилди. Олинган натижалар Атерогенлик коэффициенти (АК) формуласи орқали ҳисобланди: $AK = \frac{ХС_{ЗПЛП} + ХС_{ЗЖПЛП}}{ЗЮЛП}$. Семизлик даражаси Кетле индекси бўйича: $ТМИ = \frac{оғирлик (кг)}{бўй (м^2)}$. Олинган маълумотлар Стъюдентнинг t – мезони қўлланган ҳолда статистик қайта ишланди ва $P < 0,05$ эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Натижалар ва таҳлиллар. Тадқиқот ишидан, ЖНАЁХ СГ да учрайдиган клиник белгилар жигар стеатозига нисбатан юқори частотада учради. Ундан ўнг қовурға остида нохушлик, оғирлик ҳисси 58,06 %, кекириш СГ да (67,7%), жигар стеатозида 47,7% ни, ич қотиши СГ да 54,8% ни, ЖС да эса нисбатан камроқ учраб, 31,3% ни эгаллади. ЖНАЁХ да жигар функционал ҳолатини ўрганишда унинг липид метаболизмни текшириб, таҳлил қилинди. ЖНАЁХ да дислипидемия ТГ 1,9 ммоль/л дан юқорилиги, ХС ЗЮЛП < 1 ммоль/л дан пастлиги, АК 6 ммоль/л дан юқори қайд этилди. Билирубин даражаси назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада ошди. ЖС да цитолиз кўрсаткичлари даражаси СГ да соғлом ва ЖС га қараганда юқорироқ АЛТ 88,6 6- 8 марта ва АСТ 48,2 3-4 марта кўрсаткич юқорилиги аниқланди. Ишқорий фосфатаза СГ да 1,5—2,5 марта юқорилиги кўрилди. Шундай қилиб, ЖНАЁХ да клиник белгилар, лаборатор таҳлиллар, пигмент алмашинуви, цитолиз ва холестази натижалари ЖС га нисбатан СГ да нисбатан юқорилиги баҳоланди. Бизнинг корреляцион таҳлилимиз ЖНАЁХ стеатоз, стеатогепатит босқичида, умумий холестерин ЗПЛП билан ЗЮЛП ўзаро манфий боғлиқликда бўлди.

ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хажиев С.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Введение: Фибрилляция предсердий (ФП) способствует возникновению и прогрессированию сердечной недостаточности и системных тромбозов. ФП возникает как при здоровом сердце, так и при его заболеваниях. Однако именно такая полиэтиологичность затрудняет понимание причин и механизмов ФП и не позволяет разработать программу патогенетически обоснованной профилактики.

Цель исследования: установить степень риска ФП при различных заболеваниях и патологических отклонениях в здоровье.

Материал и методы: У 40 больных с ФП, 12 - пароксизмальной, 8 – персистирующей, 20 – постоянной формой исследованы липидограмма, уровень артериального давления (АД) и вариабельности сердечного ритма при суточном мониторинговании ЭКГ, наличие и степень дилатации предсердий при эхокардиографии (ЭхоКГ), дисфункция эндотелия сосудов доплерографически. Проведен ретроспективный анализ 14 историй болезни пациентов с ФП.

Результаты: Лиц без наличия сопутствующих заболеваний не выявлено. Основным диагнозом 5 (35,7%) у больных ФП был диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим кардиосклерозом 4 (28,6%). Остальные случаи 3(21,4%) ФП связывались с миокардитическим кардиосклерозом – 2(14,3%). Возникновение пароксизмов ФП при ГБ в большинстве случаев ассоциировалось с повышением АД, однако из-за нерегулярного контроля за АД невозможно определить предшествовало ли оно возникновению пароксизма ФП, или возникало на его фоне. В 12,0% ФП сопутствовал хронический пиелонефрит (у 30% больных в активной фазе, сопровождавшейся пиурией, повышением СОЭ и лейкоцитозом), с одновременным наличием ГБ у 5,0% пациентов; скорость клубочковой фильтрации сохранялась в пределах – 80-110 мл/мин. У 11,0%

обследованных в историях болезни отсутствовал анализ на содержание глюкозы в крови. Недостаточно настойчиво у больных с ФП исследовался и липидный обмен. Данные о содержании общего холестерина и его фракций отсутствовали у 12,0% больных. В то же время дислипидемия выявлялась у 25,0% больных ФП. В 8,0% случаев ФП сочеталась с хронической обструктивной болезнью легких и приемом бронхолитиков. ЭхоКГ выявила дилатацию предсердий у 4,0% больных пароксизмальной формой ФП, у 8,0% больных персистирующей формой ФП, у 58,0% больных постоянной формой ФП.

Заключение: Высокий риск ФП отмечается у больных ГБ, но эффективный контроль уровня АД у них отсутствует. Несмотря на явные ассоциации ФП с нарушениями углеводного и холестерина обмена, их исследование осуществляется не у всех пациентов с ФП. У больных с ФП, ГБ выявлены общие механизмы (высокая степень дисфункции эндотелия, вегетативного дисбаланса, дислипидемии и содержания провоспалительных цитокинов).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ В КОНТРОЛЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ходжиева Г.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Изучение отношения пациентов к назначенной терапии и степени ее соблюдения является достаточно новым направлением научных исследований. Начало третьего десятилетия 21 века характеризовалось бурным развитием и распространением электронных «гаджетов» во всех аспектах жизни общества. В связи с этим, одним из наиболее актуальных направлений медицины на сегодняшний день является совершенствование процесса диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний посредством внедрения специальных мобильных приложений. Огромным преимуществом подобных программных обеспечений является то, что «гаджеты» (смартфоны, планшеты, ноутбуки, смарт-часы) находятся в руках среднестатистического человека, по данным социологических исследований, на протяжении 12-16 часов в сутки, что обуславливает их высокий потенциал в плане воздействия на пациента.

Цель исследования. Оценка эффективности современных мобильных приложений, предназначенных для контроля приема медикаментов, в процесс терапии пациентов с анемией, и оценка их эффективности в плане повышения комплаенса пациентов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов с железодефицитной анемией средней степени (уровень гемоглобина 90-70 г/л). Средний возраст пациентов составлял $24,23 \pm 3,42$ лет. Распределение по полу: 48 женщин (80%) и 12 мужчин (20%).

Все пациенты получали амбулаторное лечение ПЖ. В исследование были включены лишь пациенты принимавшие ПЖ Fe (III) (железа гидроксид полимальтозат) для того чтобы исключить влияние побочных эффектов от приема препаратов (в случае с ПЖ Fe (II)), которые могут повлиять на комплаенс пациентов. В ходе лечения пациенты, включенные в рассматриваемую выборку принимали различные торговые наименования ПЖ Fe (III), среди которых наиболее часто использовались Мальтофер и Феррум Лек. Дополнительно к приему ПЖ назначался прием препаратов аскорбиновой кислоты или поливитаминных комплексов.

Нами было выбрано приложение «MyTherapy». Данное приложение распространено в интернете и доступно для бесплатного скачивания на устройства, работающих как на Android, так и на IOS.

Результаты. Анализ результатов оценки приверженности по шкале Мориски-Грина через 3 месяца терапии показал, что доля неприверженных лечению пациентов в основной

группе составляла 10%, в то время как в контрольной группе она составляла в 4 раза больше.

Количество приверженных терапии составляла в основной группе 73%, тогда как в контрольной группе – всего 10%. Наблюдения за динамикой прироста гемоглобина в исследуемых группах показали, что в основной группе наблюдался более высокий уровень его ежемесячного повышения в крови (рис. 2). К концу 3 месяца в основной группе уровень гемоглобина равнялся в среднем 121 г/л, тогда как в контрольной – 111 г/л.

Выводы. Таким образом, у пациентов основной группы наблюдались достоверно более высокие показатели комплаенса по результатам шкалы Мориски-Грина, более выраженный прирост уровня гемоглобина в крови и более высокие показатели качества жизни в сравнении с пациентами контрольной группы.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ходжиева Г.С., Жарылкасынова Г.Ж., Джунаидова А.Х.
Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Неадекватное соблюдение режима приема препаратов железа (ПЖ) является вероятной причиной неэффективности терапии анемии. Приверженность, или комплаенс, пациента лечению обычно определяется как степень соблюдения пациентами предписаний врачей. Недостаточный комплаенс является распространенным явлением и проблемой для систем здравоохранения многих стран. По данным ВОЗ, в развитых странах только 50% пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, в течение длительного времени в точности соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах показатель еще ниже. Цель исследования. Изучить различные аспекты приверженности лечению у пациентов с железodefицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы исследования. Массовое исследование комплаенса пациентов проводилось в период с 2019 по 2021 годы на территории 4 областей Республики: Бухарской, Кашкадарьинской, Навоийской и Республике Каракалпакстан. Объектом исследования являлись пациенты с ЖДА. Исследования проводились путем анкетирования на базе крупных амбулаторных учреждений 4 указанных областей. Возраст пациентов, которые проходили анкетирование составлял от 18 до 60 лет. Всего было обследовано 2000 пациентов с ЖДА, по 500 пациентов в каждой области. Исследование проводилось на основании опросника «Уровень комплаентности».

Результаты. Результаты анкетирования по опроснику «Уровень комплаентности» в общей выборке пациентов в 4 областях показали, что высокий уровень приверженности отмечался лишь у 59% опрошенных, в то время как у 3,6% приверженность оказалась низкой, а у 37,3% - средней. Если рассматривать уровень приверженности по областям, то становится ясно, что наиболее низкие показатели зафиксированы в Кашкадарьинской области, а наиболее высокие в Навоийской.

Особый интерес представляло изучение отдельных аспектов комплаенса. Опросник «Уровень комплаентности» построен таким образом, что при помощи него возможно оценить 3 вида комплаентности: социальную, эмоциональную и поведенческую. Результаты исследования показали, что наиболее выражено снижение поведенческого аспекта, что проявляется в невнимательности или несерьезном отношении пациента к терапии. Доля пациентов с низким уровнем поведенческой комплаентности оказалась равна 42,8%. У 35,8% пациентов был определен средний уровень поведенческой комплаентности, в то время как у 21,4% пациентов уровень был высоким.

Анализ социальной комплаентности показал, что у 42,1% пациентов уровень соответствовал высокому, у 54,5% уровень соответствовал среднему и у 3,5% пациентов определялся низкий уровень. Анализ эмоциональной комплаентности показал, что низкий уровень определялся лишь у 4% пациентов. Наиболее высокая доля пациентов (58%) имела

средний уровень эмоциональной комплаентности, в то время как у 38% пациентов был отмечен низкий уровень. Анализ поведенческой комплаентности показал, что почти во всех областях доля пациентов с ЖДА, у которых низкий показатель составила более 40% и составляла основную часть пациентов. При этом доля пациентов с высоким уровнем поведенческой комплаентности была наименее значимой во всех исследованных областях.

Выводы. Таким образом, на основании массового анкетирования было определено, что высокого уровня комплаентности придерживались лишь 59% опрошенных пациентов с ЖДА. При этом у респондентов был определен выраженный дефицит поведенческого комплаенса.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У УМЕРШИХ ОТ COVID-19 ПО ДАНЫМ АУТОПСИЙ

Хошимов Б.Л.

Ташкентская медицинская академия

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) представляет собой глобальную проблему человечества. Патогенез новой коронавирусной инфекции COVID-19 находится в стадии активного изучения. Среди её важнейших аспектов, требующих углублённого изучения, – патогенез и морфологические изменения при тяжелых формах заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ 18 летально закончившихся случаев. Наряду с рутинной оценкой макро- и микроскопических изменений, проведено иммуногистохимическое исследование легких и других органов с использованием сывороток к CD 2, 3, 4, 5, 7, 20, а также в легких и печени выявлялось наличие Fe²⁺ и Fe³⁺.

Результаты. Показаны характерные структурные изменения легких, которые могут быть связаны с цитопатическим и цитопротрофическим действием вируса с поражением как мерцательного, так и альвеолярного эпителия, а также формированием гиалиновых мембран. Клеточная инфильтрация представлена преимущественно супрессорными популяциями Т-лимфоцитов и макрофагами. Выявлены повреждения эндотелия, тромбоз сосудов разного калибра и кровоизлияния. Во многих органах (лимфатических узлах, селезенке, кишечнике, головном мозге, надпочечниках) обнаружены изменения, возможно, свидетельствующие о генерализации вирусной инфекции, а инфильтрация CD8⁺ лимфоцитами в почках, печени, надпочечниках, перикарде, кишечнике свидетельствует о вероятном аутоиммунном компоненте патогенеза. В печени и легких умерших от COVID-19 не выявлено значимого скопления гранул Fe³⁺ и Fe²⁺.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Худайбергганов М.Р. Бабаджанова Ф.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. На сегодняшний день врожденная пневмония (ВП) является самой распространенной болезнью среди новорожденных, особенно после принесения коронавирусной инфекции у матери во время беременности и смертности новорожденных. По литературным данным пневмония новорождённых встречается около 0,5–1 % доношенных и до 10–15 % недоношенных. На секции ВП диагностируется у 15–38 % мертворожденных и 20–32 % умерших живорожденных детей

Цель исследования. Изучить и выявить факторы риска ВП у новорожденных детей.

Материалы и методы. Данное исследование проведено в областном детском многопрофильном медицинском центре и в областном перинатальном центре города Ургенч в период 2019–2020 годы. Основную группу нашего исследования составили 50

новорожденных детей с ВП, которые находились на лечении в отделении интенсивной терапии новорожденных. Всем детям было выполнено клиничко-лабораторное и рентгенологическое исследование, согласно протоколам обследования и лечения, утвержденным стандартом. Контрольную группу составили 50 практически здоровых новорожденных, родившихся в физиологическом отделении.

Результаты. У матерей детей основной группы в 55% случаев во время беременности была диагностирована коронавирусная инфекция; цитомегаловирусная инфекция у 37%; у 17% – хламидийная; у 18% – микоплазменная; у 30% – герпес-вирусная инфекция. В 24% случаев беременность у матерей детей основной группы заканчивалась преждевременными родами, тогда как в группе контроля преобладали срочные роды (89%). Основными причинами преждевременных родов стали: излитие околоплодных вод (45%), спонтанное начало родовой деятельности (20%), а также преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5%), что ассоциировано с наличием у беременной внутриматочной инфекции. Нами были изучены характер и количества околоплодных вод у каждой родившей женщины. Обнаружено, что многоводие чаще встречалось у матерей новорожденных с ВП, чем в контрольной группе (70% и 30% соответственно). Новорожденные основной группы чаще находились в мекониальных околоплодных водах по сравнению с группой здоровых (80% и 20% соответственно).

Выводы. У новорожденных с врожденной пневмонией чаще регистрировались отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, а также наличие соматической патологии у матери, что создавало предпосылки угрозы прерывания беременности и преждевременных родов. Своевременная и правильная оценка состояния новорожденных детей, рациональное лечение в условиях отделений выхаживания недоношенных и патологии новорожденных позволило стабилизировать состояние пациентов и предупредить развитие осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ФОНЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Худайбергганов Н.Ю., Жаббаров М.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования изучение особенностей церебральной гемодинамики при острых ишемических инсультах на фоне атеросклероза и гипертонической болезни.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 50 больных с ишемическими инсультами полушарной локализации, из которых у 35% инсульты атеросклеротического происхождения и у 65% – инсульты на фоне сочетания атеросклероза и гипертонической болезни. Всем обследованным проведена ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов по общим сонным, внутренним сонным и надблоковым артериям.

Результаты исследования. У 21 больных диагностирован ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, у 29 – в бассейне левой средней мозговой артерии. Изучение возрастной и половой структуры заболеваемости показало, что атеросклеротическим инсультом более подвержены пожилые мужчины, а гипертоническим – молодые мужчины и женщины. Ультразвуковое исследование каротидных экстракраниальных артерий выявили стенотические поражения. Признаками стеноза внутренней сонной артерии являлись: повышение скорости кровотока в области бифуркации; наличие турбулентного потока крови; снижение скорости кровотока в общей и/или внутренней сонной артерии на 30% и больше по сравнению с контралатеральными артериями.

Атеросклеротические острая нарушения мозгового кровообращения сопровождались диффузными двухсторонними атеросклеротическими изменениями доплерографической кривой общей сонной артерии и внутренней сонной артерии.

При сочетании атеросклероза и гипертонической болезни УЗДГ-картина инсультов характеризовалась ранним развитием грубых стенотических изменений, которые чаще локализовались в бассейне внутренней сонной артерии, превалировали с той или другой стороны и сопровождались умеренным двухсторонним ангиоспазмом.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали значительные различия в гемодинамических показателях по экстракраниальным сосудам каротидного бассейна при инсультах различной этиологии. Интракраниальная перфузия характеризовалась асимметрией кровотока с гипоперфузией в пораженном бассейне.

ТИББИЙ КЎРИК ВА УНИНГ МАЪНАВИЙ-АХЛОҚИЙ АСОСЛАРИ

Худайбергонова Анабиби Қурбанбаевна,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация. Мақолада тиббий кўрик ижтимоий, маънавий-ахлоқий ҳодиса эканлиги, юсак маънавият ва соғлом турмуш тарзининг белгиси эканлиги таҳлил қилинган.

Калит сўзлар. Тиббий кўрик, маънавият, соғлом турмуш тарзи, оила ва никоҳ, баркамол авлод, ахлоқий тарбия, фаол меҳнат, жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, социологик тадқиқотлар.

Аннотация. В статье проанализировано врачебного осмотра как социального, духовно-нравственного явления, как признак высокого духовности, здорового образа жизни.

Ключевая слова. Врачебный осмотр, духовность, здорового образа жизни, брак и семья, воспитанный человек, нравственная воспитания, активный труд, всемирная организация защита здоровья, социологического исследования.

Ўзбекистон Республикасининг қонунчилигига кўра никоҳланувчи шахслар яшаб турган аҳоли пунктларида қарашли ФХДЁ органлари томонидан тиббий кўриқдан ўтгачгина оила қуриш мумкинлиги белгилаб қўйилган. Бу дегани: 1.Руҳий касалликлар (шизофрения, эпилепсия, олигофрения) бўйича; 2. Наркологик касалликлар (клиник, анамнестик, психопатологик, соматоневрологик, лаборатория текшируви) бўйича; 3. Заҳм касалликлари; 4. Сил касалликлари (анамнез, кўкпак қафасларини текшириш, йирик кадрли флюорограмма, кўкрак қафаси рентгенографияси) бўйича; 5. Балгам ва пешобнинг лаборатория текширувлари бўйича мажбурий тиббий кўриқдан ўтказилади.

Бундан мақсад – баркамол авлодни, яъни келажагимиз ворислари бўлган соғлом авлодни тарбиялаб етиштиришдир. Ривожланган Европа давлатларида фуқароларнинг вақти-вақти билан шифокорлар маслаҳатига асосан тиббий кўриқдан ўтиб туриши юсак маънавият белгиси сифатида қаралади. Тиббий кўриқ фуқароларнинг маънавий-ахлоқий етуқлигини, ўзи ва жамиятнинг келажагига муносабатини кўрсатади. Чунки приворд мақсадимиз бўлган комил инсонни фақат соғлом турмуш тарзида шакллантириш мумкин.

Академик Ю.Лисицин узоқ йиллардаги илмий изланишлар ҳамда бу соҳадаги мавжуд фикр ва мулоҳазаларни умумлаштириб, кишилар соғлиги 50-55 фоиз уларнинг турмуш тарзига, 20-25 фоиз ирсий омилларга, 15-20 фоиз атроф-муҳитга боғлиқ, тиббий хизмат эса, кишилар соғлигини атиги 8-10 фоизгина таъминлай олиши мумкин, деган қарорга келади.¹

Ушбу рақамлардан кўринадики, соғлом турмуш тарзини шакллантириш XXI асрнинг асосий муаммоларидан биридир. Соғлом турмуш тарзи деганда нимани тушунамиз? Соғлом турмуш тарзи – шундай яшаш тарзики, унда инсон фаол меҳнат қилиб

¹ Отабоев Ш., Ҳайдарова О. ва б. Экология, оила, репродуктив саломатлик. – Т., 2011. – 36-бет.

яшаши, кучли жисмоний ва рухий юкламаларни, эҳтиросларни енгиб ўтиши, саломатлигини асраш учун фойдали бўлган одатларга ўрганиши ва зарарли бўлган барча омиллардан воз кечишдир.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) соғлом турмуш тарзининг йўналишларини қуйидагича белгилаган: 1. Тўғри овқатланиш; 2. Кашандаликка чек қўйиш; 3. Фаол турмуш тарзи; 4. Руҳий саломатлик; 5. Тоза сув; 6. Тоза атмосфера ҳавоси; 7. Самарали санитария; 8. Шахсий санитария; 9. Овқатни гигиеник тайёрлаш; 10. Сарик касалини олдини олиш; 11. Сил касалини олдини олиш; 12. Ўз жонига қасд қилишни унитиш; 13. ОИТС юктирмаслик; 14. Ирсий маслаҳатлар ва бошқаларга аҳамият бериш.²

Юқоридаги фикрлардан шу нарса маълум бўладики, жамиятда тиббий кўрик нафақат ижтимоий тадбир, балки маънавий-ахлоқий тадбир ҳамдир. Тиббий кўрикнинг маънавий-ахлоқий асослари шундаки, икки ёш қураётган оиланинг мустаҳкамлиги ва оилада туғилажак фарзандларнинг саломатлигини таъминлаш билан бирга давлатимиз келажаги бўлган баркамол инсонларни етиштиришдан иборатдир.

Тиббий кўрикнинг жорий этилишида бошқа маънавий-ахлоқий жиҳатлар ҳам бор, яъни муқаддас никоҳ асосида боғланажак оила риштасининг мустаҳкамлигини яна бир бор эътироф этувчи – эр билан хотин онгига оилавий ҳаётнинг илк кунлариданоқ бир-бирларига бўлган ишонч, муҳаббат, садоқат, поклик, меҳр-оқибат каби эзгу туйғуларни сингдиришдир. Демак, тиббий кўрикда нафақат никоҳланувчиларнинг шахсий иши, балки учинчи шахс манфаатлари – буюк давлат қурувчи янги оила ва авлод тақдири ётади.

Тиббий кўрик баркамол авлодни тарбиялашда ўта муҳим аҳамиятга эга. У кўплаб тиббий ва ижтимоий муаммоларни бартараф этишга ёрдам беради. Масалан, психофизиологик вояга етмаган келинларнинг ҳомиладор бўлиши – уларнинг соғлиги ва ҳаёти учун хавфлидир. Социологик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, республикамизда 45,1 фоиз қизлар 20 ёшгача турмушга чиқишади. Улар оила қурган биринчи йилдаёқ фарзанд кўрадилар. Рўйхатга олинган оналар ўлимининг 40 фоизи мана шу ёш келинларга тўғри келади. Кейинги йилларда вилоят ва шаҳарларда эрта турмушга чиқиш (0,9 – 3,4 фоиз), 35 ёшдан кейин туғиш (8 – 14 фоиз) ҳоллари бирмунча камайган бўлса ҳам, аёлларнинг психофизиологик хусусиятлари ҳисобга олинмаслиги сабабли заиф ва ногирон чақалоқлар туғилиши ҳамон содир бўлмоқда.³

Касб-ҳунарсиз ёш қизларнинг эрта турмушга чиқиши, уларни қайнота ва қайинона ҳамда эрларига қарам яшашга мажбур қилмоқда. Шунинг учун қизларнинг бирор касб-ҳунар ёки мутахассисликка эга бўлганидан кейин турмушга чиқишлари мақсадга мувофиқ деб ўйлаймиз. Агар қизлар олий маълумотли бўлса, турмушга кечроқ чиқиши, камроқ фарзандли бўлиши, бемор пайтида ўзи ва фарзандига тезроқ тиббий ёрдам кўрсатиши, ўзини ва фарзандини яхши парвариш қилиши, фарзандларига юқори маълумот ва бирор мутахассисликни эгаллашга ёрдам ёрдам бериши мумкин.⁴ Маънавий-маданий ва психофизиологик етук аёллар орасида туғиш пайтида нобуд бўлиш ҳолатлари кам учрайди.⁵

Тиббий кўрик ёшлар ўртасидаги ижтимоий муаммоларни бартараф этишга ёрдам беради. Масалан, ёш оилаларда фарзандсизлик туфайли ёки эр-хотиннинг бирортаси гиёҳвандликка ружу қўйганлиги сабабли оилаларнинг ажралиши бор гап. Тиббий кўрик бундай ижтимоий муаммоларнинг олдини олади. У оиладаги ахлоқий муаммолар – қўполлик, ишончсизлик, совуқлик, жиззакилик, меҳр-оқибатсизлик, тушкунлик, умидсизлик каби туйғуларнинг вужудга келишининг олдини олади. Шунинг учун тиббий кўрикни маънавияти ривожланган халқларнинг асосий белгиларидан бири деб айта оламиз. Японлар касал бўлмаслик учун шифокорга мурожаат этишади. Биз касал бўлгандан кейин

² Ўша китоб. – 38-бет.

³ Холматова М., Муравьева Н. Ёшлар оилавий ҳаёт бўсағасида. – Т.: Ўзбекистон, 2000. – 81-82-бет.

⁴ Қаранг: Положение детей в мире. Образование. – Нью-Йорк, 1999. – С.63.

⁵ Қаранг: Женщины и гендерные проблемы в странах с переходной экономикой. – Нью-Йорк, 1995. – С.121.

мажбурликдан шифокрга мурожаат қиламиз, Мана маънавиятдаги тафовутлар. Демак, тиббий кўриқдан ўтишни маънавиятли инсоннинг бурчи деб билмоғимиз лозим.

Айтилган фикрлардан келиб чиқиб, шундай хулоса қилиш мумкин:

1. Тиббий кўриқ – ижтимоий ҳодиса сифатида номоён бўлади.
2. Тиббий кўриқ – маънавий-ахлоқий ҳодиса сифатида шахслараро муносабатни ифодалайди.
3. Тиббий кўриқ – шахсинг маънавий-ахлоқий баркамоллик белгиси.
4. Тиббий кўриқ – соғлом турмуш тарзининг асосий унсуридир. *Адабиётлар:*
5. Отабоев Ш., Ҳайдарова О. ва б. Экология, оила, репродуктив саломатлик. – Т., 2011.
6. Холматова М., Муравьева Н. Ёшлар оилавий ҳаёт бўсағасида. – Т.: Ўзбекистон, 2000.
7. Положение детей в мире. Образование. – Нью-Йорк, 1999.
8. Женщины и гендерные проблемы в странах с переходной экономикой. Детский фонд ООН. – Нью-Йорк, 1995.
9. Тиллаева Г. Оила ва инсон камолоти. – Т.: Фалсафа ва ҳуқуқ институти ноширлик бўлими, 2011.

СТРАТЕГИЯ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ

Худайназаров С.К.

Республиканский патологоанатомический центр МЗРУз

ВОЗ классифицирует лепру как одну из двадцати забытых тропических болезней (ЗТБ). Подобно другим ЗТБ, ее возникновение часто связано с плохими социально-экономическими условиями. Это инфекционное заболевание с длительным инкубационным периодом, возбудителем которого являются *Mycobacterium leprae* (M. leprae). Лепра передается через капли, выделяемые из носа и рта, при длительном и тесном контакте с инфицированными людьми, не получающими лечение. Эта болезнь поражает кожу и периферические нервы, без лечения она может прогрессировать до необратимых поражений кожи, нервов, лица, рук и ног, а также до инвалидности и социальной изоляции. После успешного внедрения комбинированной лекарственной терапии (КЛТ) в 1981 г., стратегии ВОЗ были сосредоточены на снижении распространенности этого заболевания сначала до уровня ниже 1 на 10 000 населения, а затем на дальнейшем сокращении показателей новых случаев заболевания, инвалидности (особенно среди детей), а также стигмы и дискриминации. За последние годы прием однократной дозы рифампицина в качестве профилактической химиотерапии доказал свою эффективность в снижении риска заболевания лепрой у лиц, контактировавших с больными. Эти события побудили ВОЗ установить новый целевой ориентир в отношении борьбы с лепрой – элиминацию лепры, определяемую как перерыв передачи инфекции. ВОЗ разрабатывает стандартные операционные процедуры для верификации факта элиминации передачи инфекции, ключевым элементом которых будет обязательство проводить эпидемиологический надзор после достижения элиминации. За четыре десятилетия, прошедшие с момента внедрения КЛТ, 18 миллионов человек прошли лечение, что привело к снижению зарегистрированной распространенности более чем на 95%. К 2015 г. цель элиминации лепры как проблемы общественного здравоохранения была достигнута почти во всех странах, по крайней мере, на национальном уровне. Факторы, лежащие в основе этого достижения, включали политическую приверженность и свободную доступность КЛТ.

РЕЦИДИВЫ ЛЕПРЫ

Худайназаров С.К.

Республиканский патологоанатомический центр МЗРУз

Лепра - хроническое инфекционное заболевание человека, вызываемое микобактериями лепры (*Mycobacterium leprae*), характеризующееся разнообразными по

клиническим проявлениям гранулематозными поражениями кожи, слизистых оболочек верхних дыхательных путей, периферической нервной системы, костно-мышечного аппарата и внутренних органов. Особенностью лепрозного процесса является паразитирование возбудителя лепры - *Mycobacterium leprae* в клетках ретикулоэндотелиальной системы - макрофагах, основной функцией которых является фагоцитоз патогенных микроорганизмов. Именно поэтому большое внимание исследователей уделяется изучению морфофункциональных характеристик клеток системы мононуклеарных фагоцитов больных лепрой. Характерной чертой данного заболевания является длительное развитие, вялое течение, большой процент инвалидизации. Остается актуальным вопрос о своевременной диагностике рецидивов лепры. В настоящее время более 70 % всех учтенных больных лепрой находятся на амбулаторном лечении и диспансерном наблюдении. Среди этой категории лиц нередки случаи активации патологического процесса, обусловленные наличием персистирующих форм *M. leprae*. Наибольшее значение среди факторов риска возникновения рецидива имеют нарушения режима лечения. Вместе с тем, несмотря на полноценную противолепрозную терапию, у одних больных отмечались рецидивы и даже многократные, а у других их не было совсем. Клинические признаки рецидивов в ряде случаев характеризуются некоторыми особенностями. Появление высыпаний на коже не всегда сопровождается бактериоскопическим обнаружением микобактерии лепры. Бактериоскопический индекс при рецидивах лепроматозного типа, имея широкий диапазон колебаний, всегда меньше, чем у вновь выявляемых больных.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ ПО ДАННОМУ ANTHROPLUS

Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Рост и развитие детей, состояние их физического и нервно-психического здоровья имеют огромное социальное и медицинское значение. Изучение закономерностей развития, создание методов его практического контроля, защита и обеспечение нормального развития или, точнее, оптимального развития детей — одна из главных составных частей и педиатрической науки, и практической деятельности врача-педиатра.

Цель. Изучение физического развития детей младшего школьного возраста, проживающих в регионе Приаралья.

Материалы и методы исследования. Общее количество обследованных школьников составило 240 детей, в возрасте от 7-10 лет. Обследование включало антропометрическое исследование: измерения с определением массы тела, длины тела/роста, масса-ростового индекса. Оценку физического развития детей проводили по стандартам роста ВОЗ (2006) с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) и определяли по значениям величины

Z-score.

Результаты и обсуждения. По нашим исследованиям у школьников Хорезмской области WAZ -2-3CO встречались у 6,2% мальчиков и 4,1% девочек, HAZ -2-3 CO 13,2% у мальчиков и 8,2% у девочек, > +3 CO и WAZ, и HAZ составил одинаковое количество у 3,3%, увеличение в весе, и в росте не наблюдалось у школьников в Хорезмской области. Несоответствие у детей Хорезмской области по показателям предложенной оценки физического развития ВОЗ, в стандартных отклонениях у мальчиков выявлено резкое уменьшение в массе тела и в росте, что показало дисгармоничное физическое развитие -2-1CO, при WAZ составило 25,2% и HAZ 26,6%, а для девочек WAZ составил 30,9% и HAZ 35% у девочек было больше отставание в росте. По показателям, которые были выявлены

среди школьников с избыточной массой тела и увеличение роста выше стандартных показателей +2–+1 СО для мальчиков- WAZ 2,8% и HAZ 3,5%, у девочек было намного больше школьников с избыточной массы тела WAZ 5,1% и HAZ 2,0%. По рекомендации ВОЗ (2006) и WHO AnthroPlus (2009) критерии стандартных отклонений Z-scores – 1-0-+1СО в пределах нормы. По нашим исследованиям проведенных в Хорезмской области у мальчиков вес WAZ- 60% соответствует нормативным данным стандартных отклонений что показано выше, а рост HAZ- 53 %. Вес школьниц не значительно отличается от мальчиков, так же находится в пределах нормы стандартных отклонений - что составило WAZ - 55%, а HAZ -43,4%.

Выводы. Физического развития с использованием программы WHO AnthroPlus (2009) среди детей в возрасте от 7 до 10 лет, было выявлено дефицит роста у мальчиков Хорезмской области - 13,2% и у девочек 6,1%.

ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шарипова И.С.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Последнее десятилетие характеризуется устойчивым ростом патологии желудочно-кишечного тракта среди детей дошкольного возраста. Латентное и рецидивирующее течение, распространенность и тяжесть морфо-функциональных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, вовлечение в патологический процесс сопряженных органов пищеварения, высокая частота сопутствующей патологии со стороны нервной, эндокринной систем рассматриваются как патоморфоз хронического гастродуоденита - ХГД (Н.И. Урсова, 2001, Л.А. Цывенкова, 2004, М.Ю. Комиссарова, 2006, А.В. Бурлуцкая, 2006).

Целью данного исследования является изучение хронического гастродуоденита с сочетанной патологией у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. В ходе настоящего исследования нами проведено клинико-лабораторное обследование в возрасте от 3 до 7 лет, проживающих в Хорезмской области. Все дети наблюдались и обследовались в стандартизованных клинических условиях.

Результаты и обсуждение. По результатам нашего исследования, у обследованных нами детей, большинство из них (76,1%) находились на естественном вскармливании. Частые простудные заболевания и наличие сопутствующий очагов инфекции было выявлено у детей посещающие ДДУ. Учитывая, что в структуре детской заболеваемости для этого региона преобладают болезни органов дыхания, пищеварительного тракта и затем болезни мочевыделительной системы. Клинические проявления ХГД характеризовались: длительностью болевого абдоминального синдрома до двух лет (82%), диспепсическим синдромом (61%) (сниженный аппетит, тошнота, рвота), болевым абдоминальным синдромом (30%), астено-вегетативными жалобами (70%). При пальпации живота отмечалась болезненность в пилоро-дуоденальной области у $\frac{3}{4}$ детей, положительные пузырьные симптомы имели $\frac{2}{3}$ обследованных. Стул с наклоном к запорам имели 24%, послабление стула или диарею - 20% больных. У обследованных детей имелись симптомы желудочной диспепсии, проявляющиеся отрыжкой, тошнотой, неприятным привкусом во рту, что может быть следствием сочетанной патологии верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. У обеих групп детей диагностированы симптомы витаминно-минеральной недостаточности: сухость (76%), бледность (78%), пигментация (28%) кожных покровов, шелушение кожи в области ладоней и стоп (24%), хейлит или стоматит (42%), атрофические изменения ногтевого ложа (54%). Выявлена высокая частота сочетанной и сопутствующей патологии. Чаще всего у детей с Гастродуоденитом (85%) и у контрольной группе (25%) выявлялись дисфункциональные нарушения

билиарного тракта (49%), лактазная недостаточность (30%), реактивный панкреатит (13%), пищевая аллергия (80%), гельминтозы (14%), заболевания нервной системы (45%), увеличение щитовидной железы (35%).

Практически у всех обследованных у обеих групп детей были диагностированы различные по тяжести проявления дисбиоза кишечника.

Выводы. Таким образом, у детей в обследованных регионах Приаралья ведущей формой патологии ЖКТ являются заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, среди которых наиболее часто отмечается хронический гастрит. У обследованных детей контрольной группы всего региона чаще диагностировались воспалительные заболевания гепато-холецисто-панкреатической зоны - хронический дуоденит (89,6%), хронический холецистит (98,5%).

ТАЛАБА ЁШЛАР ҲАЗМ СИСТЕМАСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ИММУНОЛОГИК СКРИНИНГ ОРҚАЛИ АНИҚЛАШ

Эргашов О.И., Нурузова З. А.

Тошкент тиббиёт академияси, микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси

Мавзунинг долзарблиги: Ички муҳитга эндоген ёки экзоген келиб чиққан оқсиллар тушганда иммун реакциянинг кўринишларидан бири периферик қонда шу тўқима антигенига (ТАг) нисбатан специфик сенсбиллашган антигенбоғловчи лимфоцитлар (АБЛ) пайдо бўлишидир. Организмда патологик жараён туфайли аъзоларда хужайралар деструкцияси ва некрози қанчалик юқори даражада бўлса қонда ТАгга нисбатан сенсбиллашган АБЛ миқдори ҳам шу даражада юқори бўлади. Қонда АБЛ миқдорининг ортиб бориши патологик жараённинг ривожланиши тўғрисида далолат беради [Гулямов Н.Г., Сафарова Д.Д. ва бошқ. 2006 й.].

Тадқиқот мақсади: Талаба ёшларда ҳазм системасидаги патологик ва предпатологик ўзгаришларни иммунологик скрининг орқали донозологик босқичда аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва услублари: Тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси талабалари орасида олиб борилди. Тадқиқот учун саломатлигидан ҳеч қандай шикоят бўлмаган 100 нафар талаба ёшлар, ўз розилигига кўра тўқима деструкциясини аниқлаш учун иммунологик ва ичак микрофлорасини ўрганиш учун бактериологик усулларда текширилди, шундан ўғил болалар 42 нафарни (42,0%), қиз болалар 58 нафарни (58,0%) ташкил қилди. Талабаларнинг ўртача ёши кўрсаткичи $23 \pm 1,4$ ёш.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Саломатлигидан шикоят бўлмаган 100 нафар талаба ёшлар қонида жигар ва ошқозон ости беши ТАгларига нисбатан АБЛ миқдори ўрганилганда уларнинг 53 нафарида (53,0%) патология олди ва патологик жараёнлар мавжуд эмаслиги аниқланди. 47 нафар (47,0%) ёшларда предпатологик ва патологик холатлар қайд этилиб, шундан: жигар ТАга нисбатан АБЛ кўрсаткичи - 28 нафар (28,0%) талабада, ошқозон ости беши ТАга нисбатан АБЛ кўрсаткичи - 23 нафар (23,0%) талабада 2% дан ошганлигини кўрсатди. 4 нафар (4,0%) талабада иккала органда предпатологик холатнинг биргаликда учраши қайд этилди.

21 нафар (21,0%) талабада жигар ТАга нисбатан АБЛ миқдори 2,1% дан 6% гача ошганлиги аниқланди. 7 нафар (7,0%) талабада жигар ТАга нисбатан АБЛ миқдори 6,1% дан юқори кўрсаткични қайд этди. Бундан келиб чиқадики 21,0% «соғлом» талабаларнинг жигар тўқимасида патология олди жараёни мавжуд ва 7 нафар (7,0%) талаба ёшларда жигар тўқимасида патологик жараён бошланган.

Ошқозон ости беши ТАга нисбатан АБЛ миқдори 19 нафар (19,0%) талабада 2,1% дан 6% гача ошган, 4 нафар (4,0%) талабаларда эса АБЛ миқдори 6,1% дан ошганлиги аниқланди. Бундан келиб чиқадики 19,0% «соғлом» талабалар ошқозон ости беши тўқимасида патология олди жараёнлари мавжуд, 4,0% талабалар ошқозон ости беши тўқимасида патологик жараён бошланган.

Талабалар ичак микрофлорасидаги ўзгаришлар бактериологик усулда таҳлил қилинганда 30 нафар (30,0%) талабаларда I-II даражали дисбактериоз ҳолати аниқланиб шуларнинг 14 нафарида (14,0%) жигар ва ошқозон ости безидаги ўзгаришлар билан биргаликда учраганлигини кузатдик.

Хулоса: Иммунологик скрининг натижаларига кўра текшириш учун танлаб олинган талабаларнинг 53,0%и соғлом, 47,0%ида патологик ва предпатологик ҳолатлар мавжуд. Жигар хужайраларида предпатологик ҳолат 21,0% ни, ошқозон ости безида 19,0% ни ташкил қилди. Жигар хужайраларида 7,0% ҳолатда, ошқозон ости безида 4,0% ҳолатда патологик жараёнлар бошланган. Бактериологик таҳлилларда 30,0% талабаларнинг хазм системасида дисбактериознинг I-II даражали ўзгаришлари аниқланди.

МИГРЕНЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Эрметова Д.Ж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Головной мозг человека состоит из нервных клеток - нейронов. В начале приступа мигрени возникает волна электрического возбуждения, которая идет по головному мозгу от затылка в направлении лба. Ученые называют ее распространяющейся депрессией Лео. Это волна продвигается со скоростью 2-3 мм в минуту. Различные исследования мозга в этот период показали, что у некоторых пациентов она вызывает ауру мигрени (мигренозную ауру). Также исследования показывают, что прохождение этой волны вызывает сужение сосудов в мозге и снижение его питания. Симптомами, сигнализирующими о том, что у вас не просто головная боль, а мигрень могут быть следующие проявления: интенсивная, односторонняя, пульсирующая головная боль. Основным симптомом мигрени является то, что боль усиливается при нагрузке. Мигрень сопровождается тошнотой, рвотой, повышенной чувствительностью к свету и звуку, длится от 4-х часов до 3-х суток. Приступ начинается сразу с головной боли. Такая мигрень называется простой (обычной). Эта форма мигрени самая безопасная. Период грудного вскармливания наступает после родов. В это время организм женщины испытывает серьезный стресс, происходит гормональная перестройка. Это обстоятельство может как уменьшить мигрень во время грудного вскармливания так и увеличить количество приступов и их интенсивность. Для лечения головной боли и мигрени во время грудного вскармливания существует гораздо больше возможностей, чем во время беременности. Некоторые препараты полностью безопасны во время лактации, такие как: парацетамол и др. При приеме лекарств можно не соблюдать особое время кормления. Однако, если вы принимаете какие-либо другие обезболивающие средства, то их лучше принять сразу после кормления. Обеспечив, таким образом, наименьшую их концентрацию в молоке к моменту следующего кормления. Если вашу мигрень с трудом можно назвать "мягкой", то терпеть сильную боль во время грудного вскармливания не нужно. Это может быть даже вредным! В этом случае необходима консультация специалиста по головной боли.

ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

Эрметова Д. Ж., Авезов Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,

Хорезмский филиал Республиканского специализированного кардиологического центра

Понятие «иммунодефицит» включает состояния, при которых происходит отсутствие или снижение уровня одного или нескольких факторов иммунитета. Иммунодефицитное состояние может не иметь клинических проявлений. Возрастная иммунология выделяет 5 критических периодов иммунобиологической реактивности. В эти периоды в ответ на антигенное воздействие иммунная система дает неадекватные или парадоксальные реакции.

I. Период новорожденности. Значительное снижение содержания естественных киллеров, слабая резистентность к гноеродной грамотрицательной флоре, высокая чувствительность к вирусной инфекции.

II. 4 - 6 месяцев. Снижение пассивного гуморального иммунитета в связи с элиминацией материнских антител, высокая чувствительность к РС- вирусам, вирусу парагриппа.

III. Второй год жизни. Иммунный ответ переключается в большей степени на образование IgG, сохраняется супрессорная направленность иммунной системы, но происходит смена хелперной активности, что связано с повышением чувствительности В-лимфоцитов к интерлейкину.

IV. 4 - 6-й год жизни. Наступает второй гематологический перекрест, снижается количество лимфоцитов, IgG и IgM соответствуют уровню зрелого организма, IgA не достигают уровня зрелости.

V. Подростковый период (девушки – 12-13 лет, юноши – 14-15 лет). В этот период происходит стимуляция половыми гормонами гуморального звена и подавление клеточного, снижается титр IgE, происходит формирование слабого и сильного типов иммунного ответа.

По происхождению различают первичные, или врожденные иммунодефицитные состояния (ИС), и вторичные, или приобретенные. Первичные ИС, как правило, проявляются вскоре после рождения и имеют генетически обусловленную природу. Вторичные ИС возникают на фоне тяжелых инфекционных заболеваний, при ожогах, травмах, как последствия тяжелых стрессов. Все виды белковой и тяжелой витаминной недостаточности осложняются вторичными ИС. По характеру нарушений различают дефицит Т-клеточного звена, дефицит В-клеточного звена, дефекты в системе комплемента, в системе фагоцитоза, дефицит неспецифических факторов защиты и комбинированные ИС. В большинстве случаев, в конце концов, развивается дефицит всех основных звеньев иммунной системы.

ДЕТИ И COVID-19

Эрметова Д. Ж. Дусчанов Б.А.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель изучения инфиц. детей COVID-19. Инфицироваться COVID-19 могут дети любого возраста. Около 10% детей рискуют заболеть (с симптомами) новой коронавирусной инфекцией. Один из путей внедрения вируса в организм - его попадание на слизистую носа. Недавнее исследование показало, что по сравнению со взрослыми, в клетках слизистой носа детей меньше рецепторов ACE2, который вирус использует для заражения. Вероятно, по этой причине, вирус не может закрепиться в верхних дыхательных путях детей и развить клиническую картину. Но даже у заболевших детей, в большинстве случаев, инфекция протекает в лёгкой форме и напоминает течение обычной ОРВИ. У детей намного чаще, чем у взрослых отмечают желудочно-кишечные проявления инфекции, с рвотой, диареей, болями в животе. Но, и классические симптомы COVID-19 (лихорадка, насморк, кашель, боли в мышцах) встречаются достаточно часто. Большинство детей выздоравливают в течение одной-двух недель.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Эшмурзаева А.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель: выявить особенности проявления анемического синдрома у больных с суставной и висцеральной формами ревматоидного артрита.

Материал и методы: Клиническим материалом для исследования послужили 54 пациента (медиана возраста составила $43,2 \pm 3,4$ лет) с верифицированным диагнозом ревматоидный артрит, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии 3 - клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2019-2021 годы. Все больные в зависимости от формы РА разделены на 2 группы: 1-ая группа больные РА с суставной формой ($n=34$), 2-ая больные РА с суставно-висцеральной формой ($n=20$).

Методы исследования включали проведение изучения показателей общего анализа крови с помощью гематологического анализатора «Sysraex KX - 2 IN» с определением лейкоцитов (WBC), уровня гемоглобина (HGB), эритроцитов (RBC) и эритроцитарных индексов среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), среднего объема эритроцитов (MCV), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), показателя анизоцитоза эритроцитов (RDW). Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03». Критерием статистической достоверности служило $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показателей общего анализа крови показал наличие регистрации анемии по уровню гемоглобина и эритроцитов в обеих группах больных РА. В частности, среди пациентов с суставной формой РА уровень гемоглобина находился в пределах от 78 до 110 г/л, со средним их значением равным $97,3 \pm 5,7$ г/л. Среди же пациентов с висцеральными проявлениями РА этот показатель находился в диапазоне 72 – 94 г/л, с медианой, составившей $89,4 \pm 5,8$ г/л. У больных обеих групп с РА отмечается явная тенденция к снижению содержания эритроцитов крови (RBC), что по выраженности соответствует уровню гемоглобина крови (1-группа - $3,87 \pm 0,27 \times 10^6$ /мл; 2- группа - $3,36 \pm 0,25 \times 10^6$ /мл). Аналогичная картина прослеживается в отношении среднего объема эритроцитов (MCV). При этом значение последнего у больных РА в 1-й группе ($86,1 \pm 3,19$ фл), практически не отличается от референсных значений ($88,4 \pm 3,56$ фл), а у больных во 2-й группе оно оказалось ниже по сравнению с референсными значениями на 8,5% ($80,91 \pm 5,73$ фл). Следовательно, по мере снижения уровня гемоглобина в периферической крови увеличивается число эритроцитов малых размеров. В условиях РА с анемией в периферической крови не только имеет место появление эритроцитов малого размера, но и увеличение эритроцитов с меньшим объемом гемоглобина. Так, у больных РА 2-й группы отмечается снижение среднего объема гемоглобина в эритроцитах (MCH) на 14% ($24,96 \pm 2,01$ пг). Наряду с этим отмечается тенденция уменьшения средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC) с $331,86 \pm 6,78$ пг в контроле до $326,6 \pm 8,24$ пг в 1- группе и $318,0 \pm 11,23$ пг во 2-й группе пациентов с РА.

Необходимо отметить, что у больных РА наряду с изменением качественной характеристики эритроцитов отмечаются изменения и в показателе рассчитанной ширины кривой распределения эритроцитов. При этом значения последнего увеличивается по сравнению с референсными значениями, при наличии более выраженной анемии во 2-й группе на 31,1% ($15,6 \pm 0,43$ %).

Вывод. 1. Следовательно, степень выраженности анемии у больных РА проявляется наиболее заметными качественно-количественными сдвигами в эритроцитах периферической крови, отражая дефицит железа в сыворотке крови.

ОСОБЕННОСТИ ФЕРРОКИНЕТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Эшмурзаева А.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель:изучить особенности феррокинетики у больных с ревматоидным артритом.

Материал и методы: Клиническим материалом для исследования послужили 54 пациента (медиана возраста составила $43,2\pm 3,4$ лет)с верифицированным диагнозом ревматоидный артрит, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии 3 - клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2019-2021 годы. Все больные в зависимости от формы РА разделены на 2 группы: 1-ая группа больные РА с суставной формой ($n=34$), 2-ая больные РА с суставно-висцеральной формой ($n=20$).

Методы исследования включали проведение изучения показателей феррокинетики по уровню сывороточного железа, ферритина, общей железосвязывающей способности сыворотки на биохимическом полуавтоматическом анализаторе «Mindray» используя наборы фирмы «HUMAN» (Германия). Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03». Критерием статистической достоверности служило $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Вместе с изменениями в общем анализе крови установлено некоторое снижение сывороточного железа до $22,63\pm 1,01$ мкмоль/л в 1-й группе и до $18,23\pm 1,35$ мкмоль/л во 2-й группе пациентов с РА. Следовательно, в условиях изучаемой патологии имеет место дефицит железа в крови, наиболее выраженной среди пациентов с суставно-висцеральными проявлениями заболевания, что возможно связано с перераспределением железа в организме или с использованием его для других нужд организма, в силу развития и прогрессирования патологического процесса.

У больных РА 1-й группы значение ОЖСС существенно не изменялось ($68,94\pm 4,31$ мкмоль/л) по сравнению с референсными значениями ($66,91\pm 5,05$ мкмоль/л), а у больных РА во 2-й группе уровень ОЖСС увеличивался до $74,56\pm 4,78$ мкмоль/л. Следовательно, в условиях изучаемой патологии происходит повышение способности сыворотки к связыванию железа. Видимо, это направлено на компенсацию дефицита железа, имеющего место в крови у больных РА.

Анализ полученных результатов выявил повышение уровня ферритина у больных РА как 1-й ($98,9\pm 2,07$ нг/мл), так во 2-й группе ($106,4\pm 1,56$ нг/мл) пациентов с РА. При этом, по сравнению с референсными значениями уровень сывороточного ферритина в 1-й группе больных становится выше на 12,9%, а во 2-й группе повышается на 21,5%, соответственно. Если учесть, что ферритин относится к острофазным белкам воспаления, то становится очевидным увеличение его уровня в условиях РА, являющегося хронической воспалительной патологией суставов аутоиммунной природы. Наряду с увеличением в крови содержания ферритина у обследуемых больных отмечается заметные сдвиги и в значении растворимых рецепторов трансферрина, значение которого увеличивается по мере снижения уровня гемоглобина крови. Так, если у больных 1-группы его значение превышает референсный уровень на 12,7% ($2,13\pm 0,12$ нг/мл), то у больных 2 -й группы л – в 1,5 раза ($4,63\pm 0,21$ нг/мл). Следовательно, по мере утяжеления анемии у больных РА афинность рецепторов к трансферрину также резко повышается.

Вывод. 1. Анемия в условиях РА характеризуется проявлениями не только качественно-количественными изменениями в эритроцитах крови, но и нарушениями обмена железа в организме, как индикатора нарушения его усвоения, отражая ответную реакцию клеток - потребителей железа, на его развившийся дефицит.

ГЕПАТИТ С БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ШАХАР ВА ТУМАНЛАР КЕСИМИДА СТАТИСТИК ТАХЛИЛ ҚИЛИШ. (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА)

Юлдашев Б.С., Абдуллаев Ў.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги: Гепатит С — энг айёр касалликлардан биридир. Уни бекорга «мулойим қотил» деб аташмайди: кўпинча у йиллаб, ҳаттоки ўн йиллаб ўзини сездирмайди. Ўзини танитишни бошлаганда эса жуда кеч бўлади. Жигарнинг гепатоинфекциялардан бири бўлган С гуруҳи вируси билан яллиғланишига Гепатит С касаллиги деб айтилади. Бошқа гуруҳдаги вируслар ҳам мавжуд, бироқ улар сездирмасдан зарарламайди. Американинг касалликни назорат қилиш ва олдини олиш Маркази маълум қилишича, гепатит С билан хасталанган одамларда, жигар фаолиятининг сурункали бузилишлари ривожланади, хавф - 60-70 фоиз, жигар циррози юзага келади (одатда бу зарарланишдан 20-30 йил ўтиб рўй беради), хавф - 10-20 фоиз, жигар етишмовчилиги кучаяди, хавф - 3-6 фоиз, жигар раки аниқланади, хавф - 1-5 фоиз. Дунё бўйича 330 млндан ортиқ вирусли гепатит билан оғриган беморлар рўйхатга олинган.

Тадқиқотнинг мақсади: Гепатит С билан касалланган беморларни шахар ва туман, жинси, ёши бўйича тарқалганлигини аниқлаш.

Текшириш материаллари: текшириш materiali сифатида Хоразм вилоят Онкология диспансерининг 2019-2020 йил архив маълумотларидан фойдаланилди.

Текширув натижалари: Гепатит С касаллиги билан касаланган жами 1081 нафар бемордан 355 нафари эркак жинсига, 724 нафари аёл жинсига эга эканлиги аниқланди. Шахар ва туманлар кесимиди таққослаб кўрилганда, Урганч тумани (225 нафар)га қараганда Урганч шахри (302 нафар)да касаллик кўп учраган. Вилоятнинг бошқа туманларида сезиларли даражада аниқланган. Аниқланган касаллик ёшга доир ўрганилганда, асосан 40-45 ёшлар ўртаси (36 нафар)да кўп учраган.

Хулоса: хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, касалланиш одатда эркакларга нисбатан кўп (724 нафар) учраган. Шахар ва туманлар кеисимида Урганч шахрида ва ёшга нисбатан 40-45 ёшлардаги инсонларда кўп учрагани аниқланди. Тавсия сифатида ҳар қандай касалликни олдини олиш ва гигиеник қоидаларига риоя этиш шунингдек, кенг қамровли тиббий кўрикларни ўз вақтида амалга ошириш ҳар қандай касалликни олдини олиш инсон саломатлиги учун зарур омил синалади.

МАСТОПАТИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ТУҒРУҚ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГОРМОНАЛ ФОННИ ЎРГАНИШ

Юлдашев О.С., Каримова М.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,

Фаргона Жамоат Саломатлиги тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Мастопатия, сут беши яхши сифатли касаллиги маммология соҳасидаги энг кўп учровчи ташҳис ҳисобланиб, АҚШ да ҳар йили бир миллиондан ортиқ аёлга ушбу ташҳис қўйилади. Ўзбекистонда мастопатия ҳар 100000 аёлга ўртача 1590,3 ҳолатни ташкил этади. Шунга қарамасдан мастопатияларнинг этиологияси номаълум. Лекин гормонал бузилишлар ва мастопатия орасидаги боғлиқлик кўплаб тадқиқотларда тасдиқланган.

Тадқиқот мақсади. Тиреоид патологияси мавжуд ва мавжуд бўлмаган фертил ёшдаги аёлларда гормонал фонни ўрганиш.

Тадқиқот манбаси ва усуллари. Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали базасида мастопатия билан касалланган фертил ёшдаги аёллар

олинди. Беморлар тиреоид патологияси мавжуд - асосий ва мавжуд бўлмаган – назорат гуруҳларига ажратилди ҳамда гормонал фон ўрганилди.

Натижалар. Мастопатия билан касалланган туғриқ ёшдаги тиреоид патологияси мавжуд (асосий гуруҳ) ва мавжуд бўлмаган (солиштира гуруҳ) аёллар гормонал фони ўрганилиб, солиштирилганда аниқландики, асосий гуруҳдаги беморлар қон зардобдаги ТТГ миқдори ўртача $10,59 \pm 1,69$ мкМЕ/мл. ни ташкил этган бўлса, солиштира гуруҳда бу кўрсаткич $2,27 \pm 0,19$ мкМЕ/мл. ни ташкил этди. Бунда $P < 0,001$ ни ташкил қилди. Шу беморларда қон зардобдаги эркин Т₄ миқдори ўртача $16,33 \pm 0,77$ пг/мл. ни ташкил этган бўлса, солиштира гуруҳда бу кўрсаткич $13,89 \pm 0,39$ пг/мл. ни ташкил этди, ва бунда $P < 0,01$ ни ташкил қилди. Тиреопероксидазага нисбатан АТ тиреоид патологияси мавжуд беморларда кескин баланд рақамларда ($333,06 \pm 30,36$ МЕ/мл) кузатилган бўлса, солиштира гуруҳда анча паст кўрсаткичлар ($7,04 \pm 1,36$ МЕ/мл) қайд қилинди ва орасидаги боғлиқлик ишончилиги энг юқори ($P < 0,001$) деб топилди. Аксинча кўпчилик адабиётларда мастопатиянинг асосий сабаби деб келтирилган гиперпролактинемия ва гиперинсулинемия ҳамда тиреоид патология орасидаги боғлиқлик ишончилиги кам бўлиб тиреоид патологияси мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморларда $P > 0,05$ ни ташкил қилди.

Хулоса: Туғриқ ёшдаги аёлларда тиреоид патология мастопатия ривожланиши орасида шончли боғлиқлик мавжуд.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Важным аспектом в оценке состояния пациента следует считать качество жизни (КЖ), так как это позволит оценить состояние пациента не только с позиции болезни, но и в целом. Оценка качества жизни, изучение его сущности, накопление о нем необходимой научной информации стало актуальной проблемой, имеющей высокую общественную и государственную значимость.

Известные исследователи в области качества жизни Б.Ю.Бойцов, Ю.В.Крянев, М.А.Кузнецов считают, что понятие «качество жизни» должно включать все аспекты человеческого существования и предлагают следующую структуру качества жизни, состоящую из оценки: здоровья населения, качества образования, качества природной среды, духовности. Наиболее распространенной трактовкой качества жизни является социологическая характеристика, выражающая качество удовлетворения материальными и культурными потребностями людей, включающей качество питания, одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, уровень образования, качество сферы обслуживания, качество окружающей среды, уровень досуга, удовлетворение в общении, занятиях, творческом труде.

Измерение «качества жизни» осуществляется путем измерения объективных условий и субъективных оценок жизни. Потребности и интересы людей индивидуальны, и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты.

Таким образом, оценка качества жизни выступает в двух формах: в степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности.

Психологическим индикатором качества жизни является степень удовлетворенности разными сферами жизни и положительная согласованность с психикой, адекватностью личности. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) определяют качество жизни как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Поэтому понятие «качество жизни» – это интегральная оценка характеристики физического,

психологического и социального функционирования человека, основанное на его субъективном восприятии. Анализ научной литературы по проблеме качества жизни показывает, что многообразие определений основывается на двух подходах: объективной и субъективной оценке условий существования.

Различие интерпретаций понятия качества жизни свидетельствует о склонности исследователей понимать под данным термином некую комплексную характеристику, интегральный показатель, характеризующий степень развития и полноту удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов личности. Считается, что понятие «качество жизни» объединяет показатели не менее, чем четырёх разных, но взаимосвязанных

друг с другом областей:

физической (физическое самочувствие – комбинация проявлений здоровья и/или болезни);

функциональной (функциональные возможности – способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью);

эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса);

социальным статусом (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми).

В современной зарубежной медицине широко распространен термин «качество жизни, связанное со здоровьем», подразумевая, что существует и другой аспект, который со здоровьем не связан: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений.

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека.

Установлено, что среди 15 наиболее важных компонентов понятия качества жизни значатся здоровье и понимание самого себя, а среди наиболее высоко коррелирующих с качеством жизни в целом – материальный комфорт, здоровье и активный отдых (развлечение).

Согласно рекомендациям Организации Объединенных Наций (ООН), социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Эксперты Европейской экономической комиссии систематизировали восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии. Этот ведущий компонент

качества жизни особенно значим для лиц пожилого и старческого возраста.

Эксперты ВОЗ, разрабатывая мероприятия по повышению качества жизни, рекомендуют, чтобы люди в пожилом возрасте оставались самостоятельными и вносили продуктивный вклад в жизнь своих семей и общин, они должны обладать достаточно хорошим здоровьем. Использование такого понимания качества жизни предполагает ориентацию медико социальных структур не только на проведение различных лечебно-профилактических мероприятий (медикаментозное и оперативное лечение, реабилитация), но и на поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену

общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения.

СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лечение переломов проксимального конца плечевой кости у детей представляет собой один из актуальных вопросов современной травматологии.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения переломов проксимального конца плечевой кости у детей на основе усовершенствования методов диагностики и внедрения в клиническую практику методов металло остеосинтеза.

Материалы и методы исследования: За период с 2016 по 2020 годы в отделение травматологии, ортопедии и последствий травм областной больницы г. Ургенча находились на лечение 25 больных с переломами проксимального конца плечевой кости у детей. Из них от 5 до 7 лет, больных детей 2 (8%); от 7 до 11 лет- 7 (28%) больных; и в возрасте от 11 до 14 лет 16 (64%) больных.

Всем больным проведено клиническое, рентгенологическое и антропометрическое исследование до и после лечения на различных сроках.

Для оперативного лечения больных была разработана методика стабильно-функциональный остеосинтез при сохранности движение сустава.

После вскрытия области перелома, освобождается поверхность *костных отломков от* мягких тканей и сопоставляются. В сагиттальной плоскости под углом 120° перекрестно проводится 2 спицы, а третья спица проводится по направлению с верхом вниз интрамедуллярно. После определения стабильности фиксации, кожа и мягкие ткани послойно сшиваются. От верхне-средней и средней трет плечевой кости во фронтальной плоскости параллельно с расстоянием 5-6 мм проводится 2 спицы и закрепляется на 2 полукольца аппарата Иллизарова. После чего перекрестно, интрамедуллярно проведенные 2 спицы дугообразно сгибая закрепляется на спиц натягиватель.

Результаты: При повторном исследовании на рентген снимке наблюдалось: у 15 больных полное сращение костных отломков, у 8 больных сращение удовлетворительно, и у 2 больных медленное сращение костных отломков.

Применение функционального без иммобилизационного способа лечения с индивидуальным остеосинтезом спицами, введенными через надмыщелки плечевой кости позволяет совместить по времени консолидацию перелома с восстановлением функции плечевого сустава, получить хорошие анатомические и функциональные результаты в 96% случаев, значительно сократить длительность стационарного лечения.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ АЙРИМ ХУДУДЛАРИДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШ ТЕНДЕНЦИЯСИ ВА МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Юлдашев Б.С. Хаджимуратова М.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Сут беши ўсмаси (СБЎ) – аёлларда кўп учрайдиган онкологик касаллик ҳисобланади. Хар йили сут беши саратони ташхиси 1,5 млн аёлларга кўйилади. Бу аҳолидаги барча ёмон сифатли ҳосилаларнинг 25% ни ташкил қилади. [1]. Деярли бир аср давомида барча мамлакатларда ушбу касалликдан келиб чиққан ўлим ҳолатлари сони ортиб бормоқда. Европа иттифоқида СБЎ нинг 250 минг янги ҳолати ташхис қилинади ва 60 мингта касаллар шу касалликдан вафот этади. Сут беши рак олди касалликлари—патологик жараён бўлиб, аденокарцинома пайдо бўлишига олиб келади.

Рак олди ҳолатлари турлича клиник курунишда бўлади. Афсуски, биз ДГни даволашда тиббий ҳушёрликнинг пастлигини ва даволаш ёндашувларнинг бир хиллигини айтишимиз керак. Бу ҳолатнинг сабабини мастопатиянинг клиник кўрунишларининг кенг полиморфизми, касалликни келтириб чиқарадиган кўплаб омиллар, касалликнинг узок давом етиши, шу жумладан касаллик аниқланмаган давр деб ҳисоблаш мумкин.

Ишнинг мақсади. Аёллардаги дисгормонал касалликларнинг рак олди ҳолатлари билан боғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва услублар:

2015-2018 йилларда РИО ва РИАТМ Хоразм филиали поликлиника бўлимига муружат қилган беморларнинг амбулатор карталари ва уларнинг касалликлар тарихлари бўйича ретроспектив тахлили.

Натижалар: РИО ва РИАТМ Хоразм филиали поликлиника бўлимига муружат қилган жами 393 та аёлларнинг амбулатор карталари тахлил қилинди, шулардан 178 (45,24%) та фиброз-кистоз мастопатия (ФКМ), 120(30,53%)та фиброаденома (ФА), 32(8,12%)та тугунли ёки фиброз мастопатия(ФМ), 7(1,78%)та стетонекроз, 20(5%) та папиллома, 14(3,5%) та кистоз мастопатия(КМ), 14(3.5%) липома, 8 (2%) дуктоэктозия касалликлари аниқланди.

Беморларни ёш жихатдан ажратадиган бўлсак, 18-44 ёшгача 283 (72%) та бемор, 45-59 ёшгача 71(18%) та бемор, 60-74 ёшгача 28 (7%) та бемор, 75-90 ёшгача 11(2,7%) та бемор 90 ёшдан юқори бўлган беморлар кузатилмади.

Бундан куруниб турибдики сут безининг рак олди касалликлари аёлларнинг 18-44 ёшгача булган бўғинида купроқ кузатилиб, гормонал статуснинг ўзгариши бундай аёлларда сут беzi ўсмасига дисплазияланишиг сабаб бўлади. Урганилган аёлларнинг 47 тасида бундай ўзгаришлар мавжуд бўлиб, улардаги хавфсиз ўсмалар малигнизатциланиб, хавfli ўсмаларга айланишини кузатдик. Албатта бу жуда ёмон кўрсаткич булиб, жами ўрганилган касалларнинг 11% ини ташкил этади. Бундай аёлларнинг анамнезида нормал жинсий хаётнинг мавжуд эмаслиги, кўп бола ташлаш, абортлар сонининг кўплиги ва доимий жинсий аъзоларда бўладиган яллиғланиш ва киста касалликларининг мавжудлиги илмий ишимизда мухим ахамиятга эга.

Хулоса киладиган бўлсак, аёллардаги рак олди жараёнларини, пролиферацияланиш механизмларини, гормонал статусга, ёшга боғлиқлигини (энг кўп ёшларда 18-44 ёш -72% ҳолатда), яхши сифатли ўсмаларнинг малигнизацияланиш даражасини ўрганиш, сут беzi саратонини эрта аниқлашда ва олдини олишда мухим ахамиятга эга ҳисобланади ва поликлиника, бирламчи тиббий хизмат звеноларида онкологик эхтиёткорликни кучайтириш ёш аёллар ўртасида касалликнинг кенг тарқалиш ҳолатларининг олдини олиш учун хизмат қилган бўлар эди.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОТЕХНОЛОГИЙ

Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. Обследовано 115 больных с верифицированным диагнозом желчнокаменная болезнь от 35 до 80 лет. Основная группа – 55 человек, прооперированных лапароскопически; контрольная – 60 человек, прооперированных лапаротомически. Проведен анализ результатов оперативного лечения и послеоперационного периода. Выявлено, что эндовидеохирургические вмешательства – метод выбора при холедохолитиазе.

Цель. Анализ ценности эндовидеохирургии при холедохолитиазе.

Материалы и методы. 115 больных с диагнозом ЖКБ разделены на основную группу (55 человек, прооперированных лапароскопически) и контрольную (60 человек, прооперированных лапаротомно). Критерии анализа: продолжительность операции;

послеоперационный болевой синдром; длительность назначения анальгетиков; длительность пребывания в стационаре.

Результаты и их обсуждение. Болевой синдром в течение 6 часов после операции составил 2,41 балла в основной группе и 6,98 балла в контрольной. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). Длительность назначения анальгетиков в днях: основная группа – наркотические 1,37 и ненаркотические 1,98; контрольная – 3,36 и 4,17 соответственно. Пребывание в стационаре после лапароскопии – 7,1 дней, после лапаротомии – 10,96 дней. Длительность операции – 101,27 минут основной группы против 96,7 мин у контрольной.

Выводы. После лапароскопической операции менее выражен болевой синдром, сокращена длительность назначения анальгетиков и срок пребывания в стационаре. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). На продолжительность операции вид доступа не влияет. Эндовидеохирургия имеет преимущества и даёт хорошие результаты после операции, что даёт возможным считать их методом выбора у пациентов с ЖКБ.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI

Юлдашова Р.У., Жарылкасынова Г.Ж., Жунаидов А.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день, по соглашению Маастрихт IV, рекомендуется эрадикация *Helicobacter Pylori* (*H. Pylori*) у пациентов с подтвержденной персистенцией инфекции и железодефицитной анемии (ЖДА) после исключения других этиологических факторов. При этом, роль *H. Pylori* в развитии ЖДА, влияние на резистентность к лечению препаратами железа (ПЖ) требуют дальнейшего, более глубокого исследования.

Цель. Изучить динамику уровня гемоглобина при терапии ЖДА препаратами железа различных групп у пациентов с *H. Pylori*.

Материал и методы. Исследование включало 56 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет с ЖДА средней степени тяжести, у которых по результатам лабораторных исследований был подтверждено наличие *H. Pylori*. Пациенты включали 21 мужчин и 35 женщин. Исследование состояло из 2 этапов.

На первом этапе пациенты были разделены на 2 однородные группы, основную и сравнительную по 28 пациентов в каждой. Пациенты основной группы принимали препараты трехвалентного железа в виде таблеток по 100 мг 1 раз в сутки. Пациенты сравнительной группы принимали препараты двухвалентного железа в виде препаратов железа сульфата по 100 мг 1 раз в сутки.

На первом этапе пациенты получали ферротерапию в течении 1 месяца без сопутствующей эрадикационной терапии. На втором этапе исследования все пациенты наряду с ферротерапией получали эрадикационную терапию согласно рекомендациям Маастрихт-4.

Результаты. Анализ данных к концу первого месяца лечения показал, что в обеих исследуемых группах наблюдалось повышение уровня гемоглобина. При этом статистически различия в сравнении с показателями до лечения были не достоверны вследствие достаточно широкого разброса показателей в самой выборке. В целом можно констатировать, что в основной группе определялось повышение среднего уровня гемоглобина на 10,7%, тогда как в сравнительной группе показатель увеличился на 13,8%.

Следует отметить, что повышение среднего уровня гемоглобина на 10 г/л в течение 4 недель, которое считается согласно общепринятым стандартам критерием успешности ферротерапии было достигнуто только в группе сравнения.

На втором этапе исследования все пациенты наряду с ферротерапией получали курс эрадикационной терапии. Анализ данных к концу второго месяца лечения показал, что в обеих исследуемых группах наблюдалось статистически достоверное повышение уровня гемоглобина ($p < 0,05$). При этом статистически достоверных различий в показателях к концу 2 месяца лечения у основной и сравнительной группах выявлено не было. Следует отметить, что в обеих группах после проведения эрадикационной терапии удалось достигнуть уровня прироста гемоглобина более 10 г/л в течение 4 недель, которое считается согласно общепринятым стандартам критерием успешности ферротерапии.

Заключение. Инфицирование *H. Pylori* является значимым фактором, влияющим на терапевтическую эффективность препаратов трехвалентного железа. Данный факт необходимо учитывать при назначении данной группы препаратов при ферротерапии и при подтверждении наличия *H. Pylori* целесообразно проводить сопутствующую эрадикационную терапию.

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Юсупова М.А., Матризаева К.М.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) во время беременности может проявляться бессимптомной бактериурией (ББ), острым циститом, острым пиелонефритом (или обострением хронического пиелонефрита). Клинические проявления заболевания зависят от типа уропатогенов, их вирулентности, резистентности к антимикробным препаратам, наличия или отсутствия факторов, влияющих на состояние уродинамики, а также от общего состояния организма. ИМП может повышать риск развития серьезных акушерских и неонатальных осложнений беременности и родов: анемии, артериальной гипертензии, преждевременного излития околоплодных вод, рождения детей с низкой массой тела (< 2500 г), что, в свою очередь, приводит к повышению перинатальной смертности. Инфекция мочевыводящих путей поражает 5–10% беременных женщин. При беременности выделяют три клинических варианта ИМП: бессимптомную бактериурию, острый цистит и пиелонефрит. ББ – микробиологический диагноз, основан на результатах культуры образца мочи. ББ является фактором риска симптоматической ИМП, серьезных материнских и фетальных осложнений.

Лечение инфекции мочевыводящих путей у беременных женщин относится к числу актуальных проблем как в акушерстве, так и в нефрологии, однако, несмотря на успехи достигнутые в этом направлении, проблема все еще далека от разрешения. Это связано с ограниченным выбором антимикробных препаратов из-за их возможного трансплацентарного перехода с неблагоприятным влиянием на плод, развитием резистентности возбудителей к ранее применяемым препаратам, нередко латентным или рецидивирующим течением инфекции во время беременности. Рекомендованы скрининг и лечение ББ у всех беременных.

ТИРЕОИД ПАТОЛОГИЯСИ МАВЖУД ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Юлдашев О.С., Султанов Ш.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали. Урганч. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Мастопатия, сут бези яхши сифатли касаллиги маммология соҳасидаги энг кўп учровчи ташҳис ҳисобланиб, АҚШ да ҳар йили бир

миллиондан ортиқ аёлга ушбу ташҳис қўйилади. Ўзбекистонда мастопатия ҳар 100000 аёлга ўртача 1590,3 ҳолатни ташкил этади. Шунга қарамасдан мастопатияларнинг этиологияси номаълум. Лекин тиреод патология ва мастопатия орасидаги боғлиқлик ҳамда, тиреоид патология ва сут бези саратони орасидаги боғлиқлик кўплаб тадқиқотларда тасдиқланган.

Тадқиқот мақсади. Тиреоид патология билан касалланган фертил ёшдаги аёлларда сут бези ҳолатини УТТ да ўзгаришларни аниқлаш.

Тадқиқот манбаси ва усуллари. Тадқиқот манбаси сифатида Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали базасида тиреоид патология билан кузатувда бўлган 105 та фертил ёшдаги аёллар олинди, сут бези ҳолатини УТТ да BI-RADS – тизими бўйича баҳоланди.

Натижалар. Тиреоид патология билан касалланган фертил ёшдаги аёлларнинг катта қисмида сут бези патологиясига ҳос ўзгаришлар аниқланади. BI-RADS - 0 (текширувнинг нотўлиқлиги ёки сифатининг етишмовчилиги) – қайта текширувни ёки бошқа нур ташҳис усуллари талаб қилади. Тадқиқотимизда ушбу тоифага оид 2 та (1,9%) ҳолат кузатилди. Тиреоид патология билан касалланган фертил ёшдаги аёлларнинг 21 таси (20%) да сут безида патологик ўзгаришлар аниқланмади, 84 таси (80%) да эса сут безида патологиясига ҳос ўзгаришлар кузатилди. BI-RADS 0 тоифага ҳос, ҳажми катталиги боис УТТ да тўлиқ кузатиш имкониятига эга бўлмаган 2 та ҳолат АИТ билан касалланган беморларда кузатилди. BI-RADS 1 тоифага ҳос ўзгаришлар асосан (17 та) йод етишмовчилик натижасидаги бўқоқлар (ЙЕБ) билан бирга келган бўлса, BI-RADS 2,3,4 тоифага ҳос ўзгаришларнинг ҳам катта қисмини АИТ билан касалланган беморларда ташкил этди.

Хулоса: Тиреоид патология билан касалланган фертил ёшдаги аёлларнинг катта қисмида сут бези патологиясига ҳос ўзгаришлар аниқланади. Тиреоид патология орасида АИТ ва сут бези саратони ҳавфи орасида ишончли боғлиқлик мавжуд.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У НОВОРОЖДЁННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Юлдашев М.Э., Н. Ш. Эргашев

Урганчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одна из ведущих причин экстренной госпитализации новорожденных – острые процессы в брюшной полости. В отделение хирургии новорожденных Ташкентская городская детская хирургическая клиническая больница № 2, ежегодно госпитализируется 12–17 детей с осложненным течением некротического энтероколита. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 77 новорожденных с клиникой энтероколита (за 2018–2021 годы). У 61 ребенка была выявлена перфорация различных отделов кишечника. Основную группу составили 16 детей с неперфоративным перитонитом, из них в возрасте до 7 дней – 10 (63%), в возрасте 1–3 нед – 6 (37%). У 1 ребенка масса тела при рождении составляла <1 кг, у 4 – от 1 до 2 кг, а у 11 новорожденных – более 2 кг; 75% детей имели гестационный возраст более 32 нед. У большинства детей (88%) процесс локализовался в тонкой кишке, причем в 13% случаев выявлено изолированное поражение тощей кишки, в 6% – подвздошной, в 37% – тотальное поражение тонкой кишки, а в 19% – сочетанное поражение дистального отдела подвздошной кишки и илеоцекального угла. Воспаление меккелева дивертикула наблюдалось в 13% случаев, а в 12% была поражена толстая кишка. Во всех случаях в брюшной полости обнаружен воспалительный выпот. Хирургическая тактика была следующей: 4 детям был наложен прямой межкишечный анастомоз, 2 – дистальная илеостома, 2 – аппендикостома, 1 – гастростома, 1 (по тяжести состояния) – лапаростома. В 3 случаях произведено рассечение спаек. Удаление меккелева дивертикула в одном случае произведено лигатурным способом, в другом – путем резекции с наложением прямого анастомоза. На основании проведенного ретроспективного анализа можно сделать вывод, что у новорожденных детей с осложненным энтероколитом

возможно лечение путем одномоментного восстановления целостности кишечной трубки с декомпрессией пораженной кишки.

ИЗУЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ .

Юлдашева С.Х.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Системная красная волчанка – сложное заболевание, причина которого не известна. На данный момент СКВ является неизлечимым заболеванием.

Цель исследования- Изучить поражения внутренних органов больных с СКВ
Задачи исследования: Выявить поражения внутренних органов больных с СКВ .

Материалы и методы: Мы изучили данные у больных с 2016 до 2019 года. СКВ встречается преимущественно у молодых (20—30 лет) женщин, однако случаи заболевания нередки у подростков и людей более старшего возраста (более 40—50 лет). Среди заболевших отмечается только 10% мужчин, однако болезнь протекает у них тяжелее, чем у женщин. Провоцирующими факторами часто оказываются инсоляция, лекарственная непереносимость, стресс; у женщин — роды или аборт. Дисфункция печени не считается основной патологией органов в СКВ а нарушения функции печени не включены в классификационные и диагностические критерии СКВ. Частота дисфункции печени или аномальные значения фермента печени в течение СКВ варьировались от 19% до 60% Более того, распространенность гепатомегалии у пациентов с СКВ варьировалась от 12 до 55% Флуктуации в значениях аланиновой трансаминазы, соответствующие активности СКВ, отмечались у некоторых пациентов с СКВ однако никакой корреляции между активностью СКВ и частотой заболевания печени не было выявлено ни в одном из рассмотренных случаев. Это расхождение может быть связано с различными причинами дисфункции печени или аномальными значениями ферментов печени у пациентов с СКВ. На сегодняшний день было мало систематических обзоров литературы по сопутствующим случаям СКВ и ПБК, а клинические признаки и патофизиология сопутствующих случаев СКВ и ПБК остаются неясными. Тем не менее, может быть необходимо различать осложнения РВС у пациентов с СКВ с участием печени, потому что некоторые пациенты с ПБК могут прогрессировать до скрытой конечной печеночной недостаточности, а длительное использование глюкокортикостероидов для СКВ потенциально связано со значительными побочными эффектами, включая остеопороз , которая колеблется от 20% до 44% у пациентов с ПБС, увеличиваясь с прогрессированием ПБК Напротив, печень является мишенью аутоиммунных реакций, как это наблюдается при аутоиммунных заболеваниях, таких как аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (РВС) и первичный склерозирующий холангит (PSC). Участие печени у пациентов с СКВ включает в себя несколько заболеваний печени или сам по себе СКВ, и необходимо различать причины дисфункции печени или аномальные значения фермента печени. Тем не менее, иногда сложно проводить различия между причинами поражения печени у пациентов с СКВ, а использование иммуносупрессивной терапии СКВ может исказить клинические и лабораторные данные о лежащем в основе аутоиммунного заболевания печени, что приводит к диагностической задержке или оккультной прогрессированию цирроза печени (LC)

В результате исследования. По анализам и клиническим обследованиям поражения кожи в начале заболевания проявляются лишь у 20-25% больных, у 60-70% больных они возникают позже, у 10-15% кожные проявления болезни и вовсе не возникают. Кожные изменения проявляются на открытых для солнца участках тела: лицо, шея, плечи. Поражения имеют вид эритемы (красноватые бляшки с шелушением), по краям расширенные капилляры, участки с избытком или недостатком пигмента. На лице такие изменения напоминают вид бабочки, так как поражается спинка носа и щеки. Выпадение

волос (алопеция), проявляется редко, обычно поражая височные области. Волосы выпадают на ограниченном участке. Повышенная чувствительность кожи к солнечным лучам (фотосенсибилизация), возникает у 30-60% больных. Покраснение, снижение пигментации, нарушение питания тканей губ (хейлит). Раздражительность, депрессия – редко. Энцефалопатия (21-67%).

БАҲСЛИ ОТАЛИК ВА ОНАЛИК ЭКСПЕРТИЗАСИ МУАММОЛАРИНИ ДЕРМАТОГЛИФИК ЕЧИМИ

Юсупов М. А., Юлдашев Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Суд тиббиёти ходимларининг дерматоглификага қизиқиши айнан мунозарали оталик бўйича экспертиза билан боғлиқлиги учун юзага келди. *Cummins H* ва *Midlo C* бармоқлар нақшларини наслдан-наслга ўтиш қонуниятларидан ана шу экспертизалар учун мувофиқлаштириб фойдаланди. Мазкур мавзу бўйича *T. Д. Гладкова*, *Ferak V.*, *Stucovskiy K.* ҳам илмий изланишлар олиб борган, мунозарали оталикнинг баъзи муаммоларини *Н. Терзиева* нинг мақоласида ҳам қисқача кўриб чиқмиз мумкин. Мунозарали оталик, оналик ва болаларнинг алмашиб қолишидаги экспертизаларда дерматоглифик усулларга бўлган эҳтиёж, ДНК текширувини кўламини камайтириш билан бир қаторда ушбу масалани ечимини топишдаги сарф харажатлар ҳажмини камайтиради. Шу сабабли биз Ўзбек прпуляциясига оид инсонларнинг бармоқ изларини айнан баҳсли оталик экспертизаларида ўтказиладиган текширувлар тимсолида ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқот материал ва усуллари: текширув материали бўлиб 35 та 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган ўғил болалар ва 28 та айнан шу ёшдаги қиз болалар, жами 29 та оила триплети бармоқ андозалари таҳлил қилинди. Бармоқ андозаларини олишда бўёқсиз сканерлаш усулидан фойдаланилди. Нақшларни таҳлил қилишда О.Ж.Кўзиев томонидан таклиф этилган таснифдан фойдаланилди.

Иккала қўлларда ульнар ҳалқалар бўйича ота ва боланинг тўлиқ ўхшашлиги 23,46%, ўнг қўлда – 29,7%, чап қўлда – 34,8% кузатилади.

Ота ёки онасида кузатилмайдиган нақшлар болаларнинг 10% ида кузатилади. Ульнар ҳалқалар бўйича ўхшашликдан ташқари, бошқа нақшлар бўйича, яъни уларнинг тенг комбинациясидаги (гажак, ҳалқа ва шу кабилар) отаси ва болаларининг иккала қўлларида тўлиқ ўхшашлик 8,4%, битта ўнг қўлида – 14,8% ва чап қўлида – 16% ҳолларда кузатилади. Отаси ва болаларида умумий ўхшашлик: иккала қўлларда – 31,86%, ўнг қўлда – 44,5%, чап қўлда – 50,8%.

Хулоса. Олинган натижалардан суд тиббиёти амалиётида баҳсли оталик экспертизасини ўтказиш жараёнида, экспертлар олдига қўйилган саволларни ҳал қилишда фойдаланиш мумкин.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

Юсупов Ш.Р., Матякубова А.У.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Туберкулез одна из коварных инфекционных заболеваний. В Хорезмском областном противотуберкулезном диспансере фтизиатры проводят диспансерное наблюдение детей и подростков по месту жительства. Также уточняется диагноз, активность туберкулезного процесса у лиц с впервые выявленными изменениями кальцинаты, плотные очаги.

Цель исследования: показать структуру групп диспансерного наблюдения и выявление в них больных туберкулезом.

Материалы и методы: по материалам годовых отчетов и за 2020 г. проанализированы группы диспансерного наблюдения среди детей и подростков, в которых выявлялись больные туберкулезом.

Результаты: по материалам наблюдения в 2020 г. в представленных группах диспансерного наблюдения наблюдалось в среднем 98 детей и подростков. При этом контингенты диагностической «0» группы составляли 8,6 % (n=42), контактные (I группа) — 24,9 % (n=25), II группа — 66,4 % (n=6461) чел. В группы повышенного риска заболевания туберкулезом входили контактные и лица, выявленные по результатам иммунологических проб. За 1х летний период наблюдения среднее число контактных в I группе учета было 242 чел. В 2021 году число контактных осталось на уровне 2020 года. Среди всех лиц I группы учета, наблюдавшиеся в I «А» группе учета составляли 45,8 %, I «Б» группе 54,2 %. В 2020 году число лиц, состоящих в контакте с больными бактериовыделителями, снизилось на 4,5 %, что обусловлено уменьшением числа бактериовыделителей в территории, а в I «Б» осталось на уровне 2013 года. Заболеваемость детей и подростков в I «А» в среднем 943,5 на 100 тыс., в I «Б» группе — в 2021 г. — 307,2 на 100 тыс. (в 2020 г. — отсутствовала). В I группе диспансерного учета наблюдалось 64 чел. При этом I «А» группа составляла — 64,0 % (n=41 чел.), I «Б» группа 17,3 % (n=1121 чел.), I «В» группа — 18,7 % (n=1209 чел.). За 2 года наблюдения число лиц, состоящих в I «А» группе, уменьшилось на 5,3 %, в то время как в группах число пациентов оставалось стабильным. Снижение числа детей и подростков в I «А» группе в 2020 году, по сравнению с 2021 г. обусловлено постановкой при отборе на учет пробы с аллергеном туб

беркулезным рекомбинантным диаскинтест), что позволило отказаться от диагноза первичного туберкулезного инфицирования (первичный период туберкулезной инфекции).

Выводы: Таким образом, качественно проводимые мероприятия в группах повышенного риска заболевания способствуют снижению показателя заболеваемости туберкулезом детей и подростков. При работе с «контактными» в очагах туберкулезной инфекции целесообразно особое внимание уделять изоляции детей и подростков от источника инфекции.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Юсупов Ш.Р., Матякубова А.У.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Туберкулез очень опасная, социальная болезнь. В Хорезмской области плановые контрольные флюорографические обследования подростков проводятся в возрасте 12 лет и чередуются с постановкой иммунологических проб. От качества осуществляемых противотуберкулезных мероприятий зависит выявление больных туберкулезом.

Цель работы: изучить роль плановых контрольных флюорографических обследований у подростков в диагностике туберкулеза.

Материалы и методы: проведен анализ показателя заболеваемости туберкулезом подростков и методов выявления болезни среди подростков в Хорезмской области за (2020 г.).

Результаты и материалы исследования: заболеваемость подростков за последние пять лет наблюдения составляла в среднем 28,3 на 100 тыс. и уменьшилась по сравнению с предшествующим пятилетием (2020 г.) в 1,4 раза. При этом показатель заболеваемости подростков в 3,5 раза был больше заболеваемости детей и в 1,8 раза меньше данного

показателя среди всего населения области. Среди подростков преобладали лица 15 лет. Анализ показателя заболеваемости по возрастам показал, что она была одинаковой у подростков 16 лет (34,6 и 33,4 на 100 тыс.) и в 1,8 раза была меньше у лиц 15-ти летнего возраста (18,5 на 100 тыс.). Каждый второй заболевший был учащийся

школ (59,5%), каждый третий обучался среднем учебном заведении (27,8%). При этом основная роль в выявлении туберкулеза у подростков принадлежала плановым контрольным флюорографическим обследованиям. Всего за период наблюдения контрольными флюорографическими обследованиями было охвачено 99,3% подростков, проживающих в области. Охват подростков флюорографией в 15, 16 лет был одинаковым (соответственно: 99,3%; 99,4%; 99,5%). По результатам флюорографии патология в легких диагностирована у 543 подростков (3,3%).

Выводы: контрольные флюорографические обследования подростков являются основным методом диагностики туберкулеза. Из числа лиц, не прошедших флюорографию в 15 лет в последующие годы могут рекрутироваться больные в возрасте 16 лет.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Юсупов Ш., Машарипова Ш., Матякубова О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы: Воздух - это источник жизни, без которой невозможно существование жизни на Земле. Воздух является средой, содержащей значительное количество микроорганизмов. С воздухом микроорганизмы могут переноситься на значительные расстояния.

Цель нашей работы: Изучить состав нормальной микрофлоры воздуха и его отрицательные влияния на организм человека.

Материал и методы исследования: Состав микрофлоры воздуха разнообразен и значительно изменяется в зависимости от условий. Микроорганизмы в воздухе могут находиться только временно, так как в нем отсутствует необходимая питательная среда. Количество микроорганизмов в жилых помещениях зависит от их санитарно-гигиенического состояния, воздух считается чистым при содержании в 1 м³ не более 1500 бактерий и 16 стрептококков. Воздух может служить фактором передачи респираторных вирусных заболеваний (ОРВИ), гриппа, туберкулеза, дифтерии, стафилококковой инфекции и др. Микробы могут распространяться токами воздуха, воздушно - пылевым и воздушно — капельным путем. При чиханье, кашле, разговоре больной человек выбрасывает в окружающую среду на расстояние 1-1,5 м и более вместе с каплями слизи, мокроты патогенные бактерии. В естественных условиях в воздухе встречаются около 100 различных видов микроорганизмов, главным образом непатогенных. Микрофлора воздуха представлена в основном микрококками, сарцинами, спороносными аэробными бактериями, различными видами *Penicillium aspergillus* и др. Обнаружено, что в воздухе над морем по мере удаления от берега количество микрофлоры резко снижается, а на расстоянии свыше 100 км от берега вообще не удалось обнаружить никаких микроорганизмов. Установлено, что в зоне крупных зеленых массивов задерживается от 50 до 90% пыли. Человек в среднем вдыхает за сутки 12000-14000 л воздуха, причем 99,8% микробов, содержащихся в воздухе и они задерживаются в дыхательных путях. В последнее время для обеззараживания воздуха в некоторых производственных предприятиях, лечебных учреждениях и холодильных камерах успешно применяют ультрафиолетовое облучение.

Выводы. Таким образом можно сказать что воздух, содержащий патогенные микробы, опасен для здоровья, так как он может послужить источником инфекционного заболевания и для профилактики этих заболеваний необходимо снизить токсичность производственных газов для предотвращения загрязнения атмосферного воздуха.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Юсупова И.А

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Введение. COVID-19 (от англ. Coronavirus disease 2019) — новое эпидемическое инфекционное заболевание, характеризующееся сравнительно высокой контагиозностью и вероятностью развития грозных осложнений в виде острого респираторного дистресс-синдрома, острой дыхательной и полиорганной недостаточности. До 2002 года коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). Патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно. Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARS-CoV-2 в настоящее время отсутствуют. Иммунитет при инфекциях, вызванных другими представителями семейства коронавирусов, не стойкий и возможно повторное заражение.

Цель работы — систематизация информации о клиническом течении коронавирусной инфекции COVID-2019 у больных лечившихся в спортивном комплексе г.Ургенча Хорезмской области, временно переоборудованном для лечения коронавирусных больных, с июля по август месяцы 2020 года.

Материалы и методы: Была изучена клиническая картина заболевания у 110 больных с коронавирусной инфекцией. Средний возраст больных составил 45 лет. Почти половина опрошенных больных были в контакте с инфицированными, несмотря на ранее проводимые профилактические беседы и мероприятия.

Клиническая симптоматика COVID-19: лихорадка у 87 больных (79% больных обратившихся за медицинской помощью), обычно субфебрильная (до 37,5°C), респираторные симптомы: кашель 20 (18%), в тяжелых случаях — одышка 3 (2,7%).

Симптомы интоксикации: усталость и резкая слабость (48,1%), головная боль (10,6%), диспепсия (6%) и диарея (3,7%). Миалгия и ощущение сдавления грудной клетки 44%, кровохарканье у 15% больных.

Наиболее частые проявления тяжелых случаев - пневмония (76%) и гипоксия.

Бессимптомная (у 1–3%); легкая (с поражением только верхних дыхательных путей); среднетяжелая (пневмония без дыхательной недостаточности), тяжелая (пневмония с развитием дыхательной недостаточности, частота дыхательных движений (ЧДД) ≥ 30 в минуту, сатурации $\leq 93\%$).

Лечение нетяжелых форм COVID-2019 — проводилось симптоматическое с использованием оральной регидратации, жаропонижающих средств, средств от насморка и др. При отсутствии осложнений полное выздоровление может наступало в течение 7–10 сут. Тяжелые и осложненные формы коронавирусной инфекции потребовали госпитализации и интенсивной терапии. У 35 (31,8%) пациентов преклонного возраста с тяжелым течением COVID-19 на первой неделе заболевания развилась пневмония. При перкуссии определялось притупление легочного звука. В легких с обеих сторон выслушивались влажные хрипы. На высоте вдоха хрипы становились более интенсивными, после кашля они не исчезали, не менялись в зависимости от положения тела больного (сидя, стоя, лежа). При рентгенографии отмечалась инфильтрация в периферических отделах легочных полей. Отмечалась дыхательная недостаточность. У всех этих больных отмечались сопутствующие заболевания (Наличие в анамнезе вирусных гепатитов, артериальной гипертензии, повышенная свертываемость крови).

Заключение. Заболевание считается тяжелым и высококонтагиозным, поэтому меры профилактики имеют огромное значение для профилактики. К мерам профилактики данного заболевания относятся: соблюдение правил личной гигиены (мыть руки с мылом не менее 20 мин), использование одноразовых медицинских масок, которые должны меняться каждые 2 часа, соблюдение дистанции не менее 2 м, своевременное обращение в лечебные учреждения за медицинской помощью в случае появления симптомов острой

респираторной инфекции является одним из ключевых факторов профилактики осложнений. По состоянию на начало марта 2020 г., рекомендуется руководствоваться национальными рекомендациями и основными рекомендациями ВОЗ по профилактике и лечению коронавирусной инфекции COVID-2019 и ее осложнений.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Юсупова И.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Переломы шейки бедренной кости со смещением костных отломков, вколоченные и вальгусные переломы без смещения, как правило, лечатся методом остеосинтеза. Основным недостатком этого метода является резкое нарушение кровоснабжения головки. Даже при правильном послеоперационном введении субкапитальных переломов, асептические некрозы головки бедра составляют 20 % и более. При этом роль остеосинтеза в лечении переломов со смещением костных отломков остается спорным.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения больных с переломами шейки бедренной кости и ложными суставами, лечившихся оперативно в Хорезмской области.

Материалы и методы: Изучены результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у 52 больных: 40 женщин (76%), 12 мужчин (23%).

Все больные с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости были прооперированы с 2018 по 2021 гг. в отделении ортопедии Хорезмского Областного Многопрофильного Медицинского Центра №1 г. Ургенча.

Результаты и обсуждение: Заживление раны первичным натяжением отмечено у 49 больных (94,3%). У 3 пациентов (5,7%) рана зажила вторичным натяжением. Результаты лечения 32 больных были прослежены в период от 1 до 3 лет. Переломы шейки бедренной кости выявлены у 10 (19 %) больных, 32 (61,%) больных - с ложным суставом шейки бедра, больные с диспластическим коксартрозом 10 (19%).

В основном для эндопротезирования тазобедренного сустава пользовались тотальным эндопротезами немецкого производства ZIMMER и китайского IRENE.

Выводы. Эндопротезирование является методом выбора при переломах шейки бедра, ложных суставах и диспластических коксартрозах.

Этот метод позволяет в ранние сроки осуществлять функциональную нагрузку на оперированную конечность, избежать возникновения сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов, а самое главное улучшить качество жизни больных.

МОБИЛЬ ТЕЛЕФОННИНГ ТАЪСИРИ ВА УЛАРДАН ХАВФСИЗ ФЙДАЛАНИШГА ТАВСИЯЛАР

Юсупова О.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Охирги йилларда мобил телефондан фойдаланувчилар сони кўпайиб кетди ва шу билан мобил телефонларда ҳосил бўладиган электромагнит майдонни организмга салбий таъсири ҳавфи ҳам ортиб бормокда. Мобил телефонлар инсонни саломатлик ҳолатига тўғридан тўғри таъсир қиладиган юқори ва ўта юқори частотали нурланишлар манбаи ҳисобланади. Айниқса ёш болаларда мобил телефондан фойдаланиш ҳавфи ҳисобланади. Чунки хорижлик олимлар томонидан кўп йиллик ўрганилган маълумотлар натижаларига кўра саккиз ёшдан кичик бўлган болаларга, уяли алоқа телефонларидан фойдаланишга руҳсат бермаслик кераклигини эътироф этишмоқда. Акс ҳолда болаларда мия ўсимтаси пайдо бўлиши эҳтимоли катта бўлиши мумкин, деб қаралмоқда.

Ишдан мақсад. Мобил телефонларни организмга таъсири бўйича ўрганиш натижалари маълумотларига асосланиб, тўғри фойдаланиш бўйича тавсиялар бериш.

Швецияда ўтказилган текширувлар натижалари шуни кўрсатадики, узоқ вақт уяли алоқадан фойдаланаётган кишиларда кулоқ ва мия ўсимтаси ривожланиши эҳтимолдан холи эмас. Худди шундай изланишлар Голландияда ҳам ўтказилган. Уларга кўра, телефон станциялари яқинларида яшовчи кишилар бошқаларга қараганда ўз соғлиқларидан икки баробар кўпроқ шикоят қилмоқдалар ва уларнинг кўпчилигида саратон касаллиги аниқланмоқда. Яна бир текширув, Европа иттифоқи томонидан молиялаштирилган дастур шуни кўрсатадики, уяли алоқа тўлкилари инсон организми ҳужайраларига салбий таъсир кўрсатиб, уларни яқсон қилишга сабабчи бўлади.

2019 йилнинг охирига келиб хорижий илмий тадқиқот манбааларида мобил телефонларни уйқуни чуқурлигига, муомалага, хотирани сусайишига диққатни такомиллаштиришга ва қарорлар қабул қилишга салбий таъсир килиши тўғрисида ҳам маълумотлар келтирила бошланди.

Нурланишдан сақланиш миллий кенгаши олимлари томонидан олиб борилган тадқиқотлардан олинган маълумотларга кўра нурланишга биринчи бўлиб ёш авлод дучор бўлар экан.

Шундай экан, бир пасда узоқимизни яқин қилиб, кўнгилларимизни хотиржам қиладиган воситадан қуйидаги тавсияларга амал қилган ҳолда фойдаланиш мақсадга мувофиқдир:

-Мобил телефондан фойдаланишда чақирувга жавоб бўлганидан кейин кулоққа яқинлаштириш керак. Чунки чақирув пайтида телефон юқори қувватда ишлайди, лекин 10-20 сония ўтганидан кейин нурланиш қуввати минимал даражагача пасаяди;

-Телефонни иложи борица кулоққа вертикал ҳолатда, кулоқни пастки қисмига яқин, биров масофа билан ушлаш керак;

-Телефон эгаси метал рамкали кўзойнак тақиб юрадиган бўлса ишлатишдан олдин уларни ечиб олиши тавсия этилади, чунки метал электромагнит майдоннинг интенсивлигини ошириши мумкин.

Уйқу пайтида уяли телефонларни ёнингизда қўйиш, уларни шим чўнтагингизда ёки кўкрак чўнтакларда олиб юриш, узоқ вақт сақлаш тавсия этилмайди.

-Узоқ вақт айниқса болаларни ўйин ўйнаши ёки СМС хабарлар суистеъмол қилишида доимий ва узоқ давом этадиган стресс бармоқлар ва қўлларнинг суяклари ва бўғимлари ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

-Бола ўйнаб узоқ вақт кичкина тасвирга, ёритилган экранга қарашга мажбур бўлади, бу эса жиддий стрессга олиб келиши ва кўришга салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

-Болаларни мобил телефон билан алоқаси чекланган бўлиши керак, айниқса бунга эҳтиёж бўлмаса.

Шундай экан, мамлакат келажаги бўлган ёш авлодни саломатлиги учун ота-оналар маъсулият билан қараши ва албатта болаларни телефон билан алоқаси уларни назоратида бўлиши керак.

ГИПОДИНАМИЯНИНГ САБАБЛАРИ ВА ХАВФИ

Юсупова О.Б., Дўсчанов Б.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бу мавзу шунчаки танланмади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ҳисобига кўра тахминан 6% ўлим ҳолатига, 21-25 % сут безлари ва йўғон ичакнинг ўсма касаллигига, 27% ҳолатда қандли диабет ва 30% ҳолатда юракнинг ишемик касаллиқларига олиб келувчи омиллардан бири - бу гиподинамия ҳисобланади. Мана шуни учун биз гиподинамиянинг канчалик хавфли эканлигини таҳлил қилишни мақсад қилдик.

Ишдан мақсад: Гиподинамия организм учун қанчалик хавфли эканлигини ўрганиш, яқинларимизни ўзини ҳолатини баҳолашга ва кам ҳаракатлилик натижасида келиб чиқадиган касалликларни олдини олиш қоидаларига амал қилишга чақиришдир.

Гиподинамия- бу инсонни кун тартибида мускулларга тушадиган юкларнинг камайиши ва умумий ҳаракат фаоллигининг чегараланишидир. Статистика маълумотлари бўйича кейинги юз йилликда инсонларга бўлган жисмоний юклар истеъмол қиладиган овқатларига нисбатан олганда 2 мартага камайган.

Гиподинамиянинг асосий сабаблари урбанизация, қўл меҳнатини камайиб меҳнатни механизациялаштирилганлиги ва автоматлаштирилганлиги, машина ишлаб чиқариш саноатини ривожланганлиги, коммуникация тизимларининг кўпайганлиги ва ривожланганлиги, илмий техника тараққиёти ва инсонларни “тармоқ ҳаёти” га (интернет) жалб қилинишидир.

Кам ҳаракатлилик бир қанча белгилари билан номоён бўлади: сусткашлик ҳолати, умумий безовталиқ, уйқусизлик, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг бузилиши, ақлий иш қобилиятининг пасайиши, кўзғалувчанлик, кайфиятнинг бузилиши.

Гиподинамия нимаси билан хавфли. Камҳаракатли ҳаёт тарзи қуйидаги салбий оқибатларга олиб келиши мумкин:

-моддалар алмашинуви тезлигини пасайишига (метаболик жараёнларни пасайиши, семизлик);

-таянч-ҳаракат аппаратини функциясини бузилишига (мускулларда атрофик ўзгаришлар мускулларнинг кучи, иш қобилияти ва чидамлилигининг пасайиши, суяк тўқималарини ўзгариши, остеохондроз, остеопороз, артрит, артроз, гавда тузилишини бузилишини эрта ривожланиши);

-юррак қон-томир тизими фаолиятини бузилиши (томирлар тонусининг пасайиши, юрак мушаклари ишини сусайиши, юрак ишемик касалликлари ривожланиши хавфининг ошиши);

-нафас олиши тизими ишини бузилиши (ўпка ҳажмининг камайиши, нафас қисиши пайдо бўлиши);

-ошқозон ичак тизимини меъерий фаолиятини бузилишига (ичаклар перистальтикасини пасайиши, аъзолар секретор вазифасини бузилиши);

-организмнинг эмоционал реактивлигининг ўзгариши (стрессли таъсирларга қаршилиқнинг пасайиши);

-қариш жараёнларининг тезлашиши. Бу ўзгаришларни барчаси охир оқибат умр давомийлигини қисқаришига олиб келади.

Шундай экан, ҳар бир инсон бу ҳолатни келиб чиқмаслигини олдини олиши мақсадга мувофиқдир. Гиподинамиянинг олдини олишда ҳаракат фаоллиги ва соғлом турумуш тарзига амал қилиш катта аҳамиятга эга. Ҳаракат онгли равишда тўғри овқатланиш билан биргаликда олиб борилса яна ҳам самарали бўлади. Ҳаракат билан шуғулланишда шарт эмас уйда қиммат нархлардаги спорт анжомларини бўлиши балки пиёда юриш, югуриш, уйни бир бурчагида қорин мускуллари учун оддий машқларни бажаришни ҳам камҳаракатлиликни олдини олишда организм учун фойдаси жуда каттадир.

РАЗВИТИЕ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВХОЖДЕНИЯ НОВЫХ СЛОВ В СИСТЕМУ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ГНЕЗД РУССКОГО ЯЗЫКА НА РУБЕЖЕ XX–XXI ВВ.

Юсупова Т.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В современном русском языке конца XX — начала XXI в. наблюдается активное пополнение словарного состава новыми словами, что отражают словари новой русской

лексики. Многие из неологизмов не только быстро осваиваются грамматической и лексической системами языка, но и обретают свое место в системе словообразования: «Новое слово, будь то словообразовательный или семантический неологизм, образованный на русской почве или заимствованный, включается в парадигматические отношения с другими единицами языка, встраивается в словообразовательную систему» [2: 96].

В работе предлагаются результаты осмысления закономерностей включения неологизмов последнего десятилетия (материал извлечен из Словаря актуальной лексики XXI века [4] и ресурсов Интернета) в словообразовательную систему современного русского языка, получившую отражение в двухтомном «Словообразовательном словаре русского языка» А. Н. Тихонова [3] в виде перечня словообразовательных гнезд (СГ). Как показывает анализ собранного нами языкового материала, около 10% неологизмов являются непроечными, остальные должны быть отнесены к числу дериватов. Такое соотношение производных и непроечных слов среди неологизмов в целом соответствует соотношению указанных классов слов в общем словарном запасе русского языка, где слов с немотивированным значением приблизительно 12% [1: 243]. При этом включение непроечных неологизмов в словообразовательную систему русского языка осуществляется по иным законам и приводит к иным результатам по сравнению с производными неологизмами. Непроечные неологизмы распределяются с точки зрения словообразования по трем основным подгруппам:

1) непроечные одиночные слова типа аура, ассесмент; термин «одиночные слова» нами используется вслед за А. Н. Тихоновым для обозначения слов, которые «не являются производными для других слов и не имеют производных» [3, т. 2: 917]; подобные слова пассивны в деривационном отношении и не вливаются в словообразовательную систему русского языка;

2) непроечные слова, ставшие вершинами новых СГ, не зафиксированных в [3] (айкидо, апгрейд, андеррайтинг и т. п.);

3) непроечные слова, входящие в существующие СГ и перестраивающие эти СГ. Эта подгруппа весьма малочисленна. К ней относится, например, новое слово аскеза ‘принцип поведения, характеризующийся отказом от жизненных благ, удовольствий и т. п.’ [4: 91].

Благодаря лексикографической кодификации слова аскеза в указанном новом, не религиозном, значении появляются основания для пересмотра строения всего СГ А481 (по классификации А. Н. Тихонова) поскольку исходное, по Тихонову, слово аскет должно быть, очевидно, семантизировано как ‘человек, которого характеризует стремление к аскезе’. В таком словообразовательном контексте слово аскет становится уже не вершиной СГ А481, а одним из производных от аскезы слов, т. е. все строение данного СГ радикально меняется.

Дериваты-неологизмы можно разбить на пять подгрупп:

1. Неологизмы, вошедшие в то или иное новое СГ, не зафиксированное в словаре Тихонова. Например, заимствование рейтинг является не одиночным словом, а вершиной нового СГ, в которое входит, например, префиксальное образование антирейтинг ‘цифровой показатель отрицательной оценки чьей-либо деятельности’.

2. Неологизмы, занявшие свое место в том или ином из уже существующих СГ. Например, слово автобан ‘широкая магистраль для скоростного движения автомобилей’, которое органично включился в обширное СГ А57 (согласно словарю [3], 146 дериватов) с вершиной автомобиль, заняв свое место в словообразовательной цепочке автомобиль → автомобильный (сокр. авто-) → автобан (2-я ступень производности).

3. Неологизмы, вошедшие одновременно в два или более новых СГ. Обычно такие слова оказывают влияние на существовавшие до сих пор деривационные отношения между русскими словами. Ярким примером таких процессов является дериват видеоарт ‘искусство видеинсталляции’, которое вошло в новое СГ с вершиной — заимствованным неологизмом арт ‘искусство’: арт → арт-бизнес, арт-галерея, арт-директор, арт-карьера, арт-критик, арт-

объект, арт-рок / артрок, арт-рынок, арт-современность, арт-терапия, боди-арт, видеоарт. В то же время дериват входит и в другое новое СГ, формирование которого в современном русском языке стало возможно только после заимствования слова видео в значении 'отрасль культуры (науки, техники, искусства, социальных отношений), связанная с сохранением и воспроизведением визуальной информации и ее звукового сопровождения' [4: 193].

4. Неологизмы, вошедшие одновременно в два или более существующих СГ. Таково, например, существительное автодизайнер (слово вошло сразу в два СГ: А57 с вершиной автомобиль и Д245 с вершиной дизайн). Еще один пример — исконно русский неологизм начала XXI века автогражданка 'обязательное страхование автогражданской ответственности, т. е. юридической ответственности лиц, владеющих автомобильным транспортом', который вошел одновременно в СГ: А57 (вершина автомобиль) и Г435 (вершина гражданин). Подобных неологизмов со сложными основами немало в словнике

5. Неологизмы, вошедшие одновременно в два или более СГ, при этом одни СГ являются новыми, а другие — зафиксированными в [3]. Таким является, например, слово арт-бизнес, которое входит в новое СГ с вершиной АРТ и в уже зафиксированное СГ с вершиной БИЗНЕС Б264.

Такие неологизмы в словообразовательном отношении отличаются от дериватов типа видеоарт и бодиарт / боди-арт. Первый входит, как было показано, в два новых СГ (с вершинами видео и арт), а второй — только в одно СГ (арт), так как неологизм боди в русском языке имеет специфическое значение 'женское облегающее белье с рукавами или без рукавов, обычно с застежкой снизу' [4: 147] и поэтому не может рассматриваться как производящее слово по отношению к бодиарт 'художественное украшение обнаженного тела с помощью росписи, татуировок, пирсинга и т. п.'

Таким образом, процесс вхождения в систему современного русского словообразования неологизмов последнего десятилетия неоднозначен и разнонаправлен. Многие из новых слов пополняют группу одиночных слов, не вошедших в состав словообразовательных гнезд. Другие неологизмы (их большинство) или сами становятся вершинами новых СГ, или же пополняют состав дериватов, формирующих уже существующие в русском языке СГ или же входящих в новые СГ.

Литература

1. Клобуков Е. В. Словообразование // Современный русский язык: Новое издание / Под редакцией П. А. Леканта. М., 2009.

2. Маринова Е. В. Особенности формирования новых словообразовательных гнезд в современном русском языке // Проблемы языковой нормы. Тезисы докладов международной конференции «Седьмые Шмелевские чтения». М., 2006.

3. Тихонов А. Н. Словообразовательный словарь русского языка: В 2 т. 3-е изд., испр. и доп. М., 2003. 4. Толковый словарь русского языка начала XXI века. Актуальная лексика / Под ред. Г. Н. Складневской. М., 2006.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РУССКОГО СЛОВООБРАЗОВАНИЯ - РЕЗУЛЬТАТ РАЗНОУРОВНЕВЫХ ДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Юсупова Т.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

К числу признаков, составляющих словообразовательную специфику русского языка относятся: — наличие функционально близких словообразовательных средств различной степени сложности (напр., диминутивные суфф. -к- и -очк-, суфф. отвлеченных сущ. -ство и -ствие, адъективные форманты -ов- и -овск-, глагольные префиксы типа на- и пона- и др.); — наличие стилистически дифференцированных словообразовательных средств, маркирующих различные по жанрово-стилистической принадлежности лексемы; -

продуктивность модификационного словопроизводства; – многокомпонентность словообразовательных категорий, включающих в свой состав синонимические словообразовательные типы, различающиеся тонкими семантико-стилистическими нюансами. Эти характерные для русского словообразования особенности сформировались на основе устойчиво действующих и взаимодействующих динамических процессов, получающих своеобразное выражение на разных этапах исторического развития русского языка. Необходимо рассмотреть следующие постоянно действующие в русском словообразовании тенденции: 1. Аффиксальное усложнение как путь пополнения словообразовательного инвентаря. Исследователями подчеркивается непрерывность процесса образования новых, сложных по своему составу аффиксов. Причины аффиксального усложнения в целом многообразны и своеобразны в различные исторические периоды и в различных конкретных случаях. Процессы аффиксального усложнения могут иметь формальную, семантическую, стилистическую и прагматическую обусловленность. Аффиксальное усложнение связано также с постоянным взаимодействием агглютинативных и фузионных тенденций в процессах русской словообразовательной деривации. На всех этапах языковой диахронии можно наблюдать действие и взаимодействие двух противоположно направленных тенденций: аффиксальная агглютинация, линейное соединение морфем в составе русского производного слова постоянно сопровождается их фузионной спайкой, см., напр. [1]. 2. Влияние жанрово-стилистической дифференциации русского языка на развитие его словообразовательной системы. Среди многих факторов (собственно языковых и внеязыковых), влияющих на эволюцию словообразовательных средств, значений, моделей, значительная роль принадлежит функционально-стилистическому фактору. Состояние стилистической системы литературного языка (набор функциональных стилей, степень их разработанности, иерархия соответствующих жанров) в каждую историческую эпоху влияет на динамику словообразовательной системы русского языка. Жанрово-стилистическая система русского языка в целом развивается по пути ослабления книжных стилей, характеризующихся строгой церковнославянской нормой, и усиления разговорного начала в письменной речи, свидетельствующего о ее демократизации. Словообразовательная норма также в целом развивается в русле ослабления продуктивности словообразовательных моделей, обслуживающих потребности текстов книжно-славянской языковой ориентации, и нарастания продуктивности моделей, формирующихся в рамках деловой и бытовой письменности; см., напр. [2]. 3. Развитие оценочности и качественности в словообразовательной семантике. Процесс развития субъективно-оценочных и качественных значений, вызванный усилением антропоцентризма в языковой картине мира, охватывает словообразовательные подсистемы всех частей речи. Развитие оценочно-качественной семантики в разных частеречных подсистемах русского языка стимулировало, в том числе активное пополнение модификационных словообразовательных типов и категорий. Продуктивным в русском языке является внутривидовое словопроизводство, результативные единицы которого отличаются от своих мотивирующих не новым денотативным значением, а многообразными значениями, качественно характеризующими или оценивающими тот же денотат. 4. Образование и устранение словообразовательной синонимии и дублетности. Формирование словообразовательной синонимии и дублетности, конкуренция синонимических и дублетных словообразовательных средств - процесс, с большей или меньшей интенсивностью развивающийся на всех этапах истории русского языка в разных его деривационных подсистемах. Условия сложения словообразовательной синонимии и дублетности разнообразны: синонимия и дублетность генетически различных, стилистически гетерогенных словообразовательных средств, синонимия и дублетность усложненных и исходных формантов, синонимия и дублетность модификационно-оценочных аффиксов как их характерологическое свойство и др. Общим фактором словообразовательной синонимии и дублетности является фузионность русского языка,

выражающаяся, в том числе, в нестандартности словообразовательных средств, при которой одно и то же деривационное значение может выражаться более чем одним аффиксом. Агглютинативные тенденции, стимулирующие устранение словообразовательной синонимии и дублетности, никогда не достигают своего полного воплощения, вступая в противоречие с фузионными основами русского языка — источником новой синонимии и дублетности словообразовательных средств. Действие названных тенденций обуславливает характерные для русского словообразования черты, устойчиво сохраняющиеся на протяжении его исторического развития и получающие своеобразное конкретное воплощение на разных синхронных срезах и в разных деривационных подсистемах русского языка.

Литература

1. Крючкова О. Ю. Функционально-стилистическая динамика русского языка как фактор словообразовательной эволюции // Язык и общество в синхронии и диахронии. Саратов, 2005. С. 39–44.

САЛАР АЭРАЦИЯ СТАНЦИЯСИ МЕХАНИК ТОЗАЛАШ БОСҚИЧНИНГ ИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ

Юсупхўжаева А.М., Курбонов А.А.

Тошкент тиббиёт академиями

Сув ҳавзаларини санитар муҳофазаси давлат тассаруфидаги асосий вазифалардан бири бўлиб, бу ишларни амалга оширишда турли ташкилот, вазирлик ва кўмиталар фаол иштирок этишлари керак. Бу Ўзбекистон Республикасининг “Сув тўғрисида”ги қонунда ўз ифодасини топган.

Тошкент шаҳридаги Салар аэрация станциясининг асосий вазифаси станция ҳудудига келиб тушувчи оқава сувларни механик, биологик усуллар билан тозалаш, зарарсизлантириш, ортиқча фаол чўкмага ишлов бериш, намлиги юқори бўлган фаол илни зарарсизлантириш ва иншоотларни хўжалик мақсадида ишлатиш ҳисобланади. Салар тўйинтириш ишноотининг биринчи навбати 1961 йилда ишга туширилган. Унинг дастлабки иш қуввати 750 минг м³ни ташкил этади. Иншоотнинг умумий ер майдони 87 гектарни ташкил этиб, шаҳарнинг шимолий – шарқий қисмида жойлашган туманлар аҳолисидан ҳамда кичик саноат зоналаридан ҳосил бўладиган оқава сувларни тозалаш вазифасини бажаради.

Станцияда канализация тизимлари орқали келган оқава сувлар механик, тўлик биологик тозалаш, зарарсизлантириш босқичларини ўтади, бирламчи ва иккиламчи тиндиргичларда ушлаб қолинган муаллақ моддалар ва фаол ил зарарсизлантирилади, патоген ва сапрофит микроорганизмлар, гельминт тухумларидан тозаланган ил ил қуриштириш майдонларида зарарсизлантирилади. Шуни таъкидлаш зарурки, чиқинди сувларда учрайдиган аскарида ва қилбош гижжаларнинг 40-50% қисми яшовчан ҳисобланади.

Механик тозалаш босқичидан сўнг чиқинди сув таркибидаги гельминт тухумларини четлаштириш самарадорлиги 60 % ни ташкил этади. Бу эса гигиеник меъёр кўрсаткичларидан паст натижа бўлиб ҳисобланади, бунинг асосий сабаби эса тозалаш учун келаётган чиқинди сув миқдорини меъёрдан ортиқча эканлиги ҳисобланади. Гельминт тухумларидан чиқинди сувларни бутунлай тозалаш учун фақат механик тозалаш босқичи етарли эмас, бунинг учун албатта биологик тозалаш иншоотларидан фойдаланиш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аликбаева Л.А. Эколого-гигиенические аспекты утилизации осадков сточных вод высокоурбанизированных территорий // Вестник гигиены и эпидемиологии. - Донецк: ДонДМУ, 2006. - Т. 10., № 1. - С. 164-168.

Гигиена и санитария. - 2005. - №1. - С.74-77.

2. Будиловский Ю.Я. Технология глубокой очистки стоков и утилизации отходов // Химическое и нефтегазовое машиностроение. - 2006. - № 2. - С. 32

ВЛИЯНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ НА ИСХОД ТРАВМ КИШЕЧНИКА У КРЫС

Юлдашев М.Э., Хакимов М.Ш.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация: в статье анализируется исход проведения операций по удалению селезенки у крыс с травмами кишечника. Спленэктомия после комбинированной колоспленочной травмы или ятрогенного повреждения селезенки во время колоректальной хирургии ассоциируется с худшими краткосрочными и долгосрочными исходами, включая снижение выживаемости у пациентов с колоректальным раком. Селезеночная аутотрансплантация может улучшить исходы таких пациентов. Трансплантация Сальниковой селезенки является стандартной процедурой, но может быть затруднена при выполнении лапароскопической колоректальной хирургии или при необходимости тотальной или субтотальной оментэктомии. Это модельное исследование на животных было проведено для оценки влияния аутотрансплантации селезенки в паховую область на заживление ран толстой кишки.

Ключевые слова: спленэктомия, крысы, заживление ран толстой кишки, аутотрансплантация, скинтиграфия.

Актуальность проблемы

В то время как общая частота хирургической инфекции у пациентов с повреждениями толстой кишки составляет 25 %, она усугубляется сопутствующим повреждением селезенки [1]. Например, Blackwood et al. показали, что только после спленэктомии при повреждении толстой кишки частота интраабдоминального сепсиса составляет 5,7% и 8,9% соответственно. Однако этот показатель увеличивается до 46,7% при сочетанном повреждении селезенки и толстой кишки, требующем спленэктомии [2]. Эти наблюдения подтверждают представление о том, что сохранение селезенки следует проводить в случаях повреждений селезенки, сопровождающих повреждения толстой кишки [2, 3].

При плановой колоректальной хирургии существует повышенный риск ятрогенного повреждения селезенки, особенно при мобилизации сгибателя селезенки [4]. Ретроспективное исследование Меттке и др. показано, что из 46 682 больных, перенесших оперативное лечение по поводу колоректального рака, 640 (1,4 %) получили ятрогенные повреждения селезенки. Хотя большинство из них можно было восстановить, спленэктомия была необходима у 127 пациентов (0,3% от общей популяции). У пациентов, перенесших селезеночную репарацию, показатели заболеваемости и смертности были значительно ниже, чем у пациентов, перенесших спленэктомию [5]. Ретроспективный анализ, проведенный Голубаром и др. показано, что даже при многократных попытках спасти селезенку методом спленорграфии в случаях ятрогенного повреждения селезенки после колэктомии большинство (70 %) все же заканчивалось спленэктомией [6].

Если необходима спленэктомия, то единственный способ сохранить иммунологическую функцию селезенки-это аутотрансплантация. Наиболее популярным видом трансплантации является сальниковый посев. Было показано, что такой подход является одновременно безопасным и эффективным [7]. Однако это не является предпочтительным методом лечения при экстренной или плановой колоректальной хирургии. Кроме того, удаление сальника после некоторых видов колоректальных процедур может ограничить сальниковое высевание селезеночной ткани. В таких случаях альтернативного подхода пока не предвидится.

В настоящем исследовании на животных мы изучили влияние спленэктомии на заживление ран толстой кишки и оценили возможность внутримышечной селезеночной аутотрансплантации и улучшение заживления анастомоза толстой кишки.

Методы. В исследование были включены тридцать самок крыс-альбиносов Вистар массой 200-250 г. После 6 ч голодания общую анестезию обеспечивали внутримышечным введением 35 мг кетамина HCl и 5 мг ксилазина HCl на килограмм массы тела. Среднюю линию живота предварительно обрабатывали 70 % - ным спиртом и выполняли стандартный срединный разрез длиной 5 см. Толстая кишка была рассечена на 4 см проксимальнее заднего прохода ножницами.

30 крыс были разделены на три группы по десять животных. В фиктивной группе селезенку мобилизовали, подготовили к спленэктомии, а затем вернули в исходное положение в брюшной полости. После этого анастомоз толстой кишки выполняли непрерывным способом с 6/0 полиглактином (Vicryl, Ethicon Endo-Surgery, Цинциннати, США). Затем брюшную полость заполняли 10 мл теплого физиологического раствора и через катетер вводили 2 мл воздуха в прямую кишку для проведения воздушно-пузырькового теста. Средний разрез был закрыт после подтверждения герметичности анастомоза толстой кишки. Закрытие лапаротомии выполняли в двух плоскостях (апоневротическая плоскость и кожа) непрерывным 3/0 полиглактиновым швом (Vicryl, Ethicon Endo-Surgery, Цинциннати, США). Группе спленэктомии была выполнена спленэктомия в сочетании с анастомозом толстой кишки. Для спленэктомии селезеночную Вену и артерию перевязывали с помощью шва 4/0 полиглактина (Vicryl, Ethicon Endo-Surgery, Цинциннати, США). В группе трансплантации крысам выполняли спленэктомию, после которой ткань селезенки разрезали на кусочки размером 2-3 мм (рис. 1) и мешочек между двумя головками правой двуглавой мышцы бедра был создан с помощью зажима (рис. 2). В мешочек помещали срезы селезенки, которые составляли более 50% всей селезеночной ткани. После анастомоза толстой кишки мышечную фасцию и разрез кожи закрывали непрерывным швом 4/0 полиглактина (Vicryl, Ethicon Endo-Surgery, Цинциннати, США). Затем крыс содержали в индивидуальных клетках при контролируемой температуре (24-26 °C) и освещении (12 дневных и 12 ночных часов) и кормили стандартным рационом крыс.

Цель состояла в том, чтобы принести в жертву крыс через 7 дней после операции. Некоторые животные умерли до этого момента времени и подверглись вскрытию, чтобы определить причину. Затем эти крысы были заменены аналогично обработанными крысами, чтобы гарантировать, что каждая из трех групп состояла из десяти животных, которые выжили до 7-го дня послеоперационного периода.

Измерение давления разрыва

После жертвоприношения толстую кишку рассекали на 1,5 см проксимальнее и на 1,5 см дистальнее анастомоза. Этот сегмент был удален вместе с окружающими спайками и органами, чтобы предотвратить повреждение сегмента толстой кишки, которое привело бы к потере герметичности. Один конец сегмента толстой кишки был перевязан, в то время как катетер был прикреплен к другому концу. Катетер был соединен с датчиком давления и инфузионным насосом, который инсуффлировал просвет толстой кишки постоянным давлением воздуха (200 мл / ч). Значения давления были записаны компьютером. Пиковое значение, которое было зафиксировано, считалось давлением разрыва (выраженным в мм рт.ст.).

Измерение гидроксипролина

После биомеханического измерения сегменты толстой кишки отделяли от спаек и подвергали спектрофотометрическому анализу (DU 800, Beckman Coulter Inc., Калифорния, США) для количественного определения уровня гидроксипролина в кишечнике. Эти значения выражались в МГ гидроксипролина на грамм белка.

Сцинтиграфическое исследование

Группа трансплантации подверглась сцинтиграфии Tc-99m на 7-й день после операции перед жертвоприношением. Крысы были иммобилизованы и успокоены во время процедуры 3 мг/кг внутримышечного диазепама. После достижения полной седации в хвостовую Вену внутривенно вводили коллоиды олова технеция-99m (500 мкки). Когда

сцинтиграфия показала, что у крысы не было видимой аутотрансплантированной селезенки, крысу удалили из исследования и не заменили.

Статистический анализ

Все статистические анализы проводились с использованием SPSS Advanced Statistics version 20.0 (SPSS Inc, Чикаго, Иллинойс). Три группы сравнивались с точки зрения измерения давления разрыва и гидроксипролина с помощью критерия Крускала-Уоллиса, в тех случаях, когда была обнаружена статистическая значимость, для попарных сравнений использовался критерий Манна-Уитни. *P*значения

Результаты

Три спленэктомированные и две пересаженные крысы умерли до 7-го дня послеоперационного периода. Ни одна из фиктивных контрольных крыс не умерла (рис. 3). Таким образом, смертность в группах Шама, спленэктомии и трансплантации составила 0 %, 30% и 20% соответственно. Одна из спленэктомированных крыс умерла на 1-й день после операции из-за кровоизлияния из ножки селезенки. Две другие спленэктомированные крысы умерли на 3-е и 5-е сутки после операции в результате утечки анастомоза и интраабдоминального абсцесса. Две пересаженные крысы умерли на 2-й и 6-й день после операции. У крысы, умершей ранее, была гематома в области аутотрансплантата селезенки, но удовлетворительный анастомоз толстой кишки. Однако у другой крысы была утечка анастомоза.

Средние значения давления разрыва в группах Шам, спленэктомии и трансплантации составили $136,8 \pm 50,5$, $78,1 \pm 19,43$ и $115,03 \pm 31,49$ мм рт.ст. соответственно (рис. 4). В группе спленэктомии среднее разрывное давление было значительно ниже, чем в группе Шама и трансплантированных пациентов ($P= 0,005$ и $0,002$). Группы Шама и трансплантации достоверно не различались по этой переменной ($P= 0,911$).

Средние уровни гидроксипролина анастомоза в группах Шам, спленэктомии и трансплантации составили 467,4, 335,3 и 412,7 мг гидроксипролина/г белка соответственно. Хотя в группах Шама и трансплантации уровень гидроксипролина был выше, чем в группе спленэктомии, эти три группы существенно не различались по этому показателю ($P= 0,856$).

Из десяти трансплантированных крыс девять имели обнаруженные аутотрансплантированные селезенки, определенные сцинтиграфией (рис. 5). Таким образом, сцинтиграфическая эффективность процедуры трансплантации составила 90%.

Обсуждение

Это экспериментальное исследование показало, что по сравнению с фиктивно оперированными или аутотрансплантационными группами группа спленэктомии имела значительно более низкое разрывное давление на 7-й день послеоперационного периода. Группы спленэктомии также имели тенденцию к более низким уровням гидроксипролина, чем две другие группы, хотя эти различия не достигли статистической значимости. Поскольку уровень гидроксипролина является маркером синтеза коллагена, который необходим для заживления ран, то, по-видимому, спленэктомия нарушила заживление анастомоза толстой кишки. Это нарушение было в значительной степени обращено вспять у спленэктомированных животных, которым была проведена селезеночная аутотрансплантация в паховую область.

До Первой мировой войны почти все повреждения толстой кишки были смертельными. Последующие успехи хирургии в середине XX века привели к снижению смертности на 70% [8]. В настоящее время применение антибиотиков, замена жидкости, переливание крови и колостомия приводят к тому, что только 5% пациентов с повреждениями толстой кишки умирают, причем частота послеоперационных осложнений составляет 15-50 % [9-11].

Травмы толстой кишки сопровождаются травмой селезенки в 10-22 % случаев [3,12]. Исследование Блэквуда и др. у пациентов с травма селезенки ($n= 58$), травма толстой кишки ($P= 90$), и в сочетании colosplenic травмы ($P= 13$) показали, что внутрибрюшной сепсис

скоростью, что нужна повторная операция, составлял 5,7%, в группе спленэктомии, 8.9 % в толстой кишке ремонт группы и 46,7 % в группе сочетанной травмой [2].

Плановая Колоректальная хирургия также представляет риск повреждения селезенки. Первый случай такой случайной спленэктомии был описан в 1949 году Куаном и Каслманом [13]. Впоследствии, в 1984 году, Ланжевен и др. упоминалось, что колоректальные операции ассоциируются с риском повреждения селезенки и спленэктомии [4]. Недавно большое ретроспективное исследование 46 682 пациентов, перенесших операцию по поводу колоректального рака, показало, что 1,4% получили повреждение селезенки; из них 127 случаев привели к спленэктомии (0,3% от общей популяции). Кроме того, было установлено, что у пациентов, перенесших репарацию селезенки, смертность была значительно ниже, чем у пациентов, перенесших спленэктомию (4,7% *против* 11,8 %) [5]. Аналогичные результаты были получены и в ряде других исследований [14-19]. Эти наблюдения подтверждают идею о том, что следует предпринимать попытки спасти селезенку после одновременных повреждений толстой кишки и селезенки или после случайного повреждения селезенки при плановой колоректальной хирургии.

Клиницисты уже давно ищут альтернативные методы лечения подавляющей постспленэктомической инфекции (ОПСИ) у спленэктомизированных пациентов [20, 21]. Развитие хирургической техники и абдоминальной визуализации все чаще позволяет восстанавливать селезенку после тупых травм и ятрогенных повреждений [22]. Однако спленорграфия обычно безуспешна при сочетанных повреждениях толстой кишки [6]. В тех случаях, когда повреждение селезенки не может быть устранено без спленэктомии, может быть рекомендована селезеночная аутооттрансплантация. Действительно, исследование Moore et al. при аутооттрансплантации селезенки у 23 больных с сочетанными повреждениями толстой кишки выявлено, что только у одного больного развились послеоперационные инфекционные осложнения. Кроме того, они показали, что перитонеальная контаминация не является противопоказанием к проведению селезеночной аутооттрансплантации [23].

В нескольких модельных исследованиях на животных оценивалось влияние аутооттрансплантации селезенки на сепсис после спленэктомии. Алвес и др. сообщается, что после аутооттрансплантации селезенки у мышей на третий день после трансплантации происходит неоваскуляризация между пересаженной селезенкой и магистральными сосудами; кровоснабжение фрагментов селезенки в конечном итоге обеспечивается центростремительным образом селезеночными, короткими желудочными, брыжеечными и желудочно-кишечными артериями [24]. Патель и др. показано, что у спленэктомизированных кроликов аутооттрансплантация с небольшими срезами селезенки в брюшную полость улучшает клиренс пневмококков из крови [25]. Marques et al. сообщается, что аутооттрансплантация селезенки предотвращает *Escherichia coli* сепсис кишечной палочки у крыс. Более того, они показали, что срезы селезенки, пересаженные в большой сальник, приобретают нормальную селезеночную микроскопическую и макроскопическую архитектуру и сохраняют функцию бактериальных фагоцитов [26]. Ряд других исследований показал, что селезеночная аутооттрансплантация сохраняет способность к бактериальному клиренсу [27-29]. Однако аутооттрансплантированная селезенка меньше и не обладает всей своей первоначальной функциональной способностью [30].

Неясно, оказывает ли селезеночная аутооттрансплантация тот же эффект на человека, поскольку неэтично подвергать спленэктомизированных людей необходимым экспериментам, а именно измерению бактериального клиренса или релапаратомии для оценки регенерированной селезеночной массы [7]. Однако Патель и др. установлено, что аутооттрансплантация селезенки в четырех случаях связана с сохранением количества тромбоцитов, результатов мазка периферической крови, уровня иммуноглобулина М и уровня компонента комплемента 3. Кроме того, скинтиграфия на 8-й неделе послеоперационного периода выявила наличие функционирующей селезеночной ткани [31]. В 2002 году Чжан и др. применяли частичную селезеночную аутооттрансплантацию у

пациентов, перенесших модифицированную операцию Сугиура. В контрольной группе была выполнена спленэктомия, а в основной группе – частичная аутоотрансплантация селезенки в забрюшинное пространство. Через два месяца после операции функция селезенки по уровню сывороточного тафтсина и сывороточного IgM была стабильной в группе аутоотрансплантации [32].

В настоящее время наиболее распространенным методом селезеночной аутоотрансплантации является инокуляция селезеночной ткани в мешочки, созданные в сальнике [33, 34]. Когда Иинума и др. пересаживая 25, 50, 100, 200 и 300 мг селезеночной ткани в сальниковые мешки, внутримышечно или внутрибрюшинно, они обнаружили, что сальниковый мешок является наиболее эффективным местом для аутоотрансплантации селезенки и что, по крайней мере, 50% селезеночной ткани должно быть пересажено [35]. Однако сальниковая аутоотрансплантация селезенки во время колоректальной хирургии нецелесообразна, когда необходимо выполнить тотальную или субтотальную оментэктомию. Более того, хотя было показано, что лапароскопическая Колоректальная хирургия ассоциируется с более низкой частотой травм селезенки, возможно, из-за лучшей визуализации [19], если травма селезенки действительно происходит во время лапароскопической процедуры, то подготовка и аутоотрансплантация селезенки в брюшную полость может быть технически сложной задачей. Кроме того, аутоотрансплантация селезенки в сальник связана с кишечной непроходимостью и развитием интраабдоминального абсцесса [23, 36–38]. Таким образом, метод внутримышечной аутоотрансплантации селезенки иногда может быть более технически выгодным по сравнению с аутоотрансплантацией в брюшной полости и других местах. Наше исследование показало, что 90 % внутримышечных трансплантированных животных демонстрировали функционирующую селезеночную ткань на сцинтиграфии, что указывает на целесообразность такого подхода.

Настоящее исследование впервые показало, что спленэктомия нарушает заживление анастомоза толстой кишки после колоректальной хирургии, а внутримышечная трансплантация селезенки улучшает заживление почти до нормального уровня. В то время как заживление ран после колоректальной хирургии изучалось в различных условиях, влияние спленэктомии на заживление анастомоза толстой кишки ранее не оценивалось. Хотя желудочно-кишечные раны заживают так же, как и раны в других тканях, есть некоторые различия. В частности, при нормальных условиях раны в стенке кишечника развивают прочность на растяжение раньше, чем раны в коже [39]. Это может отражать тот факт, что гладкомышечные клетки в стенке кишечника служат дополнительным источником синтеза коллагена [40]. Как спленэктомия препятствует заживлению анастомоза толстой кишки, неясно. Однако это может отражать тот факт, что спленэктомия истощает количество Т-клеток. Это, в свою очередь, может снижать способность Т-клеток индуцировать фибробластическую активность, а именно синтез коллагена и заживление ран [41]. Это мнение подтверждается исследованиями Барбуля и др., которые показали, что лимфокины способствуют пролиферации, миграции и синтезу белка фибробластов *in vitro* [42]. Более того, Вербин и др. показано, что хотя активность фибробластов была нормальной через 1 неделю после спленэктомии крыс, через 1 месяц после спленэктомии наблюдалось выраженное снижение этой активности. Они также сообщили, что при аутоотрансплантации селезенки у крыс нормализовалась функция селезенки и заживление ран [43]. Кроме того, Эртекин и др. сообщалось, что по сравнению с фиктивной операцией спленэктомия ассоциируется с нарушением заживления ран толстой кишки и снижением уровня гидроксипролина и прочности на растяжение [44]. Эти наблюдения в совокупности привели Кагир et al. недавно мы пришли к выводу, что аутоотрансплантация в сальник должна рассматриваться во время колоректальной хирургии, так как она может снизить риск инфекции и обеспечить возможные долгосрочные инфекционные и иммунологические преимущества [45].

Выводы

Спленэктомия одновременно с колэктомией нарушила заживление анастомоза. Этот эффект был в значительной степени отменен селезеночной аутотрансплантацией в паховую область. Поскольку этот подход был осуществим в нашем исследовании, мы пришли к выводу, что если спленэктомия должна быть выполнена во время открытой или лапароскопической колоректальной хирургии, паховая селезеночная аутотрансплантация может быть полезной альтернативой.

Список литературы / References

1. Dawes L.G., Aprahamian C., Condon R.E., Malangoni M.A. Риск заражения после травмы толстой кишки. Хирургия, 1986;100 (4):796–803.].
2. Blackwood J.M., Hurd T., Suval W., Machiedo G.W. Внутривнутрибрюшная инфекция после комбинированной травмы селезенки и толстой кишки. Am Surg., 1988; 54 (4):212-6.
3. Kemmeter P.R., Hoedema R.E., Foote J.A., Scholten D.J. Сопутствующие тупые кишечные травмы с повреждениями печени и селезенки: дилемма для травматологов. Am Surg., 2001; 67: 221-5.
4. Ланжевен Ж.М., Ротенбергер Д.А., Гольдберг С.М. Случайное повреждение селезенки во время хирургического лечения толстой кишки и прямая кишка. Сург Гинекол Акушер., 1984;159(2):139–44.
5. Меттке Р., Шмидт А., Вольф С., Кох А., Пток Н., Липперт Х. и др. Повреждения селезенки при колоректальном раке хирургия. Влияние на ранний послеоперационный результат. Chirurg, 2012;83(9):809–14. doi: 10.1007/s00104-012-2277-У.
6. Голубар С.Д., Ван Джей Кей, Вольф Б.Г., Нагорный Д.М., Dozois E.J., Cima R.R. и др. Спасение селезенки после интраоперационной операции повреждение селезенки во время колэктомии. Arch Surg., 2009;144 (11):1040-5. doi: 10.1001 / archsurg.2009.188.
7. Pisters P.W.T., Pachter H.L. Аутологичная селезенка трансплантация при травме селезенки. Ann Surg., 1994; 219 (3): 225-35. doi: 10.1097/00000658-199403000-00002.
8. Максвелл Р.А., Фабиан Т.К. Текущее управление травма толстой кишки. World J Surg., 2003; 27: 632-9. doi: 10.1007/s00268-003-6762-9.
9. Худолин Т., Худолин И. Роль первичного ремонта ФОР повреждений толстой кишки в военное время. Br J Surg., 2005;92: 643-7. doi: 10.1002 / bjs.4915.

УДК 616.33-003.44:616.35

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ

Юсупов Ш, Машарипова Ш., Ибрахимова Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: Печень является жизненно важным органом. Печень в организме человека выполняет множество функций. Участвует в реакциях иммунной системы. Кроме того определяет общий уровень сопротивляемости инфекциям и отвечает за производство антител для борьбы с вирусами и бактериями. Заболевания печени являются самыми распространенными в мире. Особенно в условиях пандемии COVID-19. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г.

Ключевые слова: COVID, хронический гепатит, коронавирус, клиническое течение.

Summary:The liver is a vital organ. The liver has many functions in the human body. Participates in the reactions of the immune system. In addition, it determines the overall level of resistance to infections and is responsible for the production of antibodies to fight viruses and bacteria. Liver diseases are the most common in the world. Especially in the context of the COVID-19 pandemic. World Health Organization February 11, 2020

Key words: COVID, chronic hepatitis, coronavirus, clinical course.

Известие к концу 2019 г. В Китайской Народной Республике о неизвестной пневмонии вызвала всеобщее внимание. Пневмония вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2 severe acute respiratory syndrome соgonavirus-коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. официально присвоила название SARS-CoV-2-инфекции, COVID-19 «CoronaVirus Disease 2019» — заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Пневмония является ведущей клинической формой COVID-19. Все таки по мере распространения пандемии COVID-19 и анализа клинических данных у заболевших стали выделять симптомы, не

характерные для «аномальной» пневмонии. Описаны неврологические проявления, изменения кожи, поражения глаз и др. Внелегочное присутствие SARS-CoV-2 обнаружено также в холянгиоцитах. Среди возможных факторов повреждения печени рассматривается вирусиндуцированное влияние, системное воспаление («цитокиновый шторм»), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность и др. У 14-53% пациентов с COVID-19 могут регистрироваться изменения биохимических показателей, которые, как правило, не требуют медикаментозной коррекции. Весьма редко развивается острый гепатит. Однако особое внимание следует уделять пациентам с COVID-19, относящимся к группе риска — перенесшим трансплантацию печени, получающим иммуносупрессанты, а также в случаях декомпенсации цирроза, развитии острой печеночной недостаточности на фоне хронической, гепатоцеллюлярной карциномы, при проведении противовирусной терапии. Необходим постоянный обмен и открытый доступ к научным данным, новым технологиям, обновляющимся руководствам.

Коронавирусы широко распространены в природе и являются причинами различных простудных заболеваний (до 25%). Большинство из них вызывают вирусную инфекцию, не наносящую серьезного вреда здоровью, но некоторые, такие как SARS-CoV severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома и MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus-коронавирус ближневосточного респираторного синдрома) приводят к развитию тяжелого респираторного синдрома с высокой летальностью. В природе естественным хозяином для коронавирусов служат многие виды летучих мышей. Эволюционируя вследствие мутаций, процессов преадаптации они периодически вызывают в человеческих популяциях эпидемии. Так, начавшаяся вспышка неизвестной пневмонии в конце декабря 2019 г. в Китае, стала причиной развития чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, в последующем приведшая к пандемии, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название SARS-CoV-2-инфекции, COVID-19 («CoronaVirus Disease 2019»- заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Летальность от этой инфекции составляет 0,5-3%. SARS-CoV-2 и возможные механизмы патогенеза COVID-19. Новый коронавирус — одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, рода Betacoronavirus. SARS-CoV-2 — зоонозный вирус, что следует из филогенетического анализа, который показал наиболее тесную связь с изолятом SARS-подобного коронавируса летучих мышей BM48-31/BGR/2008 (идентичность — 96%). По-видимому, летучие мыши, являются резервуаром SARS-CoV-2, а другие мелкие млекопитающие в частности, панголины промежуточными хозяевами, возможно заразившими «нулевого пациента». Кроме того, при филогенетическом анализе SARS-CoV-2 получены данные, свидетельствующие о 88% идентичности последовательностей с SARS-CoV и около 50% — с MERS-CoV. Структура коронавирусов респираторных синдромов весьма похожа. Среди структурных белков SARS-CoV-2 выделяют S-протеины или «белковые шипы» (от англ. Spike — шип), мембранный белок, белок и нуклеокапсида. Белок S играет важную роль в прикреплении, слиянии и проникновении вируса в клетки, что позволяет его рассматривать и в качестве возможной мишени для выработки антител и вакцины. Патогенез новой коронавирусной инфекции изучен недостаточно. Ключевым фактором вирулентности является взаимодействие рецепторсвязывающего домена (receptor-binding domain — RBD) белка S, расположенного на внешней мембране SARS-CoV-2, с рецептором ангиотензин-превращающего фермента 2 (angiotensin-converting enzyme 2 receptors — ACE2), активируемого трансмембранными сериновыми протеазами (TMPRSS2 -Transmembrane protease, serine 2) человека. ACE2 экспрессируется в сурфактанте, секретируемом альвеолоцитами II типа из компонентов плазмы крови. Сурфактант представляет собой поверхностно-активную мономолекулярную пленку, которая расположена на границе

раздела фаз воздух — жидкость в альвеолах, альвеолярных ходах и респираторных бронхиолах 1-3-го порядка и препятствует спадению (слипанию) стенок альвеол при дыхании. Экспрессия ACE2 защищает от повреждения легкие, однако она снижается вследствие его связывания со спайковым белком SARS-CoV, что увеличивает риск инфицирования. Вместе с этим, в эксперименте было показано, что усиление экспрессии ACE2 не исключает вероятности увеличения связывания с SARS-CoV. К одной мишени может прикрепиться до трех вирусов. ACE2 и TMPRSS2 неравномерно распределены среди пациентов европейского и азиатского происхождения, что также может влиять на интенсивность заражения. Высказано предположение, что неструктурные белки SARS-CoV способны видоизменять структуру гемоглобина в эритроците, что приводит к нарушению транспорта кислорода, вызывает диссоциацию железа, образование порфирина, повышение ферритина. Такое воздействие может привести к усилению воспалительных процессов в легких, оксидативному стрессу, гипоксемии, гипоксии, развитию симптомов острого респираторного дистресс-синдрома ОРДС и полиорганной кислородной недостаточности. Однако основанием для данной гипотезы явилось создание биотрансформационной модели без проведения экспериментальных и клинических исследований SARS-CoV-2 тропен к бокаловидным клеткам, содержащимся в слизистой оболочке дыхательных путей, кишки, конъюнктиве глаз, протоках поджелудочной и околоушных слюнных желёз. Активная репликация вируса, значительно снижает защитные функции бокаловидных клеток (слизееобразование), что также способствует проникновению вируса в организм человека.

В ответ на распространение коронавируса наблюдается развитие гипериммунной реакции — так называемый «цитокиновый шторм», характеризующийся синтезом значительного (аномального) количества провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, фактора некроза опухоли и др.) и хемокинов при одновременном снижении содержания Т-лимфоцитов в крови. Кроме того SARS-CoV-2, инфицируя эндотелий кровеносных сосудов, взаимодействует с расположенными там ACE2 и приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, гиперпроницаемости, нарушению микроциркуляции, развитию сосудистой тромбофилии и тромбообразованию.

Прогрессирование COVID-19 определяется диффузным альвеолярным повреждением с образованием гиалиновых мембран, развитием отека легких. Гистологическая картина легких при аутопсии характеризуется организацией альвеолярных экссудатов и интерстициальным фиброзом, образованием гиалиновых мембран, наличием интерстициальных мононуклеарных воспалительных инфильтратов, многочисленных микротромбов фибрина, выраженным отеком, гиперплазией и очаговой десквамацией альвеолоцитов II типа, значительным содержанием макрофагов с вирусными включениями в альвеолярном экссудате. В более пораженных областях наблюдается кровоизлияние, некроз, геморрагический инфаркт. Клиническая картина и диагностика COVID-19 инфицирование SARS-CoV-2 человека происходит в последние дни инкубационного периода и максимально в первые три дня от начала болезни. У подавляющего большинства заражение возникает вследствие контакта с пациентом COVID-19 в случаях клинически манифестировавшего заболевания (до 75-85% — при контакте с инфицированными родственниками из семейного окружения). Следует подчеркнуть, что выделение вируса, как правило, продолжается до 12 дней в легких/умеренных случаях и более 14 дней — в тяжелых. Однако у выздоровевших от COVID-19 пациентов РНК нового коронавируса может быть положительной и после исчезновения клинических симптомов. Болеющий COVID-19, может заразить 3-5 окружающих его людей, а болеющий гриппом — лишь 1-2 человек.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, злокачественными опухолями являются наиболее восприимчивыми к SARS-CoV-2.

Инкубационный период составляет 2–14 суток средний период — 5-6 дней. SARS-CoV-2 передаётся воздушно-капельным при кашле, чихании, разговоре, воздушно-

пылевым с пылевыми частицами в воздухе, контактным через рукопожатия, предметы обихода и фекально-оральным путями.

Выявленные неблагоприятные признаки требуют мониторинга функций печени и электрокардиографии, особенно среди групп риска — пациентов с ХЗП и нарушениями реполяризации миокарда. Масштаб в использовании экспериментальных методов лечения для COVID-19 является беспрецедентным. Однако еще предстоит установить доказательства их эффективности. В связи с этим для клинической практики остается очень важным вопрос по межлекарственному взаимодействию. На сайте Ливерпульского университета представлены основные экспериментальные препараты, которые на сегодня используются в терапии COVID-19 с указанием их механизмов действия; дана оценка совместного применения с другими средствами с учетом рисков и преимуществ, длительности применения, состояния пациента, приема лекарств по поводу ранее установленных заболеваний.

Вывод: В мире зарегистрировано свыше 3,5 млн. случаев заболевания COVID-19, в результате которого погибло более 250 000 человек. К сожалению, в настоящее время не существует эффективных специфических методов лечения COVID-19. Проводятся многочисленные клинические рандомизированные исследования различных препаратов. Пока отсутствуют доказательства того, что пациенты, выздоровевшие от COVID-19, защищены от повторной инфекции. Необходим мониторинг лиц с антителами против SARS-CoV-2 в сравнении с лицами без них с оценкой частоты инфицирования SARS-CoV-2 и развития COVID-19 в течение длительного периода (не менее одного года). Однако первый экспериментальный опыт применения плазмы, содержащей антитела иммуноглобулинов класса G больных, перенесших COVID-19, продемонстрировал обнадеживающие результаты. Выздоровевшие пациенты от COVID-19 и лица с бессимптомным течением, выделяющие вирус с фекалиями, могут рассматриваться как возможный источник инфекции. Кроме того, поскольку РНК SARS-CoV-2 была обнаружена в образцах сточных вод, остается нерешенным вопрос о жизнеспособности вируса в условиях окружающей среды, через которую также может быть реализован фекально-оральный путь передачи

Список использованных источников:

1. Corona resource centre. [electronic resource]. URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (date of the application: 15.04.2020)
2. Guarner J. Three Emerging Coronaviruses in Two Decades The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. *Am.J. Clin. Pathol.* 2020;
3. Lu R., Zhao X., Li J. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet.* 2020;395(10224):56;
4. Chen N., Zhou M., Dong X. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;
5. Li X., Geng M., Peng Y. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J. Pharmaceutical. Analysis.* 2020;10(2):102-8. doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001.
6. Rothan H.A., Byrareddy S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J. Autoimmun.* 2020; 109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
7. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 6 (28.04.2020).

СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ТУҒМА ЎЗГАРУВЧАН ДЕРМАТОГЛИФИК БЕЛГИЛАР АСОСИДА ЖИНСНИ АНИҚЛАШ.

Қўзиёв О.Ж, Пўлотова П.С, Рамазанова С.А.
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

Дерматоглифика усулини тиббий-криминалистик идентификацияда қўлланилиши, шахсни аниқлашнинг бошқа усуллари билан бир-бирини самарали тўлдирувчи усуллар тизими ҳақида сўз юритишнинг имконини беради. Бундан ташқари, амалий эҳтиёж ва морфогенетик хусусиятлар, усулларнинг оддийлиги ва такрорланмаслиги, организм

умумий яхлитлиги дефинитив кўринишлар маркерларини ва ташхисий мезонларини излаб топишда бармоқ, кафт ва товон дерматоглификасини танлашни тўғри эканлигини яна бир бора таъкидлайди.

Тадқиқот мақсади. Бармоқ излари ўзгарувчан аломатларини жинсга боғлиқ жиҳатларини ўрганиш.

Текширув материал ва усуллари: текширув объекти сифатида 674 та ўзбек популяциясига мансуб кўнгиллиларнинг кафт бармоқ андозалари олинди ва уларни дерматоглифик кўрсаткичларини таҳлил натижалари асосида олиб борилди. Андозаларни олишда бўёксиз сканнерлаш усулидан фойдаланилди.

Рудимент чизиқлар таҳлил қилинганида, мазкур аломатнинг мавжуд бўлиши эркакларга, бўлмаслиги эса аёлларга хос эканлиги маълум бўлди. Аломат учраб туриши жиҳатидан эркакларда 12,3% ни, аёлларда эса – 3,1% ни ташкил қилади. Эркакларда ҳам, аёлларда ҳам *ЧР* кўпинча бош бармоқларда, умуман олганда, ўнг қўл бармоқларида учради.

“Дельта – фалангалар аро бурма” масофаси таҳлил қилинганида, умуман, эркакларга учун катта параметр қиймати (10 мм ва ундан кўпроқ), аёллар учун эса кичик параметр қиймати (8 мм дан камроқ) хос ҳисобланади. Унисиди ҳам, бунисиди ҳам кичик қийматлар (8 мм дан камроқ) кўпинча чап қўл бармоқларида, катта қийматлар эса (10 мм дан кўпроқ) ўнг қўл бармоқларида кузатилади. “Эркаклар”га қуйидаги аломатлар хосдир: V – III, VIII бармоқларда; IV – I, II, III, VI, IX ва X бармоқларда; III – IV бармоқда. “Аёллар”га қуйидаги аломатлар хос ҳисобланади: I – I ва VI бармоқлардан ташқари барча бармоқларда; II – VI бармоқ ва III – I бармоқларда учраш аломатлари хослиги намоён бўлди.

Хулоса. Суд тиббиёти амалиётида шахси номалум бурдаланган мурдаларни идентификациясида олинган маълумотлар туғма ўзгармас бармоқ нақшлари билан биргаликда талқин қилинса жинсга боғлиқ диагностик самарадорлик ўртача 5-10%га ортади.

KOXLEAR PROTEZLASH YORDAMIDA ESHTISH QOBLIYATINI TIKLASH

Abdirimova D.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Eshitish sezgisi yo‘qotilganida uni eshitish apparatlari - kuchaytirgichlar yordamida kompensatsiyalasa bo‘ladi. Oxirgi yillarda bu sohada audiologiyaning rivojlanishi va mikroelektronika asosidagi elektroakustik apparatlarning yutuqlarining tez kiritilishi tufayli katta rivojlanish bo‘layapti. Keng chastotali diapazonda ishlaydigan juda kichik eshitish apparatlari hozirgi kunda yangilik emas.

Lekin eshitish sezgisining pasayishi va karlikning og‘ir hollarida eshitish apparatlari bemorlarga yordam bera olmaydi. Bunday holat karlik chig‘anoq retseptor apparatining shikastlanishidan kelib chiqqanida kuzatilishi mumkin. Bunda chig‘anoq mexanik tebranishlar ta‘sirida elektr signallarini generatsiya etmaydi. Bu hildagi kasalliklar dori vositalarining noto‘g‘ri dozirovkasidan ham kelib chiqishi mumkin.

Hozirgi davrda bunday kasallami qisman reabilitatsiya qilish imkoni bor. Buning uchun chig‘anoqqa elektrodlar implantatsiya qilinib, ularga mexanik ta‘sir tufayli yuzaga keladigan signallarga mos elektr signallari yuboriladi. Chig‘anoqdagi bunday protezlash koxlear protezlar yordamida amalga oshiriladi.

Tovush eshitmaslikning karlikning ayrim shakllariga chig‘anoq retseptor apparatining jarohatlanishi sabab bo‘ladi. Bunday hollarda chig‘anoq mexanik tebranishlar ta‘sirida elektr signallarini generatsiyalaymaydi. Bunday karlarga yordam berish mumkin. Buning uchun chig‘anoqqa elektrodlar kiritiladi va ularga elektr signallari beriladiki, bu signallar mexanik ta‘sirlar tufayli hosil bo‘ladigan stimulg mos bo‘lsin.

Odatda, bemorlarning aksariyati kerak bo'ladigan eshitish moslamalari bilan jihozlangan. Ammo agar ushbu qurilmalar kutilgan natijani bermasa, unda mutaxassislar eshitish qobiliyatini yaxshilash uchun koxlear implantani o'rnatishni taklif qilishadi. Koxlear implantatsiya odatda bitta quloqda amalga oshiriladi. Koxlear protezlash bir necha mamlakatlarda ishlatilib ko'rilmoqda.

Ichki komponent "implant" deb nomlanadi va jarrohlik yo'li bilan teri ostiga eshitish nervi darajasida joylashtiriladi. U tashqi komponentdan ma'lumot oladigan qabul qiluvchidan va eshitish asabini qo'zg'atadigan koklea ichiga o'rnatilgan elektrodlardan iborat. Qabul qilgich titandan yoki keramikadan tayyorlanishi mumkin va signallarni qabul qilish uchun antennani va signallarni dekodlash vazifasini o'z ichiga olgan chipni va elektr impulslari ko'rinishidagi kokleada elektrodarga o'tkazishni o'z ichiga oladi.

Ushbu protseduradan kimlar foyda ko'rishi mumkin va qanday holatlarda. Agar bemorda chuqur sensineural (sensineural) karlik bo'lsa; binaural protezdan so'ng bemorda ovozni idrok etishning past darajasi bo'lsa; optimal eshitish moslamasi sharoitida nutq idrokining to'liq yo'qligida (agar vaziyat taxminan 3 oy davom etadigan bo'lsa); sensoriural shaklning chuqur ikki tomonlama eshitish qobiliyati yo'qolgan bemorni tashxislashda. bemorda turli etiologiyalarning kognitiv muammolari (aqliy zaiflik)bo'lmagan bemorlarda; odamda ruhiy kasallik bo'lmaganda;

Bemor operatsiyani rejalashtirishdan oldin, majburiy analizlarni bir qanchasini topshirishi zarur.

Tekshiruvlar va mutaxassislar bilan maslahatlashuvlar: otolaringolog, otoneurolog, karlarning o'qituvchisi. Ba'zi o'lchovlarni o'tkazish va quloqning holatini aniqlash: audiometriya (eshitish qobiliyatini o'lchash); impedansni o'lchash (o'rta quloqning holatini aniqlash); promontorial sinov (eshitish nervining holatini tekshirish); otoakustik emissiya (bemorda eshitish qobiliyatini tekshirish usuli). Eshitilgan akustik eshitish potentsiali (miyaning subkorteksida olingan tovushlarning darajasi va sifatini baholashga imkon beradigan diagnostika). Temporal lob suyagi kompyuter tomografiyasi. Koxlear implantatsiya qilish uchun siz har qanday jarrohlik aralashuv uchun zarur bo'lgan testlarni topshirishingiz kerak - umumiy siydik, biokimyo va umumiy qon testi, glyukoza darajasi uchun qon testi.



Koxlear protez rasmda ko'rsatilgan, bu yerda asosiy korpus, quloq orqasiga qo'ygich mikrofon bilan, implantatsiyalanuvchi elektrod bilan ulovchi vilkadan iborat.

ULTRATOVUSHNING TIBBIYOTDA QO'LLANILISHI

Abdirimova D.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ultratovush bu chastotasi 20 000 Hz (20 kHz) dan 10⁹ Hz (1G Hz) gacha diapazon oralig'ida bo'lgan elastik tebranishlar va toiqinlardir. Ultratovushning tibbiyotda qo'llaniladigan

soxalari bugungi kunda keng qamrovda rivojlanib bormoqda. Ultratovushdan kasalliklarga tashxis qo'yishda va davilashda foydalanish imkoniyatlari mavjuddir.

Ultratovushning ikki muhit chegarasidan qaytishi shu muhitlarning to'liq qarshiliklari nisbatiga bog'liq. Masalan, Ultratovush muskul suyak usti pardasida suyak chegarasidan, ichki organlar sirtlaridan va hokazolardan juda ham yaxshi qaytadi. Shu sababli bir jinsli boimagan jismlar (bezlar), bo'shliqlar, ichki organlarining va hokazolarning turgan o'mi va oichamlarini aniqlash mumkin (ultratovush lokatsiya usuli). Ultratovush lokatsiya usulida uzluksiz va impulsli nurlanishlar qo'laniladi. Birinchi holda ikki muhit chegarasidan qaytgan va tushuvchi to'liqlarning interferensiyasidan hosil boigan turg'un to'liqlar kuzatiladi. Ikkinchi holda qaytgan impuls kuzatilib, ultratovushning tekshirilayotgan obyektgacha va undan qaytib kelish vaqti oichanadi.

Ultratovushning tarqalish tezligini bilgan holda, obyektning qanday chuqurlikda joylashgani aniqlanadi. Biologik muhitlarning to'liq qarshiliklari havonikiga nisbatan 3000 marta katta. Shu sababli UT-nurlatgichlar odam tanasiga qo'yilsa, ultratovush tana ichkarisiga o'tmasdan nurlatgich va odam tanasi orasida hosil boigan yupqa havo ustunidan qaytadi. Havo qatlami hosil boimasligi uchun nurlatgichning sirti yuzasiga yupqa moy qatlami surtiladi. Ultratovush to'liqlarining tarqalish tezligi va ularning yutilishi muhitning holatiga bog'liq; shunga asoslanib moddalarning molekular xossalarini o'rganishda ultratovushdan foydalaniladi. Bu turdagi tadqiqotlar molekular akustika foniga taalluqidir.

Ultratovush tarqalishida hosil boladigan zichlashish va siyraklashishlar suyuqliklar ichida uzilishlar hosil qiladi, bunga kavitatsiya deyiladi. Kavitatsiya uzoq vaqt ushlanib qolmay, tez yopiladi, bunda uncha katta bo'lmagan hajmda ko'p miqdorda energiya ajralib chiqib, moddalarning isishi va shu bilan birga molekularning ionizatsiyasi va dissotsiatsiyasi yuz beradi.

Biologik obyektlarda ultratovush ta'siri bilan bog'liq holda yuz beradigan fizik jarayonlarning asosiy effektlari quyidagilardan iborat:

- hujayra va subhujayra darajasidagi mikrovibratsiyalar;
- biomakromolekulalarni parchalash;
- biologik membranalarini jarohatlash va ularning joylanishlarini o'zgartirish, membranalar o'tuvchanligini o'zgartirish;
- issiqlik ta'siri;
- hujayra va mikroorganizmlarning buzilishi.

Ultratovushning tibbiy-biologik qo'llanishlarini asosan ikki yo'nalishga ajratish mumkin: birinchisi kuzatish va diagnostika usullari, ikkinchisi ta'sir etish usullari.

Birinchi yo'nalishdagi usullarga asosan impulsli nurlanishlardan foydalanuvchi lokatsion usullar kiradi. Bu exoensefalografiya bosh miya o'smalari va shishlarini aniqlash "Angiodin EXO/U" exoensefalograf ko'rsatilgan); ultratovush kardiografiyasi — yurak o'lchovlarini dinamikada o'lchash; oftalmologiyada — ko'z muhitlari kattaliklarini o'lchash uchun ultratovush lokatsiyasi. Ultratovushning Dopier effektidan foydalanib yurak klapanlari harakatining xarakteri o'rganiladi va qon oqish tezligi o'lchanadi. Diagnostika maqsadlari uchun ultratovush tezligiga asosan o'sib chiqqan va jarohatlangan suyaklarning zichliklari hisoblab topiladi.

Ikkinchi yo'nalishga ultratovush fizioterapiyasi taalluqlidir. Ultratovush fizioterapiyasiga mo'ljallangan apparati IONTO COHO C2 maxsus nurlatgich kallagi yordamida bajariladi. Ko'pincha terapevtik maqsadlar uchun chastotasi 800 kHz, o'rtacha intensivligi 1 W/sm^2 ga yaqin va undan uzoq bo'lgan ultratovushlardan foydalaniladi.

Ultratovush terapiyasining birlamchi ta'siri mexanizmi uning to'qimaga ko'rsatadigan mexanik va issiqlik ta'siridir.

Operatsiyalarda ultratovush ham yumshoq, ham suyak to'qimalarini kesishga qodir bo'lgan „ultratovush skalpeli“ sifatida foydalaniladi. Ultratovushni suyuqliklar ichidagi jismlarni parchalab, emulsiya hosil qilish qobiliyatidan farmatsevtika sanoatida dori tayyorlashda foydalaniladi. Ultratovush ishtirokida tayyorlangan turli xil dorivorlar emulsiyalari o'pka kasali, yuqori nafas yo'llari katari, bronxial astma kabi kasalliklarni davolashda qo'llaniladi. Hozirgi paytda shikastlangan yoki transplantatsiyalanuvchi suyak to'qimalarini "payvandlash"ning yangi usuli (ultratovush osteosintezi) yaratilgan.

Ultratovushning mikroorganizmiarga halokatli ta'sir ko'rsatishidan moddalarni sterilizatsiya qilishda foydalaniladi.

Ultratovushning ko'rlar uchun qo'llanilishi qiziqarlidir. "Oriyentir" kichkina asbobi hosil qilgan ultratovush lokatsiyasi yordamida 10 m gacha uzoqlikdagi jismlarni bilib olish va ularning qanday xarakterda ekanligini aniqlash mumkin.

Ultratovushning tibbiyot va biologiyada qo'llanilishi borasida yuqorida keltirilgan misollar bu sohada qilingan barcha tadqiqotlarni o'z ichiga olmaydi, chunki ultratovushning qo'llanish sohasi rang-barang va uni kengaytirish istiqbollari kattadir. Yana ultratovush golografiyasining tibbiyotga kirib kelishi va undan foydalanish yanada yangi diagnostika usullarining paydo bolishiga umid bog'laydi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yhati

- 1) Paul Davidovits. Physics in Biology and Medicine. Fourth Edition, 2013
- 2) A.N.Remizov Tibbiy va biologik fizika. T: "O'zbekiston milliy ensiklopediyasi". 2005
- 3) Bazarbayev M.I., Mullajonov I. va boshq. Biofizika, Darslik. Toshkent. 2018 y.
- 4) <http://www.niedbiophys.ru/>

KO'KRAK BEZI SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI MASTEKTOMIYADAN KEYINGI LIMFOREYA ASORATINI KORREKSIYALASH

Axmedov F.R., Djumaniyazova G.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarliligi: Xorazm viloyati ayollar kasalliklari ichida sut bezi saratoni eng keng tarqalgan o'sma kasalliklardan biridir. Bemorlarning 30% dan ko'prog'i radikal mastektomiyadan so'ng operatsiyadan keyingi davrida operatsiyadan keyingi asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Eng erta va tez-tez uchraydiganlardan biri limforeya.

Tadqiqot maqsadi: Sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarda mastektomiyadan keyingi limforeyani oldini olish choralari samaradorligini korreksiyalash.

Materiallar va usullar: 2017 yil iyun oyidan boshlab RIO va RIATM Xorazm filiali mammalogiya bo'limida ko'krak bezi saratoni bilan og'rigan bemorda mastektomiya paytida aksillar-subklavian-subskapularis limfa tugunlari diseksiyasidan so'ng kichik pektoral mushakning miyoplastikasi amaliyoti qilingan 72 ta bemor asosiy guruhga olindi. Yoshi 30 dan 65 yoshgacha (o'rtacha 46,2 yosh). Ulardan IIA bosqichli bemorlar -13,1%, IIB - 27,2%, IIIA - 31,6%, IIIB - 25,1%, IV bosqich - 3%. Nazorat guruhiga Madden bo'yicha jarrohlik amaliyoti qilingan 125 ta bemor olindi.

Tadqiqot natijalari: Asosiy guruhda nazorat bilan solishtirganda, limforeya miqdori 57% ga kamaydi va yotish kunlari soni 9 kunga qisqardi. Loskutga olingan pektoralisning kichik mushaklari, subklavian-aksillar-subskapularis hududining neyrovaskulyar to'plamini to'ldiradi va yopadi, limfani absorbsiya qiladi va 3 qavatli kapitonajni bajaradi. Teri loskuti oldingi ko'krak devorining mushaklariga barqaror yopishishi aniqlandi

Xulosa: radikal mastektomiya bilan pektoral miyoplastika bir vaqtda qilinsa limforeya asoratlari soni va davomiyligi uzoq bo'lishining oldini olishga yordam beradi, masalan: yiringli yaralar, choklarning ajralishi, teri qirg'oqi nekrozi kamayadi. Bu o'z navbatida, tezroq bemor tuzalishiga yordam beradi. Operatsiyadan keyingi asoratlarsiz ishga qaytish imkoniyati, qachon kasallik ta'tilini to'lash, kasalxonada davolanish uchun sarflangan mablag'larni hisoblash tibbiy muassasaga ham, umuman davlat darajasida ham aniq iqtisodiy foyda ko'rsatadi.

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE

Axmedov F. R, Djumaniyazova G.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Introduction: Breast cancer is one of the most dangerous cancers of the female reproductive organs. According to Republican Statistics, the absolute number of diseases in 2018 was 3,056 patients, the number of deaths - 750. The rate of detection of the disease during prophylactic examinations is not low, but exceeds 41%. The main criterion of diagnostic quality remains high (more than 49.9%).

Purpose of work: optimization of methods for early diagnosis of breast cancer among women of childbearing age.

Materials and Methods: For early detection of breast cancer from 2019 to 2020 a survey was conducted among 217 women of childbearing age registered at the family clinic in Urgench. Of these, 80 women were found to have several types of breast disease: 39 - fibrous-cystic mastopathy, 17 - nodular mastopathy, 14 - mastalgia, 5 - discharge from the nipple, 3 - gynecomastia. All women of childbearing age complain of pain in the mammary glands. They were prescribed conservative treatment and those who had changes - ultrasound examination of the mammary glands and mammography. Suspicious tumors were referred to an oncologist. In patients diagnosed with hyperprolactinemia, ie suspected pituitary adenoma, sent for exographic examination of pelvic organs, X-ray of the Turkish pelvis and after receiving positive results, they were referred to a gynecologist for hormonal treatment.

Conclusion: 1. When risk factors are identified (over 30 years of age, hereditary) presence of oncological diseases, use of hormonal drugs for infertility, menstrual disorders, obesity), annual mammograms for women of childbearing age

transfer is recommended.

2. Adherence to the principles of a healthy lifestyle among women of childbearing age, adverse effects of variable risk factors on the development of breast cancer data on the reduction of.

3. General practitioners should identify risk factors at each visit of women of childbearing age. Interviews should include anamnesis, objective breast examination, laboratory and instrumental examinations.

4. It is recommended that all women of childbearing age be trained for early diagnosis of breast cancer, and that women be trained to have monthly breast self-examination skills.

REVMATIZMNING ZAMONAVIY NEVROLOGIK SHAKLLARI

Ahmedova R. Yu
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

So'nggi yillarda revmatizmning yangi nevrologik shakllari tasvirlangan. Bu ishning maqsadi revmatizmning nevrologik namoyon bo'lish xususiyatlarini aniqlash edi.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi nevrologiya bo'limida statsionar davolanayotgan bemorlarning 60 ta kasallik tarixi tahlil qilindi. Barcha bemorlarga revmatolog tomonidan turli darajadagi faollikdagi revmatizm tashxisi qo'yilgan. Bemorlarga yurakning klinik, elektrokardiografik, exokardiyografik tekshiruvi, DPA uchun qon tekshiruvi, sial kislotalari, C-reaktiv oqsil, antistreptolizin O. o'tkazildi.

Faol revmatik jarayonda miya va yurakning shikastlanish belgilari har doim ham birga ko'rinmaydi, bu esa tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'diradi. Kasallik tarixini tahlil qilganda, asosan, 40 yoshdan oshgan odamlarda miya revmovaskuliti kuzatilgan. 27 (54%) bemorda revmatizm tarixi bo'lmagan va bu tashxis birinchi marta nevrologik shifoxonada qo'shimcha tekshiruvdan so'ng qo'yilgan.

Arterial gipertenziya yoki miya aterosklerozidan kelib chiqqan vegetativ distoniya yoki dissirkulyatsion ensefalopatiya tashxisi bilan 10 (28%) bemorlar bo'limga yotqizilgan. Keng qamrovli tekshiruvdan so'ng revmatik jarayonning darajasi minimal yoki birinchi darajali, takroriy revmatik yurak kasalligi, mitral qopqoq etishmovchiligi bilan baholandi. Miyaning MRTda fokal patologiya aniqlanmagan, subaraxnoidal bo'shliqlar kengaygan. Tarqalgan mikroorganik simptomlar klinik jihatdan nevrologik holatida aniqlangan. Miya revmovaskulitining tashxisi aniqlanmagan.

Revmatik jarayonning kuchayishi bilan miya revmatik vaskulitining og'ir shakllari kuzatiladi. Miya revmatik vaskulitlari o'rta miya arteriyasi havzasida ishemik yoki aralash insultning klinikasi sifatida debyut qilib, 28(50%) bemorda bosh miya yarim sharlari infarkti yoki 19 (28%) bemorda ensefalomiyelit hosil bo'lgan.

16 (55%) bemor ishemik xarakterdagi o'rta miya arteriyasi havzasida insult tashxisi bilan bo'limga yotqizildi, 13 (45%) bemor aralash xarakterda edi. Miyaning KT yoki MRTda vaqtincha va fronto-parietal mintaqalarda, ko'p bo'lmagan ikki yarim sharli geterodensiya o'choqlari, kamdan-kam hollarda oksipitalda tasvirlangan. 4 (5%) bemor vafot etdi. Barcha bemorlarning outopsiya natijalari revmatizm, miya infarktlari va meningoensefalit hodisalari bilan miya revmovaskulitining tashxisini tasdiqladi.

14 (28%) bemor ensefalit yoki ensefalomiyelit tashxisi bilan kasalxonaga yotqizilgan. Nevrologik alomatlar bulbar, psevdobulbar sindromi, ikki tomonlama prosoparez, amyotrofik lateral skleroz sindromi, tez-tez polimorfik tutilishlar bilan kechadigan epizindrom bilan namoyon bo'lgan. Miyaning MRTda qorincha tizimi va subaraxnoidal bo'shliqlarning kengayishi, ba'zida miyaning oq moddasida, asosan frontotemporal mintaqada yallig'lanishli tabiatning keng zonalarini aniqlandi. Ulardan 5 (35,7%) bemor vafot etgan O'limdan keyingi tekshiruv revmatizm, meningoensefalit, revmatik vaskulit tashxisini tasdiqladi, asosan miyasi shikastlangan.

Miya revmovaskulitining tashxisi nevropatolog uchun diagnostik qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Miya shikastlanishining multifokal tabiati, revmatizmning mavjudligi, kasallikning remitsiyali kechishi, antirevmatologik davolanish natijasida nevrologik simptomlarning regressiyasi - revmatik meningoensefalit va ateroskleroz va gipertoniya tufayli qon tomir miya shikastlanishi o'rtasidagi farq. Ushbu tashxisni to'g'ri shakllantirish uchun miya shikastlanishining bir nechta o'choqlari bo'lgan bemorlarga yurakning exokardiyografik tekshiruvi, revmatik tekshiruvlar uchun qon tekshiruvi, revmatolog bilan maslahatlashuv va miyaning MRTi kiradi.

Dolzarlighi. Miya revmovaskulitining tashxisi va qiyosiy tashxisida Zamonaviy tashxislash va davolash profilaktika dasturining asosiy qismini tashkil qiladi

Maqsad. revmatizmning nevrologik namoyon bo'lish xususiyatlarini aniqlash

Materiallar va tekshirish Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasida tekshirish olib bordik .Natijada 60 bemor tekshirildi ahundan 27 bemorda avval revmovaskulit kasalligi bo'lmagan va kasalxonada tekshiruvlardan keyin aniqlangan .10 ta bemor dissirkulyatsion ensefalopatiya tashxisi bilan shifoxonada yotqizildi va keng qamrovli tekshiruvdan keyin ularda minimal darajada revmatik yurak kasalligi va mitral klapan yetishmovchiligi aniqlandi

Natijalar:Tekshirish natijasi shuni ko'rsatadiki 27ta anamnezida revmatizm kasalligi bo'lmagan bemorlar chuqur tekshiruvdan keyin revmatik yurak nuqsoni borligi aniqlandi 10ta bemorda dissirkulyatsion ensefalopatiya kaslligi bilan yotqizilgan bemorda neyrorevmatizm aniqlandi .16 bemor ishemik insult tashxisi bilan yotqizilgan va barchasida miya infarkti va miya revmovaskuliti rivojlangani aniqlandi

Xulosa: Miya revmovaskulitining tashxisi nevropatolog uchun diagnostik qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Miya shikastlanishining multifokal tabiati, revmatizmning mavjudligi, kasallikning remitsiyali kechishi, antirevmatologik davolanish natijasida nevrologik simptomlarning regressiyasi - revmatik meningoensefalit va ateroskleroz va gipertoniya tufayli qon tomir miya shikastlanishi o'rtasidagi farq mavjud.

VERTEBROGENLI DORSALGIYALI QARIYA BEMORLARDA MAGNETOLASER ULTRASOND TERAPIYANI AXAMYATI

Ahmedova R. Y.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Og'riq odamlarning o'tkir va surunkali kasalliklarining eng ko'p uchraydigan alomatidir va zamonaviy jamiyatda bir qator tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy muammolarni keltirib chiqaradi.

Tadqiqotning maqsadi - keksa bemorlarda vertebrogenik dorsalgiya klinik kechishining xususiyatlarini aniqlash va patologik tizimning asosiy qismlariga ko'p bosqichli yondashuvga asoslangan magnitli lazerli ultratovushli terapiya yordamida ularni davolash usullarini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz Xorazm Neyron klinikasida 60 yoshdan 80 yoshgacha bo'lgan 150 bemorni (ayollar - 57, erkaklar - 97) tekshirdik, ular tasodifiy tanlab olish usuliga qarab ikki guruhga bo'lingan. Nazorat (30 bemor) an'anaviy terapiyani oldi, ular orasida elektroterapiya, massaj, mashqlar bilan davolash, issiqlik bilan ishlov berish va agar kerak bo'lsa, analgetiklarning kichik dozalari (diklofenak natriy, ketoprofen yoki boshqa steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar). Asosiy guruh (120 ta bemor) biz ishlab chiqqan magnitli lazer ultratovushli terapiya (MDR) usuli bo'yicha davolandi. Boshqaruvni asosiy guruhlar bilan davolashdan farqi shundaki, asosiy guruhdagi nazorat guruhida elektroterapiya o'miga MLUZT ishlatilgan.

"MIT-11" kombinatsiyalangan fizioterapiya uchun mahalliy qurilma ishlatilgan.

Ta'sir quyidagi sohalarga ta'sir qildi:

1) Katta oksipital teshikning proektsiyasi (ishlatilgan magnit lazer nurlanishi, magnit maydoni - 5 dan 50 mT gacha kuchga ega "MP"; lazer nurlanishi - 5 dan 100 mVt gacha bo'lgan "LV", to'lqin uzunligi = 780-980 nm. , infraqizil, chastotalar modulyatsiyasi 1 dan 10 Gts gacha, protsedura davomiyligi - 5-10 minut).

2) yoqa sohasi: birinchidan, 44 kHz chastotali past chastotali ultratovushga ta'sir qilish, to'lqinlarning tebranish kuchi 3-4 mkm (0,5-0,8 Vt / sm²), davomiyligi-5 minut; keyin - 1 -bandga o'xshash parametrlarga ega magnitli lazer terapiyasi.

3) Lomber mintaqaning chap va o'ng qismidagi paravertebral zonalar - past chastotali ultratovush ta'sirida (chastota - 44 kHz, to'lqin tebranish kuchi - 4-5 mkm [(0,8-1,0 Vt / sm²)], protsedura davomiyligi - 10 daqiqagacha.

4, 5) Tiz fossasi (4), buzoq mushaklari (5) - magnit lazer nurlanishiga ta'sir qilish (MP - 5 dan 50 mtl gacha kuch, LV - 5 dan 50 mVt gacha, to'lqin uzunligi 633-635 nm, qizil lazer).

Natijalar. Keksa yoshdagi bemorlarda ko'pincha vertebrogenik dorsalgiya kursi surunkali bo'lib, davriy alevlenmeler bilan kechgan (97 (67,7%) bemorlar); kamdan -kam hollarda - subakut (39 (26,0%) kishi) va undan kam hollarda dorsalgiya - 14 (9,3%) bemorda.

Xulosa Tekshirilgan bemorlar guruhlarida davolanish natijalarini solishtirganda ular quyidagicha bo'ladi. O'tkir dorsalgiyada elektroterapiya (SMT yoki DDT) ta'siri ostida og'riq tezroq kamayadi. Surunkali va subakut dorsalgiyada MLUST ancha samarali bo'ldi. Davolashning uzoq muddatli ta'sirini tahlil qilishda MLUZT ning ijobiy ta'siri olti oygacha bemorlarning 79 foizida, elektroterapiyada esa - bemorlarning 28 foizida kuzatilgan

PUNCTURE OF BREAST CYSTS UNDER THE CONTROL OF ULTRASOUND WITH CYTOLOGICAL STUDY

Djumaniyazova G.M, Axmedov F.R

Urganch branch of Tashkent Medical Academy

Introduction: Cysts are one of the most common breast diseases. Typical for the occurrence of cysts is the age of menstruating women - between 35 and 50 years. With the onset menopausal cysts usually regress.

We have observed that 90-95% of breast cysts do not have a solid component. These are simple cysts. 2-3% cases of cysts have foci of proliferation of the inner wall (atypical cysts). Puncture biopsy under ultrasound control with cytological examination is mandatory if atypical cysts. The cysts were identified by us clinically and echographically.

Purpose of work: To increase the effectiveness of treatment of breast cysts. Materials and Methods: We punctured 198 large breast cysts. Moreover, from cysts evacuated from 0.5 to 30 ml of fluid. It was a cloudy greenish brown or transparent brown, slightly opalescent liquid. The color depended on the chemical composition. 15 patients had made a sectoral resection of the mammary gland.

Results: Based on the cytological study, we identified three types of cysts: without signs of epithelial proliferation (126 cysts); with signs of epithelial proliferation (51 cysts); with signs of proliferation and atypia of the epithelium (21 cysts). According to our observations, out of 8 operated patients with such cysts, intraductal cancer was detected in 4, including one patient was diagnosed with malignant cystopapilloma. In patients who have previously been cytologically diagnosed with a cyst with signs of epithelial proliferation (without atypia), cancer after sectoral resection was not found.

Conclusions: detection of cysts with signs of proliferation and atypia of the epithelium during cytological examination should be considered an indication for performing sectoral resection with express biopsy. Such patients it is advisable to single out in the high-risk group. The total number of patients with breast cancer glands identified among patients with large cysts are relatively small (1%).

AHOLINING TIBBIY MADANIYAT HAQIDA TUSHUNCHALARI

Duschanov B.A., Ibadullayeva S.S.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

So'nggi yillarda insonlar daromadlarining oshishi natijasida yashash sharoiti va ovqatlanishi sezilarli darajada yaxshilandi, bu o'z navbatida umr ko'rish davomiyligining oshishiga olib keldi[4,5]. Shu bilan birga, jismoniy zo'riqish va ruhiy stresslarning kuchayishi dunyoning ko'plab mamlakatlarida xavf omillarining tarqalishi uchun sharoit yaratdi-chekish, alkogol va giyohvand moddalarni iste'mol qilish [1,3], noto'g'ri ovqatlanish, stressli vaziyatlar, doimiy psixo-emocional stress, jismoniy kamharakat, oiladagi noqulay psixologik holat, ma'lumot darajasi pastligi tibbiy madaniyatning pasayishiga ta'sir etib, natijada surunkali kasalliklarning ko'payishiga olib kelmoqda[2].

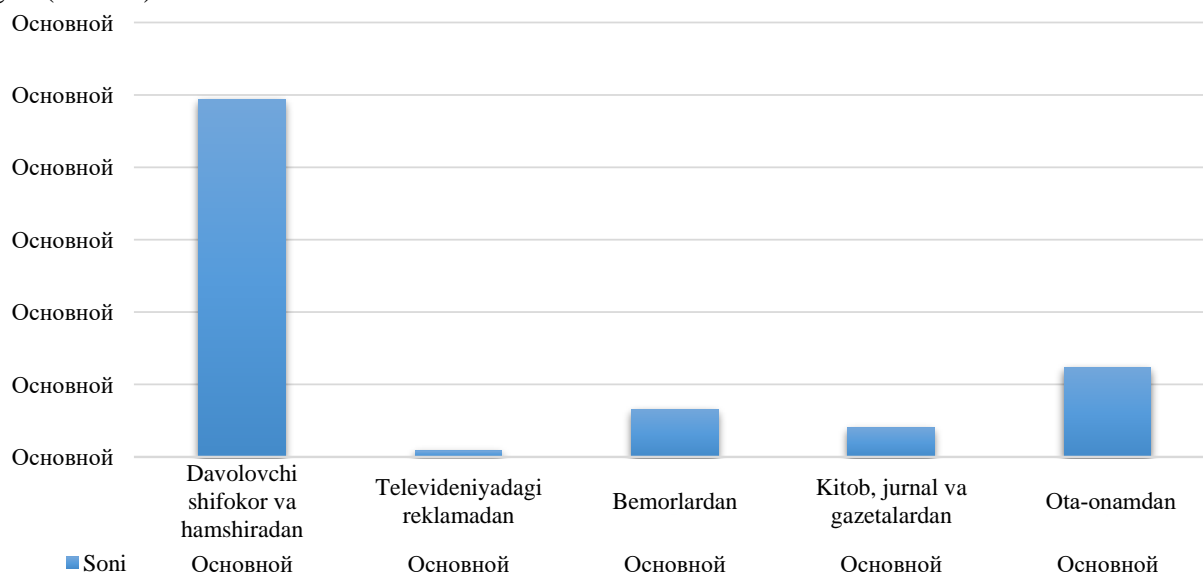
Sog'liqni saqlash tizimi xodimlari tibbiy madaniyat so'z birikmasini juda ko'p ishlatishadi. Biroq oddiy odamlarning juda kam qismi ushbu so'zning ma'nosini bilishadi.

Izlanish maqsadi. Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida tibbiy madaniyat haqida tushunchalarini o'rganish.

Material va uslublar. Aholi orasida tibbiy madaniyatni shakllanishini o'rganish maqsadida 24 savoldan iborat anketa tayyorlandi va Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma natijalari Microsoft Excel dasturi asosida tahlil qilindi. Tibbiy madaniyat - keng qamrovli mezon bo'lib, o'z ichiga tibbiy omillar: insonlar salomatligi saqlash, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish, ijtimoiy omillar: jismoniy va aqliy zo'riqishni oldini olish, to'g'ri ovqatlanish, zararli odatlardan (chekish, ichish, giyohvandlik) o'zini tiyish hamda iqtisodiy omillar: uy va ish joyida sovuq va kimyoviy zararli ta'sirlardan holi bo'lish, zararli va sintetik kiyimlarni harid etmaslik va shunga o'hshash boshqa tadbirlarni o'z ichiga oladi. Bu izlanishda respondentlarning tibbiy omillarga, shu jumladan TM, mavjud bo'lgan kasallik diagnozi, davolash uslublari va uning asoratlari to'g'risidagi bilimlarining mavjudligi, ovqatlanish xususiyati va parhez taomlari, tahlil natijalari, nasliy kasallar va ularning havfi, sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish masalalari o'rganildi.

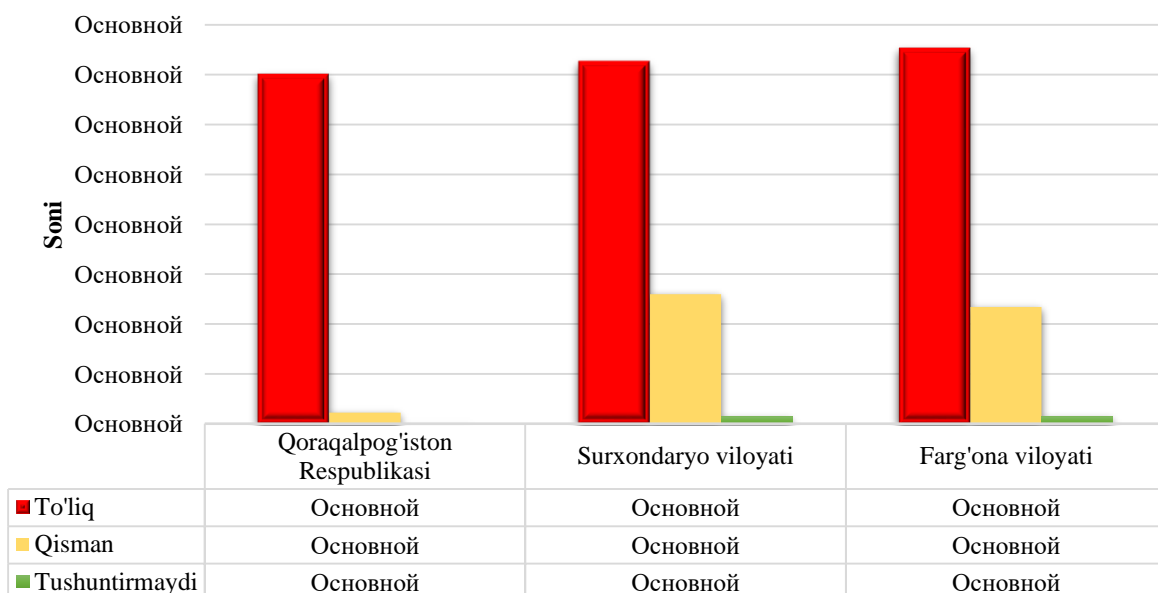
Olingan natijalar va ularning tahlili. So'rovnomada ishtirok etganlarning 832 (57%) nafari ishlaydi, 401 (27%) vaqtincha ishlamaydi, 169 (12%) nafaqada va 59 (4%) nogironligi sababli ishlamaydi. Ularning 997 (68%) nafari ayollar, 464 (32%) erkaklardan iborat. 255 (16%) nafarida oliy, 474 (31%) o'rta maxsus, 641 (42%) o'rta va 169 (11%) nafari ma'lumotsiz. 1028 (70%) nafari o'zbek, 266 (18%) qoraqalpoq, 69 (5%) nafari qozoq, 56 (4%) nafari tojik va 42 (3%) boshqa millatlarga to'g'ri keladi. Ularning 950 (65%) shaharlarda va 511 (35%) nafari qishloqlarda istiqomat qiladi.

Ma'lumki aholi orasida tibbiy madaniyatni shakllanishida nafaqat tibbiyot xodimlari, balki ota-ona, maktab, atrof muhitning ahamiyati katta. Shu sababli birinchi savolga, ya'ni - Tibbiy madaniyat haqida qayerdan ma'lumot olasiz? Quyidagi javob olindi. Respondentlarning 987 (68%) nafari davolovchi shifokor va hamshiradan, 246 (17%) ota-onadan, 131 (9%) bemorlardan, 80 (5%) nafari kitob jurnal va gazetalardan va 17 (1%) televideniya dagi reklamalardan olamiz, deb javob berishgan. Olingan ma'lumotlardan shuni ko'rish mumkinki, haqiqatdan ham aholi orasida tibbiy madaniyatni oshirishda tibbiyot xodimlarining o'rni katta, shu bilan birga tibbiyot xodimlari individual yondashuv asosida ish ko'radilar, jamoa hulq atvoriga katta ta'sir qiluvchi ommaviy-axborot vositalarining (televidenie, gazeta va jurnallar) imkoni keng bo'lishiga qaramay bu masalada respondentlar atigi 6 foizi tibbiy madaniyatni shakllanishi bo'yicha ma'lumot olamiz, deb aytishgan (1-rasm).



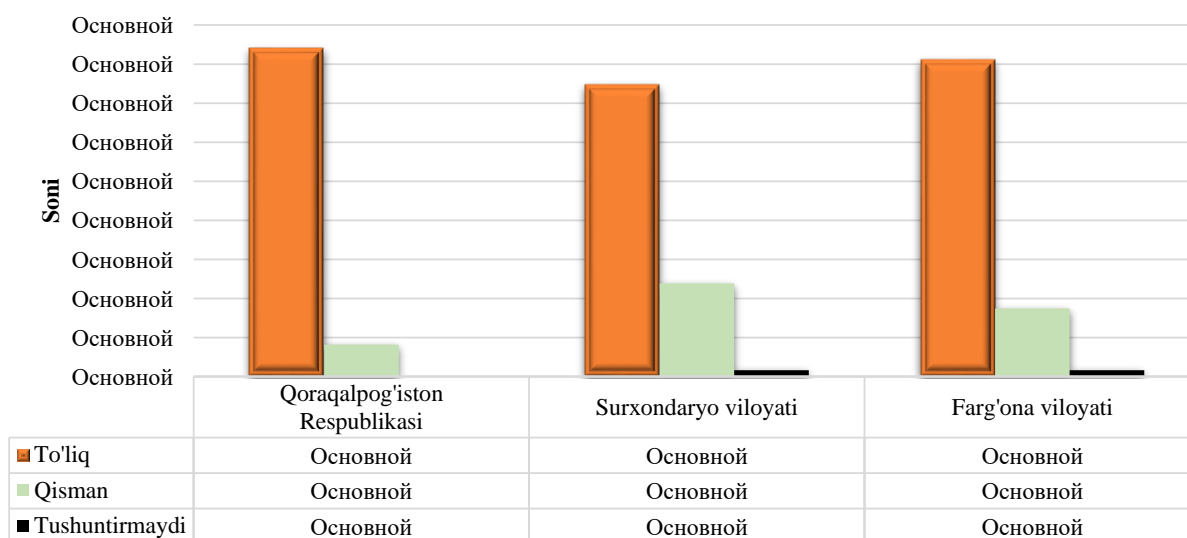
1-rasm. Tibbiy madaniyat haqida qayerdan ma'lumot olasiz?

Tibbiy madaniyat shakllari, ularning inson salaomatligiga ahamiyati to'g'risida barcha shifokorlar aholiga tushuntirish ishlarini amalga oshirishlari lozim. Navbatdagi - davolovchi shifokor Tibbiy madaniyat haqida qay tarzda tushuntiradi? savolga respondentlar tomonidan quyidagicha javob berildi (2-rasm).



2-rasm. Davolovchi shifokor tibbiy madaniyat haqida qay tarzda tushuntiradi?

Keyingi savol hozirgi kunda o'ta dolzarb bo'lib turgan, ya'ni davolovchi shifokor sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish haqida qay tarzda tushuntiradi? respondentlar tomonidan quyidagi javob olindi (3-rasm).



3-rasm. Davolovchi shifokor sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish haqida qay tarzda tushuntiradi?

Respondentlardan keyingi savolga olingan natijalarga ko'ra, shifokorlar 82 foiz holatda sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish to'g'risida to'liq, 17 foiz holatda qisman va 1 foiz holatda umuman tushuntirish bermaydilar deya javob berishgan. Vaholangki, sanitariya va gigiena qoidalari nafaqat kasallikni oldini olish, balki mavjud kasallikni qayta zo'riqishi va uni boshqalarga yuqmasligi borasida eng muhim omillardan biri bo'lib hisoblanadi.

Xulosa. Olingan natijalarga ko'ra, respondentlar tomonidan tibbiy madaniyat haqida shifokorlardan ma'lumot olishlari quvonarli bo'lishiga qaramasdan, sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish to'g'risida 17 foiz holatda qisman va 1 foiz holatda umuman tushuntirish bermasliklari qayd qilingan. Bundan tashqari tibbiy madaniyatni oshirishda populyatsion ta'sirga ega ommaviy axborot vositalari, shu jumladan televidenie, radio va gazeta va jurnallarning faoliyatini tubdan yaxshilash zarur.

Yuqoridagilarni inobatga olib, mualliflar tomonidan Sog'liqni saqlash tashkilotchilari bu masalalar borasida tibbiyot xodimlari bilan o'tkaziladigan haftalik yig'ilishlarida shifokorlarga

tegishli ko'rsatmalarni berishlari tavsiya etiladi va tibbiy madaniyatni o'rganishga oid qo'shimcha izlanishlarni davom ettirish kerak, deb hisoblaydilar.

Adabiyotlar.

1. Abduraximov Z.A. Профилактика-основная работа врачей на догоспитальном этапе //Врач скорой помощи. - 2015. - №. 5-6. - С. 16-23.
2. Asadov D. A., Sabirov D.M., Alyavi A. L. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике хронических гепатитов у взрослых в первичном звене здравоохранения //Тошкент: Янги асравлоди. - 2013.
3. Oganov R.G., Maslennikova G. Y. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний-основа улучшения демографической ситуации в России //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. - Т. 4. - №. 3, ч. I. - С. 4-9.
4. Marmot M. G. et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review //British journal of cancer. - 2013. - Т. 108. - №. 11. - С. 2205-2240.
5. Marmot M., Bell R. Fair society, healthy lives //Public health. - 2012. - Т. 126. - С. S4-S10.

DIFFERENT TYPES OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.

Islomov I.I., Dlumaniyazova Z.F., Khajiev S.O..
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Purpose. To estimate influences of the antagonists of mineralocorticoid receptors (AMR) on disturbances of a heart rhythm at patients with the chronic heart failure (CHF).

Material and methods of a research. Within prospective observation 42 patients who were on hospital treatment in departments of cardiology and therapy of clinic of the Urgench branch of the Tashkent medical academy at the age of 53 - 74 years were examined. The research included patients with CHF II, III and the IV functional class (FC) on classification of New York Heart Association (NYHA). Patients with an acute heart failure, an acute myocardial infarction, unstable stenocardia, an idiopathic cardiomyopathy, pericardites, rheumatic heart diseases, myocardites were excluded from a research. All patient conducted the standard methods researches (clinical and biochemical blood tests, the general analysis of urine, the ECG, EhoCG, the test of 6 minute walkings, the scale assessment of a clinical state (SACS)). For diagnosis of arrhythmia the physical research of patients, short-term record ECG in 12 assignments and daily holter monitoring (HM ECG) was conducted.

Results. CHF II FC, according to the scale of assessment of a clinical state (SACS) and the test of 6-minute walking (6-MWT), is revealed – at 15 (35.71%), the III FC – at 18 (42.85%), the IV FC – at 9 (21.42%) patients. All had an ischemic heart disease which is mainly provided by a stable angina of exertion with average FC 2.86 ± 0.75 . Arterial hypertension is revealed at 31 (73%) patients. The average systolic arterial blood pressure (SABP) made 136.6 ± 18.0 mm Hg. and diastolic arterial blood pressure (DAD) of 74.8 ± 18.31 mm Hg. The EF initial level was $46.62 \pm 12.4\%$. The average rate of pulse was 81.2 ± 24.6 beats per minute. According to a physical research and short-term record ECG of disturbance of a warm rhythm are revealed at 31 (73.81%) patients before complex treatment with inclusion of AA respectively: a constant form of the atrial fibrillation (AF) – at 18 (42.85%) and 18 (42.85%) patients ($r < 0.05$), single supraventricular extrasystoles (SVE) – at 7 (16.67%) and 3 (7.14%) patients ($p > 0.05$), single ventricular extrasystoles (VE) – at 22 (52.38%) and 13 (30.95%) patients ($r < 0.05$), a combination of SVE and VE – at 12 (28.57%) and 9 (21.43%) patients ($p > 0.05$), frequent VE at 8 (19.04%) and 8 (19.04%) patients ($p > 0.05$).

Conclusion. The evidence obtained results and available confirms efficiency, safety and good tolerance of antagonists of Aldosterone in patients with chronic heart failure with various disturbances of heart rhythm. Thus, antagonists of mineralocorticoid receptors are capable to reduce emergence of disturbances of a warm rhythm against the background of complex treatment of patients with chronic heart failure.

DIAGNOSTICS OF SYMPTOMATIC EPILEPSY IN THE AREA REGION

Ismailova M.O.

Urgench branch of Toshkent Medical Academy.

The aim of the study was to study the features of diagnostics of symptomatic epilepsy of viral etiology (SEVE) comorbid with iron deficiency anemia (IDA) in the Aral Sea region.

Material and research methods.

A total of 105 patients with EEE comorbid with IDA were examined. The age of the patients ranged from 14 to 60 years, the average age was $31,1 \pm 2.9$ years. Among the surveyed there were 50 (47.6%) men and 55 (52.4%) women. Diagnosis Symptomatic epilepsy was diagnosed after EEG and examination by a neurologist. In addition, patients underwent clinical, biochemical and immunological blood tests to confirm the viral etiology and comorbidity of IDA.

Research results. In patients, the average hemoglobin index was $79,3 \pm 1,2$ g / l; hypochromia was noted - the color index was $0,8 \pm 0,02$; thrombocytopenia – $160,628 \pm 4.888$ thousand in 1 mm³; erythrocytopenia – $4,1 \pm 0.14$ million in 1 mm³ and a decrease in plasma Fe – $4,6 \pm 0.3$ μmol / l. Microscopy of the smear revealed anisocytosis, poikilocytosis with a predominance of microcytosis and hypochrom

In cellular immunity in patients, there was a general interest in the populations of T-lymphocytes, the indicators of T-suppressors ($0,91 \pm 0,05$) and natural killer cells ($0,74 \pm 0,09$) were significantly increased, along with an increase in B-lymphocytes ($0,79 \pm 0,06$). The decrease in the immunoregulatory index ($1,03 \pm 0,02$) was due to an increase in T-suppressor cells. In addition, there is a relative increase in the CEC level ($51,3 \pm 0,8$), as well as an increase in IgM ($1,83 \pm 0.06$), IgG ($14,9 \pm 0,51$) in this group of patients.

When conducting a study of immunoglobulins M and G Herpes and CMV, it was revealed that IgM indicators in all groups of patients were within normal values, while Herpes IgG ($5,9 \pm 0,3$) and CMV IgG ($6,1 \pm 0,4$) in patients was significantly increased.

Output. In the ecologically unfavorable zone of the Aral Sea region, symptomatic epilepsy of viral etiology is revealed, comorbid with iron deficiency anemia, in which, in addition to a decrease in hemoglobin, an increase in the populations of T-lymphocytes, T-suppressors and natural killer cells has a diagnostic value, together with an increase in B-lymphocytes, a decrease in the immunoregulatory index, an increase in the level of the CEC, as well as an increase in IgM, IgG, in most cases due to IgG Herpes and Cytomegalovirus. When treating this category of patients, it is necessary to take into account etiological and comorbid diseases.

SPORT MASHG'ULOTLARI BILAN SHUG'ULLANISH SALOMATLIK GAROVI

Ibadullayeva S.S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Sog'lom turmush tarzi bu - aniq ijtimoiy-iqtisodiy, siyosiy, ekologik va boshqa sharoitlar uchun xos bo'lgan, insonlar salomatligini saqlash, yaxshilash va mustahkamlashga yo'naltirilgan faoliyat.

Izlanish maqsadi. Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida Sog'lom turmush tarziga rioya qilinishida sport mashg'ulotlari bilan shug'ullanishini tahlil qilish.

Material va uslublar. Aholini Sog'lom turmush tarziga rioya qilishini o'rganish maqsadida 24 savoldan iborat anketa tayyorlandi va Qoraqalpog'iston Respublikasi, Surxondaryo va Farg'ona viloyatlari aholisi orasida so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma natijalari Microsoft Excel dasturi asosida tahlil qilindi.

Olingan natijalar va ularning tahlili.

Savol - sport bilan shug'ullanmasizmi? respondentlardan quyidagi javob olindi, ya'ni respondentlarning 50 foizi sport bilan shug'ullansa, 50 foizi sport bilan shug'ullanmaydi

Keyingi savol, sport bilan shug'ullanishning miqdoriga bog'liq bo'ldi va quyidagi - bir haftada qancha vaqt sport yoki jismoniy mashqlarga ajratasiz? respondentlardan quyidagi ma'lumotlar olindi

32 % respondent haftada 1 marta 30 minut vaqt ajratadi.

28 % respondent haftada 2 marta 30 minut vaqt ajratadi.

40 % respondent haftada 3 marta 30 minut vaqt ajratadi.

Keyingi savol - quyidagilar omillaridan qaysilari sog'liqqa zararli deb o'ylaysiz? Respondentlar tomonidan quyidagi javoblar olindi, ya'ni 676 nafari (46%) chekishni tanlashdi, 409 (28%) alkogolni iste'mol qilish, 267 (18%) kam harakatlilik, 109 (7%) ortiqcha tana vazni, deb hisoblashgan.

Xulosa. Respondentlar 50 foizi sport bilan shug'ullanishmaydi, 588 (40%) haftada 3 marta sport bilan shug'ullanishini aytsa, 276 (18%) respondent kam harakatlilik sog'liqqa zararli deb hisoblashadi.

Shu bilan birga, sog'liqni saqlash tashkilotchilari tomonidan Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilishda populyatsion yondashuvlardan, shu jumladan ommaviy axborot vositalaridan, mahalla, oila o'rtasida, uyushgan jamoalar orasida sport musobaqalarini ko'proq o'tkazish aholi orasida ko'plab kasalliklarni oldini olishga yordam beradi.

FARMATSEVTIKA KORXONALARIDA ZARARLI OMILLAR TA'SIRINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI

Iskandarova G.T., Tashpulatova M.N.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent

Zamonaviy hayot tarzida insonga atrof muhitning turli hildagi omillari ta'sir qiladi. Farmatsevtika korxonasi ishchilarning kasbiy faoliyatlari kimyoviy moddalar bilan bog'liqdir. Noqulay mehnat sharoiti, mehnatni muhofaza qilish va xavfsizlik talablariga rioya qilinmasligi, kimyoviy moddalarning ta'siri natijasida favqulotda holatlarning kelib chiqishi hamda o'tkir va surunkali zaharlanishlar, reproduktiv funksiyalarning buzilishi kuzatilmoqda. Zararli omillar ta'siri faqatgina ishchilar salomatligiga xavf solmasdan, farmatsevtika korxonasiga yaqin joylashgan boshqa ishlab chiqarish ob'ektlari va aholi uchun ham salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Izlanishlar natijasiga ko'ra, farmatsevtika sanoatida faoliyat olib boruvchi ishchilarning mehnat jarayoni faoliyatida kompleks ishlab chiqarish omillari hosil bo'lib, organizm funksional holatiga ta'sir ko'rsatadi, natijada, ishlab chiqarishda charchash yuzaga kelib, ishchilarning mehnat qobiliyati pasayadi. Funksional holatidagi o'zgarishlar mehnat sharoiti, mehnatning tashkillashtirilganligi, mehnat jarayonining og'irligi va keskinligiga bog'liq bo'ladi. Ishchilar sog'lig'ini, mehnat qobiliyatini, uzoq yil mehnat qilishini saqlab qolish uchun fiziologiyada ishlab chiqarish muhitida kompleks omillar ta'sirini o'rganish, mehnat jarayoni, mehnatning og'irligi va keskinligini o'rganishga katta e'tibor beriladi.

Farmatsevtika korxonalarida ishlab chiqarish operatsiyalarini bajarayotgan ishchilarga yuqori darajadagi shovqin, yoritilganlikni teng taqsimlanmasligi va yetishmasligi, mehnat jarayonining og'irligi va keskinligi natijasida, yurak qon tomir tizimining funksional holatida o'zgarishlar yuzaga kelishi sabab bo'lmoqda.

Bir qator olimlarning ta'kidlashlaricha, farmatsevtika korxonasida mineral moddalar aralashmasi bo'lgan dorilarning mayda zarrachalari ishchi muhit havosini ifloslantiradi, bundan tashqari ayrim preparatlarni ishlab chiqarishda dori komponentlarining konsentratsiyasi ruxsat etilgan me'yordan 1,5-3 barobar oshishi kuzatiladi. Bir qator dori vositalarini ishlab chiqarishda ishchi hudud havosida ammiak, atseton va b. konsentratsiyasi REK dan 2-3 marta ko'p bo'lishi qayd etilgan.

Ilmiy-texnika taraqqiyoti davrida mehnat sharoiti va uning xarakteri o'zgaruvchan bo'ladi, bu esa farmatsevtika korxonalarida ishlab chiqarish muhitiga ta'sir qiluvchi omillarni davomli o'rganishni talab etadi.

АҲОЛИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА РИОЯ ҚИЛИШНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Ибадуллаева С. С., Юсупов Ш.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Урганч шаҳар

Соғлом турмуш тарзининг қарор топиши, жумладан, фаол жисмоний ҳаракатда бўлиш, тўғри овқатланиш ҳамда зарарли одатлардан воз кечиш инсон саломатлигини асрашда муҳим ўрин тутди. Тиббиёт соҳаси ҳеч қачон такомиллашиш ва олдинга интилишдан тўхтамайди. Ушбу ўзгаришлар туфайли шифокорларнинг касаллик этиологияси, патогенези, дори-дармонлар билан даволаш, шунингдек, турли касалликларнинг олдини олиш бўйича билимларини доимий равишда ошириб бориш талаб этилади.

Аҳолини соғлом турмуш тарзига амал қилишини ўрганиш мақсадида 26 саволдан иборат анкета тайёрланди ва Қорақалпоғистон Республикаси, Сурхондарё ва Фарғона вилоятлари аҳолиси орасидан 1461 респондентдан сўровнома ўтказилди. Сўровнома натижалари Microsoft Excel дастури асосида таҳлил қилинди. Респондентларнинг соғлом турмуш тарзига риоя қилишлари ҳақида, яъни ҳозирги кунда овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиласизми? деган саволимизга респондентлар томонидан қуйидаги жавоб олинди: 73 фоиз ҳа, 27 фоиз респондентлар қисман ёки йўқ, деб жавоб беришган.

Соғлом турмуш тарзига риоя қилинишини янада аниқлаштириш мақсадида респондентлардан бир неча аниқ маълумотлар сўралди, яъни Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига кўра бир кунда қанча микдорда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш лозимлигини биласизми? саволга 942 (64%) ҳа ва 519 (36%) нафар респондентлар йўқ жавобини беришган.

Тўғри овқатланишнинг асосий омилларидан бири бўлиб, овқатланиш рақсониди Омега-3 балиқ ёғини етарли даражада истеъмол қилиш ҳисобланади. Балиқ ёғи, айниқса хомилдор ва чақалоқларни эмизаётган аёллар учун фойдали ҳисобланади. Шу сабабли, кейинги саволимиз, бир ҳафтада қанча балиқ истеъмол қилиш лозимлигини биласизми? 57 фоизи ҳа, 47 фоизи йўқ деб жавоб беришган

Туз организм учун муҳим минерал ҳисобланиб, овқат рақсонининг ажралмас қисми ҳисобланади. Шу сабабли, кейинги саволимиз Бир кунда меъёр бўйича қанча туз истеъмол қилишни биласизми? респондентлардан қуйидагича жавоб олинди. Аниқланишича, 58 фоиз респондентлар кунлик туз меъёрларини билишади, 42 фоизи эса билишмайди.

Хулоса. Респондентлар 73 фоиз овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қиламан, деб жавоб берган вақтда 36 фоизи мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш меъёрларини билишмаган, 47 фоизи ҳафталик балиқ, 42 фоизи кунлик туз истеъмол қилиш меъёрларини билишмайди.

THE SAFETY AND EFFECTIVITY AFTER IMPLANTATION OF EVO + VISIAN ICL V5 MODELS WITH CENTRAL FLOW AND ADVANCED OPTIC SIZE

Kamilov Kh. M., Zaynutdinov N.N.

*Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers,
Independent scientific researcher, NAZAR Eye Center*

Abstract: To evaluate early clinical outcomes of implantation of posterior chamber pIOL for correction of patients with high refractive errors during 6 months post-op period. This study is

based on first clinical experience to correct high refractive abnormalities with implantation of EVO/EVO+ Visian ICL V5 models (implantable collamer lens) to patients in Uzbekistan.

Key words: Refractive errors; high myopia; astigmatism; phakic intraocular lens, implantable collamer lens, visual acuity, vault, intraocular pressure.

Purpose: To research early clinical outcomes after implantation of phakic implantable collamer lens (ICL) to patients with high refractive errors (high myopia and astigmatism) during next post-op 6 months' period.

Materials and methods: A prospective, consecutive, interventional comparative case series of ICL (VICMO and VICM5 models) implantation was done in high myopic patients who had contraindications for LASIK correction. The main early clinical outcomes studied were uncorrected visual acuity (UCVA), best corrected visual acuity (BCVA), ICL vault, intraocular pressure, endothelial cell count (ECC), and development of anterior subcapsular lens opacities. The patients were evaluated at 1 day, first week, 1,3 and 6 months' post - operative period.

Results: Totally 58 eyes of 30 patients (24.56 ± 4.5 years) underwent ICL implantation (for 32 eyes VICMO ICL model and 28 eyes VICM5 model) in NAZAR Eye Center by one qualified surgeon. The mean preoperative manifest spherical equivalent (MSE) was -11.50 ± 2.75 D and respectively, which postoperative refractive measures reduced to -0.5 ± 0.75 D, Anterior subcapsular lens opacities were present only in one eye, respectively. The mean IOP was 15.00 ± 2.1 mmHg. In early the 1st day of post-up period had revealed high intraocular pressure in four eyes. IOP was increased up to 24 mmHg. Immediately we prescribed eye drops Sol. Timolol 0.5% - 5 ml, twice a day for 1 week. Increased IOP slowly goes down until 18.00 mmHg, respectively. At the end, all patients were surprised and happy with successful result.

Conclusion: ICL implantation is a safe, effective and alternative refractive surgery for correction of high refractive errors (high myopia) for patients who have thin cornea and several contraindications for laser correction. Implantation of VICMO and VICM5 ICL models shows that patient has low complications after surgery such as dry eye, halos and irritations.

VAKSINASIYADAN KEYINGI NOJO'YA TA'SIRLARNING RIVOJLANSHIGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR. ULARNING OLDINI OLISH BO'YICHA CHORA-TADBIRLAR

Kalandarova U.A., Raximberganov S.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muommoning dolzarbligi: Hammamizga ma'lumki, hozirgi sharoitda koronavirus infeksiyasidan saqlanishning eng maqbul yo'li vaktsinasiya bo'lib qolmoqda. Har narsaning ijobiy va salbiy tomonlari bo'lganidek, u kasallikdan himoyalashi yoki nisbatan yengil o'tkazishga yordam beradi. Shu bilan birga vaktsinasiyadan keyin qator nojo'ya ta'sirlar rivojlanishi ham mumkin. Uning rivojlanishi esa hammada bir xil kechmaydi, kasalliklarga o'xshab ma'lum bir patogenezga egamas. Bu esa vaktsina oluvchilarda qo'rquv uyg'otishi bilan birga, ularning psixo –emosional holatlariga ham salbiy ta'ir o'tkazadi.

Tadqiqot maqsadi: Nojo'ya ta'sirlarning nimalarga bog'liqligini aniqlashtirish bo'yicha bugungi kunda virusning hujayraga kirishining ikkita yo'li farqlanmoqda. Uning ta'siri angiotenzinga aylantiruvchi ferment 2 (ASE2) reseptori orqali yoki hujayra hujayra membranasidagi CD147 deb nomlangan glikoprotein orqali amalga oshadi. ASE 2 orqali ta'sirini quyidagicha tasavvur qilish mumkin: virus shohidagi S-oqsil o'zining tuzilishiga ko'ra ASE 2 reseptoriga o'xshab ketadi, shu bois virus ASE 2 reseptor bilan muvaffaqiyatli bog'lanadi. Virusning reseptor bilan o'zaro ta'siri S2 moddasi bilan amalga oshadi. So'ngra virus o'zining RNKsini hujayraga ichiga oson joylashtiradi, biroq virus majmuasi bilan hujayra membranasini invaginasiyasini ta'minlovchi modda hozircha ma'lum emas. Virusning CD 147 reseptori orqali hujayraga ta'siri ham xuddi ASE2 kabi tarzda bo'lib o'tadi. CD147 reseptori immunoglobulinlar oilasiga kiradi. Virusning makroorganizm bilan har ikkala yo'l orqali bog'lanishida uning tikansimon S-oqsili muhim o'rin tutadi. Uning qobig'iga ushbu oqsil uchli uch shohli

glikoproteindan iborat bo'lib, uchta :ektomen, membrana qobig'i va hujayra ichidagi qisqa dumli domenlardan tashkil topgan. Ektomen S1 (bog'lovchi modda) va S2 (membranaga bog'langan modda) reseptorlardan iborat. S1 reseptori o'z tarkibida 2 ta biri-biriga bog'liq bo'lmagan N(N-terminal domain-NTD) va C(C-domain-CD) terminal domenlarni saqlaydi. SARS-CoV-2 koronavirusining S oqsilini CD domeni bog'lovchi domen -reseptor (recyceptor-binding domain-RBD) hisoblanib, virusning aynan o'sha qismi makroorganizm hujayrasining ASE 2 retsptorini taniydi va u bilan bog'lanadi. SARS-CoV-2 koronavirusning RBD qismi neytrallovchi hujayralar uchun asosiy nishon hisoblanadi. ASE 2 reseptori ,asosan, I tip alveolosit, kardiomiosit, jigarda xolangiosit, yo'g'on ichakda kolonosit, qizilo'ngachda keratinosit, me'da , yonbosh hamda to'g'ri ichak, buyrak proksimal kanalchalari, siydik qopi epithelial hujayralarida joylashgan. Ushbu virus bilan zararlanganda bemorlarda pastki nafas yo'llari shikastlanishi va ba'zi bemorlarda abdominal hamda dispeptik sindrom rivojlanishi alveolyar va ingichka ichal epiteliy hujayralarining ASE 2 reseptorini yuqori darajada ekspessiya qilish xususiyati bilan tushuntiriladi.

Vaksinasiyadan keyin esa aynan manashu reseptorlar joylashgan to'qima, organlarda o'zgarishlar paydo bo'lishi kuzatildi. Nojo'ya ta'sirlarning paydo bo'lishida vaksina oluvchining yoshi, o'tkazgan kasalliklari, psixo-emosional holati muhim omil hisoblanadi. Tadqiqotimda shu ma'lum bo'ldiki ,buyrak –tosh kasalligini o'tkazganlarda siydik yo'llarida va buyrakda 3 -4 soat davom etadigan og'riq kuzatildi. Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorda tana haroratining biroz pasayishi doimiy 36, 6°da bo'lgan, vaksinasiyadan keyin 2 kun davomida 36,0 holatni kuzatildi. Yoshga bog'liq xususiyati esa qarilarda yoshlarga nisbatan nojo'ya ta'sirlar kamligini kuzatildi. Tashqi muhit omillariga bog'liqqi ham e'tiborga loyiqdir. Jumladan issiq ob-havo sharoitida, quyosh nurlari ostida yoki og'irroq jismoniy mehnat qilganda nojo'ya ta'sirlar sezilarli oshdi. Ko'ngil aynishi 6%, bosh og'rig'i 12%, ensa sohasidagi og'riq 6%, holsizlik 19%, mushaklardagi og'riq 13 %, vaksinasiya qilingan qo'ldagi og'riq 13%, ishtaha pasayishi 6%, eshakemi 6%, uyquchanlik-19%, isitma 13%ni tashkil etdi. Ushbu holatlarni oldini olish uchun esa organizmda kechuvchi patofiziologik jarayonlarni tushunish kerak. Isitmaning shakllanish mexanizmi esa quyidagicha kechadi. Ineksiya qilinganda organizmga tushgan virusning domeni , RNKsidan sintezlanuvchi peptidlar ekzogen pirogen agentdir. Ularning T limfositlarga ta'siri natijasida limfokinlar sintezi bo'lib o'tadi. Ularning ta'siri esa monositlarga qaratilgan bo'ladi. Ulardan ajralgan interleykin I miyadagi termoregulyasiya markazidagi neyronlarning membranasida joylashgan reseptorlarga bog'lanadi. Fosfolipazalar faollashadi. Araxidon kislotadan prostaglandin E sintezlanadi. Agar shu prostaglandin sintezi bloklansa, umumiy tana harorati ko'tarilishi , ya'ni isitmalash oldi olinadi. Vaksinasiya qilingan qo'lda yallig'lanish bo'lishi hisobiga yallig'lanish mediatorlari ta'sirida og'riq, mahalliy temperatura shakllanadi. Bundan tashqari vaksinasiyadan keyingi davrda vaksina olgan kishida nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishida bemordagi inkubasion davrda turgan kasalliklarning o'rni ham katta. Nojo'ya ta'sirlar bilan shikoyat qilgan bemorlarda kechuvchi jarayonlarni bilish orqali ularga to'g'ri yordam berish mumkin. Jumladan 50 yoshli erkak bemor shikoyatlari harakatda nafas siqishi, hansirash, tez charchab qolish, butun tanasida shish, siydik ajralishi kamaygan, quruq yo'tal, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, umumiy holsizlik bo'lgan bemor bilan muloqotda bo'lib, nojo'ya ta'sirlar patogenezi bo'yicha so'rov o'tkazdim. Bemorda nojo'ya ta'sirlar , asosan, 3- 4 kunlardan keyin shakllanib boshlagan. Dastlab tana harorati ko'tariladi. (immunreaksiyalar hisobiga) Keyin shishlar paydo bo'ladi. Allergiya uchun ambulator davolanish samarasiz kechadi. Tana harorati 36,2 Cni tashkil etdi. Limfa tugunlari kattalashmagan. Teri va ko'rinadigan shilliq qavatlari oqimtir rangda , labida sianoz bor, oyoq, qo'llarida, yuzida, qornida shish bor. Nafas olish soni 24ni tashkil etdi. O'pkada susaygan nafas eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan. Puls daqiqasiga 85 marta. Laborator instrumental tekshiruvda esa quyidagilar aniqlandi: EKG: Bo'lmachalar fibrilyasiyasi, YUUS 200-110 mmarta/minut, Taxisistolik tur. EOC gorizontol joylashgan.Qorincha ekstrasisitoliyasi. Chap qorincha old devorida chandiqli o'zgarishlar. Chap qorincha gipertrofiyasi. UTT: Portal gipertenziya. Assit, O'tkir xolesistit. Qonning laborator tashxisi: Hb:93g/l, Leykosit 4910, ECHT 19mm/soat. Biokimyoviy tahlillar: umumiy oqsil : 70,

0/1, glyukoza 4,8 mm/l, mochevina 7,6mm/l, kreatinin 94,4mkm/l, umumiy bilirubin 14,6mkm/m, erkin 14,6mkm/l, ALT 52, 0, AST 71,0 shuningdek, bemorda gepatit C topildi

Xulosa: Demak, vaktsinasiyadan keying shishlar portal gipertenziya hisobiga shakllangan bo'ladi. Vaktsinasiyada organizmga tushgan virus domenlari organizmda opsanizasiya mexanizmi asosida immunoglobulinlar bilan komplekslar hosil qiladi. Immunoglobulin konsentrasiyasi ortishi ECHT ortishga sabab bo'ladi. Manfiy zaryadlangan eritrosit membranasidagi o'zgarish ularni bir-biridan itarishni kamaytiradi. Organizmda qonning transport funksiyasi pasayadi. Bu esa o'z navbatida viruslarga qarshi kechuvchi jarayonlarning susayishini ta'minlaydi, natijada, bemordagi inkubasion davrda kechayotgan gepatit C yuzaga chiqadi. Assit namoyon bo'ladi: oyoq, qo'llarida, yuzida, qornidagi shishni shu bilan izohlasa bo'ladi. Bundan tashqari nafas a'zolaridagi ASE 2 reseptorlari hisobiga virus domeni qo'shib, nafas olishda qiyinchilik tug'diradi. Bundan tashqari ECHT ortishi hisobiga ham kislorodga bo'lgan ehtiyojni qondirib bilmalik shakllanadi. Kompensator mexanizm shaklida nafas olish tezlashadi. Bemor shikoyatidagi yurganda tez charchab qolish undagi yurak ishemik kasalligi mavjud bo'lganligi bilan tushuntiriladi. Bemorda avvaldan bo'lgan dilatasion kardiomiopatiya vaktsinasiyadan keyin belgilani namoyon qilgan. Ritm va o'tkazuvchanlik buzilishlarini chaqirgan.

Xulosa:

Vaktsinasiyadan avval vaktsina oluvchining yoshi, jinsi, o'tkazgan kasalliklariga e'tibor qaratish kerak.

ASE 2 reseptorlari joylashgan sohalarda o'zgarishlar kelib chiqishiga tayyor turish kerak.

Yoshi yuqorilarda, asosan, ko'p yillardan beri tibbiy shikoyasiz bo'lgan, D1 ro'yxatda turuvchilar shaxslarning ASE reseptorlar joylashgan organlarni chuqurlashtirilgan tibbiy tekshiruvdan o'tkazish kerak (inkubasion kechayotgan kasalliklarni aniqlash maqsadida).

Vaktsinasiyadan keyin surunkali kechayotgan ayni damda kasalligi remisiya davrida bo'lgan bemorlarga kasalligi xuruj qilganda qo'llaniladigan dori-preparatlar, kerakli parhezlar tushuntirilishi kerak.

Vaktsinasiyadan keyin opsanizasiya hisobiga, tana haroratini ko'tarilishi hisobiga suyuqlik balansi pasayishi nazarda tutib, og'ir jismoniy mehnatlar, ruhiy tushkunlik yoki asabiylashish, yuqori haroratda o'tirish, sayr qilishni vaqtincha cheklash (yosh nisbatda kichiklarda, jins nisbatda erkaklarda ko'proq) individual xususiyatdan kelib chiqib 2-4 kun atrofida.

Vaktsina oluvchilarda qonning quyushuvini inobatga olib qon suyultiruvchi preparatlarni vaqtincha tayinlash kerak.

Yallig'lanish jarayonlari kechini inobatga olib, organizmda allergic reaksiyalar chaqiradigan allergen mahsulotlar ovqat rasionidan vaqtincha ahvoliga qarab 1-3 kun davomida chiqarish kerak.

SOG'LOM TURMUSH TARZI - SALOMATLIK GAROVI

Karimov R.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Sog'lom turmush tarzi bu insonning ayni jamiyatda ifodalangan hayot, mehnat, dam olish va hokozolarini o'z ichiga olgan tushunchadir. Uning tarkibiy qismlariga faqat ijtimoiy siyosiy va ishlab chiqarish faoliyatigina emas, balki ishlab chiqarishdan tashqari vaqtdagi faolliigi, ijtimoiy – madaniy faoliyati ham kiradi. Tibbiy faollik ham uning bir turidir. Turmushda odam turli xil salbiy taassurotlar, nojo'ya xolatlar va sharoitlarga tushib qolishi mumkin. Bular esa o'z navbatida salomatlik, turmush tarzini sog'lomlashtirish haqida to'la bilimga ega bo'lishga majbur qiladi, aholining o'z salomatligiga bo'lgan munosabatlarini tarbiyalash va tibbiy bilimlarni targ'ib qilishni taqozo etadi.

Sog'lom turmush tarzi keng ma'noli tushuncha bo'lib, unumli mehnat qilish, faol odam olish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirish, shaxsiy va psixogigienaga rioya qilish, tug'ri ovqatlanish, zararli odatlardan o'zini tiyish va har yili shifokor

ko'rigidan o'tib turishdan iborat. Jamiyatning xar bir a'zosi shularni hayot faoliyatiga tadbiq etsa sog'lom hayot kechiradi.

Sog'lom turmush tarzini shakllantirish va kasalliklarning oldini olishning asosiy yo'li to'g'ri tashkil etilgan jismoniy faollikdir.

Jismoniy harakat natijasida odamning turli a'zo va tizimlarining faoliyati me'yorlashadi, buzilgan faoliyatlari esa tiklanadi, aqliy va jismoniy mehnatga bo'lgan faolligi oshadi. Har qanday yoshdagi odam uchun harakat to'laqonli hayot va faoliyat ko'rsatkichidir. Harakat natijasida quvvat sarfi oshadi, to'qimalarining qon, kislorod va oziq moddalar bilan ta'minlanishi yaxshilanadi. YUrak muskullari tolalarining tuzilishi mustahkamlanadi, organizmni idora etuvchi gormonal va nerv sistemasining ishi faollashadi. Harakat va jismoniy mashqlar suyaklar tuzilmasini mustahkamlaydi, mushak kuchini oshirib, ularning bir xil shaklini saqlaydi. Go'daklar va maktab yoshidagi bolalar uchun harakatning ahamiyati juda katta bo'lib, u bola organizmining shakllanishiga tayanch-harakat apparati, yurak-tomir sistemasi, endokrin va organizmdagi boshqa sistemalarning rivojiga yaxshi ta'sir qiladi. Bir so'z bilan aytganda sog'lom turmush tarziga rioya qilish salomatlik garovidir.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHARACTERISTIC CHARACTERISTICS IN CHILDREN LIVING IN THE SOUTH ARAL SEA REGION.

Khudayberganov M.R. Babadjanova F.R.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan.

Relevance. Chickenpox is characterized by widespread distribution, an increase in its share in the structure of general infectious pathology, and significant economic damage.

Purpose of the study. Conduct a retrospective analysis of the incidence of chickenpox, identify clinical and epidemiological features in children of the early and preschool period.

Materials and methods. The paper presents the results of a retrospective study of medical records conducted on the basis of the regional infectious diseases hospital in the city of Urgench in the period from 2016 to 2020, when 209 patients were hospitalized, of which 106 (51%) were boys and 103 (49%) were girls. All children were divided by age: infancy - 30 (17%), early age - 53 (30%), preschool - 65 (38%), junior school - 14 (8%), senior school - 13 (7%).

Results. Of those admitted to the hospital, 126 (64%) children attended preschool institutions and schools (9 (4%) were inmates of orphanages), unorganized children accounted for 36%. When collecting an epidemiological anamnesis, 92 (44%) patients had direct contact with a patient with Chickenpox, moreover, in 2 (1%) cases, contact with a patient with herpes zoster, in 115 (55%) patients, the epidemiological history could not be clarified. All patients had no vaccination history against chickenpox. Mild chickenpox was diagnosed in 10 (5%) children, moderate - in 191 (91%) and severe - in 8 (4%). Hospitalization in most cases 165 (79%) was carried out during the first 5 days of illness, in 15 cases (7%) - on the 1st, in the interval between the 5th and 10th days of illness - in 27 children (13%) ..

Inpatient treatment averaged up to 5 days in 114 (55%) patients, up to 10 days in 75 (36%) (due to complications of chickenpox). In 20 (9%), of whom 12 (63%) were under 3 years of age, hospitalization was more than 10 days. The most common diagnosis - chickenpox with an uncomplicated course was established in 155 cases (74%), in 44 (21%) cases chickenpox proceeded with complications as a result of the attachment of bacterial flora. 2 (1%) patients developed meningitis as a complication, 3 (1%) - encephalitis, and 5 (2%) - pneumonia.

The duration of the rash in all examined patients was comparable to the duration of the fever. Complicated chickenpox was observed in 60 (29%) cases. The structure of complications was dominated by secondary bacterial lesions of the skin and subcutaneous tissue in the form of phlegmon, pyoderma (21 cases - 10%) and lesions of the mucous eyes (26 cases - 12%), other complications were rare (arthritis, hepatitis - 3 (1%). Every second patient (100 cases - 48%) had concomitant pathology - diseases of the upper respiratory tract (36%) and anemia (21%).

Conclusions. Among those hospitalized, patients from 3 to 7 years predominated. One third of the patients developed complications due to the stratification of a secondary bacterial infection. Chickenpox is difficult in patients with a burdened premorbid background, which makes it necessary to introduce a specific prophylaxis of the disease - vaccination, starting at 12 months.

PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE ORGANS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Kurbaniyazova M. Z., Saparbayeva N. R.
Urgench branch of Tashkent Medical Academy.

Abstract. The introduction of hysteroscopy into clinical practice has significantly expanded the ability to diagnose pathological conditions of the endometrium. Today, hysteroscopy is becoming increasingly important as a method for detecting intrauterine pathology in patients with abnormal uterine bleeding.

Relevance. A comparative study of diagnostic hysteroscopy and ultrasound in the diagnosis of abnormal uterine bleeding in women of reproductive age showed the advantage of diagnostic hysteroscopy over ultrasonic methods of sensitivity, specificity: 81% and 65%, respectively.

The aim of the study: Study the structure of the endometrium in women with pathology of reproductive organs.

Materials and research methods. 60 women in reproductive period suffering from abnormal uterine bleeding at the age of 24-40 years. The survey methods were: - general clinical - medical history, objective status, laboratory research methods. Gynecological history and gynecological status. TVS. Curettage of the uterine cavity with subsequent histology hysteroscopy with targeted biopsy. Materials and research methods We observed women of reproductive age suffering from abnormal uterine bleeding at the age of 24-40 years who were divided into 2 groups.

Group I - the main 30 women with AUB in women of reproductive age who underwent office hysteroscopy for the purpose of diagnosis and treatment.

Comparison group II: 30 women with AUB in women of reproductive age who underwent ultrasound examination and curettage of the uterine cavity for the purpose of diagnosis. The survey methods were: - general clinical - medical history, objective status, laboratory research methods.

Gynecological history and gynecological status. TVS. Curettage of the uterine cavity with subsequent histology hysteroscopy with targeted biopsy. Hysteroscopy combined with targeted endometrial biopsy is predominant, compared with ultrasound, endometrial biopsy with traditional curettage in the uterine cavity.

The results of the study. Curettage of the uterine cavity with subsequent histology was performed in 58 examined patients with the aim of diagnosing and stopping bleeding. The histology responses were as follows: glandular endometrial hyperplasia in 18 (30%) patients, glandular cystic hyperplasia in 6 (7.5%) patients, endometrial polyposis in 32 (45%), leiomyoma in 2 (2.5%). Curettage of the uterine cavity with subsequent histology was performed in 35 examined patients with the aim of diagnosing and stopping bleeding. The histology responses were as follows: glandular endometrial hyperplasia in 10 (13.4) patients, glandular cystic hyperplasia in 6 (7.5%) patients, endometrial polyposis in 8 (12%), leiomyoma in 4 (3%), in the rest 46 (64.1%) revealed the inflammatory process of the endometrium. The diagnosis of leiomyoma and a combination of leiomyoma with adenomyosis was not confirmed by histology in 3 and 4 cases, respectively. The sensitivity of diagnostic methods in the comparative group was 65%.

Conclusions. The histology is considered the most informative method for women with pathology of reproductive organs. A comparative study of diagnostic hysteroscopy and transvaginal ultrasound in the diagnosis of abnormal uterine bleeding in perimenopausal women showed the advantage of diagnostic hysteroscopy over ultrasound methods in sensitivity, specificity: 81% and 65%, respectively.

Thus, diagnostic hysteroscopy, combined with surgical intervention, in its modern office version, is one of the main methods for the comprehensive diagnosis and treatment of women with abnormal uterine bleeding in women of reproductive age.

BEMORLARGA DORI MODDALARINI TAYINLASHDA DORILARNING HAYOT UCHUN XAVFLI KOMBINATSIYALARINI BILISHNING AHAMIYATI

Raximova X.A

FJSTI "Farmakologiya" kafedrasida assistenti

Hozirgi kunda tibbiyot xodimlarining aksriyati bemorlarga dori vositalarini tayinlashda dorilarning hayot uchun xavf tug'diradigan kombinatsiyalari borligini bilmasliklari turli xil ko'ngilsizliklarga sabab bo'lmoqda. Ular Sog'likni saqlash vazirligining 2010 yil 18 iyundagi 191-sonli "Davolash- profilaktika muassasalarida dori vositalarini tayinlash hamda bemorning dori vositalarini qabul qilish, saqlash va qo'llash tartibi, shuningdek dorixona muassasalaridan tomonidan aholiga dori vositalarini retsept asosida berish to'g'risidagi nizomni" tasdiqlash to'g'risidagi buyruqning 1- ilovasida keltirilgan dori vositalarining hayot uchun xavfli kombinatsiyalari ro'yxatini o'qib chiqib, bemorlarga dorilarni tayinlashda xatoliklarga yo'l qo'ymasliklari lozim. Masalan:

1. Rux- kortikotropin bilan vaksinalarni
2. Kortikosteroidlar bilan vaksinalarni
3. Trankvilizatorlar bilan nialamidni
4. Fenamin bilan nialamidni
5. Aminoglikozidlar bilan mioreleksantlarni
6. Nialamid, vitamin B₁ hamda adrenalinni
7. Furosemid bilan digitoksinni
8. Furosemid bilan mioreleksantlarni birgalikda tayinlamasligi kerak chunki bu dorilar birgalikda tayinlansa turli xavfli holatlarni yuzaga keltirishi mumkinligini, Ranitidin bilan eritromitsinni birga tayinlansa quloq karligiga sabab bo'lishligini, Penisillin bilan antikoagulyantlar birgalikda qo'llanilsa qon ketish xavfi oshishini, Isoniazid bilan nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita qo'llanilsa o'tkir gepatitni keltirib chiqarishini bilishi kerak.

Bemorlarga esa dorilardan noto'g'ri foydalanish oqibatida kelib chiqadigan salbiy oqibatlarni, xavfsiz foydalanish qoidalarini tushuntirib borish kerak. Masalan:

- tetratsiklin guruhiga kiruvchi vositalarni tvorog, dukkakkilar va pishloq bilan;
- temir saqlovchilarni yong'oqlar bilan
- antitrombotik vositalarni ismaloq va karam bilan;
- antibiotiklarni nordon mevalar va sirka qo'shilgan ovqat bilan;
- asetilsalitsil kislotasi va sitrus mevalari bilan qabul qilib bo'lmasligini
- choy bilan antidepressantlarni birgalikda qo'llansa ortiqcha qo'zg'alish vujudga kelishini
- yurak uchun, oshqozon uchun dorilarni ham choy bilan ichib bo'lmasligini
- antibiotiklarni va yurak uchun dorilarni sut bilan qabul qilib bo'lmasligini eslatib turish kerak.

Eng yaxshisi dorilarni xona haroratidagi oddiy qaynatilgan yoki sotuvdagi gazsiz kamida yarim stakan suv bilan iste'mol qilish lozimligini tushuntirib borishi kerak. Buning uchun shifokorlar har bir dorining yo'riqnomasi bilan yaqindan tanishib borishi kerak.

MICROALBUMINURIA AS A PREDICTOR FACTOR IN DIABETIC NEPHROPATHY

Sapayeva Zulfiya Amangaldiyevna
Urgench branch of Tashkent medical academy

Relevance: Diabetes mellitus is one of the most common chronic human diseases, it causes the development of micro- and macrovascular complications, which are the main cause death of patients. Among microvascular complications, the most important is the diabetic nephropathy. At the present stage of development of medical science, reliably and early preclinical criterion of glomerular damage of the kidney apparatus in diabetes mellitus is a microalbuminuria - highly selective urinary protein excretion, in which only low molecular weight protein is detected in the urine - albumin.

The aim of the study was to assess microalbuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus.

Materials and methods: In this work, 60 patients were examined, of which 40 (66.6 %) - patients with type 2 diabetes mellitus and 20 (33.4%) - persons without disorders of diabetes mellitus. For research two observation groups were formed: the 1st group - patients with diabetes mellitus type 2 (60 patient); 2nd group - control (20 people). Diabetes mellitus was diagnosed based on complaints: history of the disease, the nature of the clinical course, results of objective and laboratory-instrumental examinations in accordance with diagnostic criteria.

Results: Clinical examination data showed that, in the group of patients with diabetes mellitus type 2 disease duration up to 5 years was noted in 26 (43.4 %) patients, from 6 to 10 years old - in 21 (35%) and more than 10 years – in 13 (21.6%) patients. In our study, the diagnosis of diabetes nephropathy at the stage of microalbuminuria was established new in 32 (53.4%) patients with type 2 diabetes mellitus. Have of all examined persons of the control group noted the normalalbuminuria. Determination of the concentration of albumin and creatinine in one portion of urine (albumin/creatinine ratio) vilo in healthy individuals 12.8 ± 2.1 mg/g, in patients with diabetes mellitus type 2 - 142.6 ± 8.9 mg/g ($p < 0.001$).

According to the results of the analysis, the amount of albumin in the urine in patients with type 2 diabetes mellitus was 103.9 ± 13.3 mg/l versus 8.6 ± 1.2 mg/l in the control group ($p < 0.001$). However, when comparing these indicators between groups of patients significant differences was not received.

Conclusions: Thus, the detection of microalbuminuria helps to identify the early stages of development of diabetic nephropathy. This increases the effectiveness of therapeutic and prophylactic measures in patients with diabetes mellitus and prevents the development of diabetic nephropathy.

PTERIGEUM KASALLIGI TARQALISHI VA UNING OLDINI OLIISH CHORALARI

Subxonova M.G'., To'raqulov N.Ch.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Pterigeum-kon'yunktivaning surunkali allergik kasalligi hisoblanib, asosan quyosh nuri tarkibidagi ultra binafsha va infraqizil nurlar ta'siri oqibatida yuzaga keladi. Pterigeum ko'z kasalliklarining 35% ni tashkil qiladi. Bemorlarda yuqorigi va pastki kon'yuktiva va shox parda zararlanishi bilan kechib, ko'rish faolyati sifatini pasaytiribgina qolmasdan, 13-14% xolatlarda ko'rish qobiliyatining pasayishiga sabab buladi. Kasallik har yili bahor – yoz oylarida kuchayib, kuz va qish oylarida kasallanish kam kuzatiladi. Sababi quyosh nurining ma'lum gradusda uzoqlashishi va nam havo oqimi kuchayishi bilan bevosita bog'liq. Pterigeum ko'z konyuktivasi gepirtrofiyasi, gepirplaziyasi va infiltrasiyasi xisobiga shox parda epiteliy ostiga o'sib chiqadi. Bemorlar doimiy chidab bo'lmaydigan ko'zini qizarishi, qichishiga, yoshlanishga, yot jism xisiga, shikoyat qiladi.

Ishning maqsadi: Pterigeum bilan kasallangan bemorlarni o'rganish va kasallikning oldini olish yo'llarini ishlab chiqish.

Material va metodlar: Respublika ko'z mikroxirurgiya markazi Termiz filialida 2020-2021 yili pterigeum bilan davolangan 62 nafar bemorlar klinik kuzatuv ostiga olindi va davolandi. Bemorlar jinsi bo'yicha 44 (71%) nafar erkaklar, 18 (29%) nafar ayollar tashkil qildi. Bemorlar yoshi bo'yicha 8-18 yosh 32 (51,6%) nafar, 19-35 yosh 24 (38,7%) nafar, 36-55 yosh 6 (9,7%) nafar, yoshdagilar tashkil qildi. Shulardan 8-18 yosh erkaklar - 26 nafar (59,1%), 19-35 yosh 14 nafar (31,8%), 36-55 yosh 4 nafar (9,1%). 8-18 yosh ayollarda esa 6 nafar (33,3%), 19-35 yoshdagi 10 nafar (55,6%), 36-55 yosh 2 nafar (11,1%) uchradi. Pterigeumning shox parda epiteliy ostiga o'sib chiqishiga qarab to'rt darajaga bo'linadi.

Pterigeumning birinchi darajasi 34 nafar bemorda, ikkinchi darajasi 14 nafar bemorda, uchinchi darajasi 14 nafar bemorda, turtinchi darajasi (yo'q) uchratdik. Barcha bemorlarda biomikroskopiya, viziometriya, qovoqni ag'darib ko'rish, ko'z olmasini yondan yoritib ko'rish tekshiruvini va ko'z ichki bosimi tekshirish o'tqazildi. Deyarli barcha bemorlarda kon'yuktiva giperimiyasi xamda shox parda soxasida shish va konyuktivaning shox pardaga o'sib chiqqanligi kuzatildi. Bemorlarga kasallikning 1-2-darajasida konservativ davo muolajalari tavsiya qilindi. 3 va 4 darajasida operativ yo'l bilan bartarav qilish yo'li tanlanadi.

Bemorlar konservativ davo muolajalarini olib xam kasallik simptomlari yo'qolmayotganligidan shikoyat qilib kelganlarida ko'zni quyosh nuridan ximoya qilishlarini, buning uchun ayvonli bosh kiyimi va paloroidli maxsus kuzoynaknak taqish va garmonli va nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari tavsiya qilindi.

Shunday qilib pterigeum kasalligi, allergik konyuktivitlar og'ir asoratlarga olib keladigan kasalliklardan biri sanaladi. Zamonaviy tibbiyotda pterigeumning oldini olishga qaratilgan chora tadbirlarning davriy va doimiy olib borilishi kasallik uchrashining kamayishiga olib keladi.

Xulosa:

1. Pterigeum o'lka kasalligi bo'lib, ko'rish o'tkirligi pasayishiga va shox pardada deginirativ o'zgarishlarga olib keladi.

2. Davriy va doimiy mutaxasis ko'riklari va maslaxatlari kasallikni kamayishiga olib keladi.

3. Pterigeum bilan kasallangan bemorlarga xar doim xam konservativ davo to'liq yordam bermaydi.

4. Ko'zni quyosh nuridan ximoya qilish va konservativ davo choralari birgalikda amalga oshirilsa bemor xayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

SPREAD AND PREVENTION OF VERNAL CONJUNCTIVITIS

Turaqulov N.CH., Subkhonova M.G.

Termez branch of Tashkent Medical Academy

Abstract: Vernal conjunctivitis is long term (chronic) swelling inflammation of the outer lining of the eyes. It is due to an allergic reaction. Conjunctivitis is an infection that causes discomfort, redness and irritation in the tissues that line the eyes. It is more commonly referred to as "pink-eye". Most cases of conjunctivitis are caused by viruses or bacteria. This chronic eye inflammation initially occurs most frequently during the spring and summer months.

Key words: allergic reaction, pink-eye, redness, inflammation.

BAXOR KATARI KASALLIGI TARQALISHI VA UNING OLDINI OLISH CHORALARI

Baxor katari-kon'yuktivaning surunkali allergik kasalligi hisoblanib, asosan quyosh nuri tarkibidagi ultra binafsha va infraqizil nurlar ta'siri oqibatida yuzaga keladi.

Kuz kasalliklarining 35% ni tashkil qiladi. Bemorlarda kon'yuktiva va shox parda zararlanishi bilan kechib, xayot sifatini pasaytiribgina qolmasdan, 13-14% xolatlarda ko'rish qobiliyatining pasayishiga sabab buladi. Kasallik har yili bahor – yoz oylarida kuchayib, kuz qish oylarida

kasallanish kam kuzatiladi. Bemorlar doimiy, chidab bo'lmaydigan ko'zini qichishiga, yoshlanishga, yot jism xisiga, yorug'likdan qo'rqishga shikoyat qiladi.

Ishning maqsadi: Baxor katari bilan kasallangan bemorlarni o'rganish va oldini olish yo'llarini ishlab chiqish.

Material va metodlar: Respublika ko'z mikroxiirurgiya markazi Termiz filialida 2020-2021 yili baxor katari bilan davolangan 62 nafar bemorlar klinik kuzatuv ostiga olindi va davolandi. Bemorlar jinsi bo'yicha 44 (71%) nafar erkaklar, 18 (29%) nafar ayollar tashkil qildi. Bemorlar yoshi bo'yicha 8-18 yosh 32 (51,6%) nafar, 19-35 yosh 24 (38,7%) nafar, 36-55yosh 6 (9,7%) nafar, yoshdagilar tashkil qildi. Shulardan 8-18 yosh erkaklar - 26 nafar (59,1%) , 19-35 yosh 14 nafar (31,8%), 36-55 yosh 4 nafar (9,1%). 8-18 yosh ayollarda esa 6 nafar (33,3%), 19-35 yoshdagi 10 nafar (55,6%), 36-55 yosh 2 nafar (11,1%) uchradi. Baxorgi katarning klinik kechishi buyicha turt turi farqlanadi. Palpebral limbal parabolbar va aralash.

Baxorgi katarning birinchi turi 34 nafar bemorda, ikkinchi turi 14 nafar

bemorda, uchinchi turi 14 nafar bemorda, turtinchi turi (yo'q) uchratdik. Barcha bemorlarda biomikroskopiya, viziometriya, qovoqni ag'darib ko'rish, ko'z olmasini yondan yoritib ko'rish tekshiruvidan o'tqazildi. Ob'ektiv kuruvda bemorlarda sklera soxasida aralash in'eksiya, kovok shillik pardasida tosh yuli simptomini kurish mumkin. Deyarli barcha bemorlarda kichish, kon'yuktiva giperimiyasi xamda shox parda soxasida shish va ayrim xollarda yorug'likdan kurkish kuzatildi. Bemorlarga kasallikning barcha turlarida konservativ ya'ni giposensibillovchi, yalliglanishga karshi, antibakterial davo muolajalari tavsiya qilindi. Bemorlar konservativ davo muolajalarini olib xam kasallik simptomlari yo'qolmayotganligidan shikoyat qilib kelganlarida ko'zni quyosh nuridan ximoya qilishlarini, buning uchun ayvonli bosh kiyimi va paloroidli maxsus kuzoynaknak taqish tavsiya qilindi.

Shunday qilib baxor katari kasalligi, allergik konyuktivitlar og'ir asoratlargaolib keladigan kasalliklardan biri sanaladi. Zamonaviy tibbiyotda baxor katarining oldini olishga qaratilgan chora tadbirlarning davriy va doimiy olib borilishi kasallik uchrashining kamayishiga olib keladi.

Xulosa:

1. Baxor katari o'lka kasalligi bo'lib, ko'rish o'tkirligi pasayishiga va shox pardada deginirativ o'zgarishlarga olib keladi.

2. Davriy va doimiy mutaxasis ko'riklari va maslaxatlari kasallikni kamayishiga olib keladi.

3. Baxor katari bilan kasallangan bemorlarga xar doim ham konservativ davo to'liq yordam bermaydi.

4. Ko'zni quyosh nuridan ximoya qilish va konservativ davo choralari birgalikda amalga oshirilsa bemor xayot sifatini yaxshilashga yordam beradi.

SURUNKALI O'PKA OBSTRUKTIV KASALLIGIDA GASTROEZOFAGEAL REFLYUKS KASALLIGINING KECHISHI XUSUSIYATLARI

Zufarov P.S., Pulatova N.I., Akbarova D.S., Komolova F.J., Sayfieva N.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi.

Tadqiqot maqsadi: surunkali o'pka obstruktiv kasalligi (SO'OK) bor bemorlarda gastroezofageal reflyuks kasalligining (GERK) kechishi xususiyatlarini aniqlash.

Materiallar va uslublar. Uzoq bronxoobstruktiv sindromli anamnezga ega 48 nafar (erkaklar-37, ayollar-11, o'rtacha yoshi 50,2±8,2) SO'OKi bor bemorlarda klinik, endoskopik va oshqozon-ichak trakti yuqori qismining rentgenologik tekshiruvlari o'tkazildi. O'rta og'irlikdagi tashqi nafas funksiyasining buzilishidan (MNCHX1 60% dan kam) tashqari bemorlarni jig'ildon qaynashi, kekirish, og'iz bo'shlig'ida nordon yoki achchiq ta'm bezovta qilgan.

Olingan natijalar. 48 bemordan 37 nafarida (77,1%) GERKning endoskopik belgilari aniqlandi: ezofagit 1 darajali - 46%, ezofagit 2 darajali - 24%, NERK - 30%. Polipozitsion

rentgenologik tekshiruvda diafragmaning qizilo'ngach teshigi aksial churrasi 60% bemorlarda aniqlangan. Barcha xollarda u ezofagitning 1-2 darajasiga mos kelgan.

Xulosa. Shunday qilib, SO'OKda GERK bilan kasallanish yuqori darajada kuzatiladi (77,1%), uning kechishining klinik variantlari xilma-xildir –endoskopik salbiydan to yaqqol ifodalangan ko'rinishgacha. SO'OK bilan kechgan GERKli bemorlarning yarmidan ko'pida (60%) diafragmaning qizilo'ngach teshigi aksial churrasi aniqlangan. Yuqorida aytilganlar, SO'OK bilan og'riq bemorlarda GERKning maqsadli diagnostikasi va yuqori ovqat xazm qilish tizimi va SO'OKning kombinatsiyalangan patologiyasini ratsional davolash zaruriyatini ko'rsatadi.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ВОСПАЛЕНИЯ

Латипова Ш.Б., Мискинова Ф.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской академии

Как известно, развитие воспалительного процесса происходит под влиянием многих факторов, в том числе и так называемых медиаторов, которые поступают в очаг воспаления из сосудов или образуется в нем. К медиаторам воспаления, в частности относятся гистамин, образующийся и накапливающийся, главным образом, в гранулах тучных клеток и базофилов. Он участвует в реакции микрососудов после действия провоспалительного раздражителя и взаимодействует с H_1 – рецепторами эндотелиальных клеток сосудов, вызывает их сокращение, что приводит к повышению проницаемости сосудов.

Совместно с гистамином в сосудистых реакциях принимает участие и серотонин, который способствует также синтезу коллагена и моноцитарного хемотаксиса. В дальнейшем под влиянием высвобождающихся из поврежденных клеток протеолитических ферментов, понижения рН тканей и концентрации биогенных аминов происходит активация калликреин-кининовой системы. Кинины, в свою очередь, вызывают повышение проницаемости сосудистой стенки, являются передатчиками боли, усиливают соответствующие эффекты гистамина и серотонина и увеличивают биосинтез простагландинов.

Некоторые медиаторы воспаления образуются в результате метаболизма арахидоновой кислоты, при превращении ее под влиянием изофермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) образуются простагландины, простаглицлин, тромбосан, а под действием липоксигеназы- лейкотриены.

Рассмотрение этого механизма является весьма важным с точки зрения теории и практики, так как именно на этом этапе осуществляется действие большинства нестероидных противовоспалительных средств.

Простагландины (ПГ) вызывают повышение проницаемости стенок капилляров, могут оказывать сосудорасширяющий эффект. ПГЕ и простаглицлин, ПГИ, усиливая действие брадикинина, способствуют развитию болевого синдрома, отек, а как пирогены-повышению температуры. ПГЕ и ПГФ являются медиаторами различных аллергических реакций. ПГ уменьшают секрецию и снижают тонус гладкой мускулатуры.

Простагландины серии F_2 оказывают противовоспалительный эффект, то есть угнетают воспаление. Увеличение уровня простагландинов E_2 наблюдается у больных ревматоидным артритом, но этот показатель не изменяется у гормональзависимых больных.

В физиологических условиях медиаторы воспаления постоянно выделяются в межклеточное пространство как фиксированными, так и подвижными клетками соединительной ткани и являются медиаторами, модуляторами и регуляторами деятельности функциональных элементов тканей. Медиаторы воспаления образуются при этом в сбалансированных количествах, необходимых для реализации физиологических

функций. Однако, при воспалении они выделяются в очаге повреждения в количествах, способных вызвать патологические изменения функций тканей и органов.

Известно, что выделение биологически активных веществ осуществляются физиологическим (нецитотоксический) и патофизиологическими (цитотоксический) путями.

Физиологическое высвобождение медиаторов осуществляется путем экзоцитоза и происходит под влиянием тех же патологических раздражителей, которые вызывают воспаление: механических, физических, химических воздействий, микроорганизмов и иммуноглобулинов и т.д.

Причины высвобождения медиаторов воспаления окончательно еще не выяснены, хотя установлена роль в этих процессах ионов кальция и сериновых ферментов.

При этом повышение концентрации циклического гуанидинмонофосфата (цГМФ) увеличивает продукцию биологически активных веществ, тогда как повышение уровня циклического аденозинмонофосфата (ц АМФ) снижает ее.

Простагландины тесно связаны с тромбоксанами. Так, простагландин серии I₂ и тромбоксан A₂ действуют противоположно. Образуюсь в тромбоцитах, тромбоксаны проявляют себя как вазоконстрикторы, стимуляторы агрегации и дегрануляции тромбоцитов, способствуя агрегации лейкоцитов, хемотаксису их и, что особенно важно, образованию свободных радикалов.

Таким образом, возникновение и течение воспаления является крайне сложным процессом, в реализации которого участвуют взаимосвязанные между собой многочисленные факторы и эндогенные биологически активные вещества.

СУВИ ТАЪМИНОТИ МАЪНБАЛАРИНИНГ ИФЛОСЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАХОЛАШ

Шеркўзиева Г.Ф.

Тошкент тибийт академияси, Тошкент

Аҳолини тоза сув билан таъминлаш масаласи Марказий Осиё давлатларида айниқса катта муаммо бўлиб қолмоқда. Дунё аҳолиси 1820 йили 1 миллиард бўлган бўлса, ҳозир 7 миллиарддан ошиб кетди. Сув миқдори эса шу давр ичида ўзгаргани йўқ. Бунинг устига кўп миқдорда ерлар ўзлаштириш, кўплаб саноат корхоналари қуриш чучук сув сарфини кўпайтирмоқда. Шунинг учун ҳам одамларни тоза ва чучук сув билан таъминлаш бутун дунё олдида катта муаммо булиб турибди. Сув танқислиги билан боғлиқ муаммо оламшумул таҳдидга айланиб, табиий муҳитнинг ёмонлашувига, яшашга доир имкониятларнинг чекланишию аҳоли саломатлигининг ёмонлашувига олиб келди. Бугун сайёрамизнинг қирқдан ортиқ мамлакатада истиқомат қилувчи 2 миллиарддан кўпроқ одам сув танқислигидан азият чекмоқда. Сув ресурслари танқислиги Ўзбекистоннинг изчил ривожланишига ўз таъсирини ўтказиши мумкин бўлган асосий омиллардандир. Мамлакат айни кунларда сув етишмаслиги, сув манбааларининг қуриши ва ифлосланиши билан боғлиқ айрим муаммоларга дуч келмоқда. Марказий Осиёдаги беш давлатнинг сув ресурсларини ҳамкорликда бошқариш ва Оролбўйининг бузилган табиий экотизимини тиклашга ҳозирги куннинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Сувнинг катта қисимидан, айниқса қишлоқ хўжалигида фойдаланилаётганини эътиборга оладиган бўлсак, суғориладиган деҳқончиликнинг экологияга салбий таъсир кўрсатаётганини кўришимиз мумкин. Чунки таркибида пестицидлар, тузлар кўп бўлган қайтадиган сувларнинг қарийб 80 фоизи ушбу соҳага тўғри келади. Кўп йиллар мобайнида суғориладиган деҳқончилик билан интенсив холда шуғулланиш ва кимёвий моддалардан керагидан ортиқ даражада фойдаланиш суғориладиган ерлар унумдорлигининг пасайишига олиб келди ҳамда қишлоқ аҳолиси саломатлигига салбий таъсир кўрсатди. Орол денгизи ва унга туташ дельталарнинг қуриши инсон фаолияти туфайли юз берган энг йирик экологик фалокатлардан бири сифатида эътироф этилган. Ўзбекистоннинг шимолий худудларида ушбу фалокатнинг

салбий оқибатлари сезилмоқда. Ер ва сув ресурсларини беқарор бошқариш услубларини лозим даражада такомиллашмагани, маҳаллий аҳолининг тақчил табиий ресурсларга бўлган эҳтиёжининг ортиб бораётгани Қорақалпоғистон Республикаси ва Хоразм вилоятида муайян муаммоларни келтириб чиқармоқда. Орол денгизи ва унга туташ дельталарнинг қуриши инсон фаолияти туфайли юз берган энг йирик экологик фалокатлардан бири сифатида эътироф этилган. Чучук сув захирасининг 70-90 фоизи ривожланаётган мамлакатларда экинларни етиштириш учун ишлатилади.

1 кг гуруч етиштириш учун 3000 л сув зарур, бир буханка (400 грамм) нонга кетадиган унни етиштириш учун 550 л сув керак, ривожланаётган мамлакатларда 100 грамм мол гўшти ишлаб чиқариш учун ўртача 1500 л сув ишлатилади. Ўзбекистонда мустақилликка эришилгандан бери, дунёнинг илғор мамлакатлари тажрибаларидан ва Ўзбекистоннинг ўзига хос тарихий-маданий, миллий урф-одатлари, анъаналаридан, демографик, экологик вазиятдан, ижтимоий-иқтисодий шарт шароитларидан келиб чиққан ҳолда, соғлиқни сақлашнинг янги тизими ва уни бошқаришнинг янги усуллари ишлаб чиқилмоқда ва ҳаётга татбиқ этилмоқда.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳоли турар жойларидаги очик сув ҳавзалари сувининг кимёвий таркибини йиллар динамикасида текширдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2017 йил умумий олинган намуналар сони 68 та, 2018 йил умумий олинган намуналар сони 104 та, 2019 йил умумий олинган намуналар сони 173 та, 2020 йил умумий олинган намуналар сони 85 та бўлиб, уларнинг барчасида кимёвий моддаларнинг миқдори гигиеник меъёрлардан юқори эканлиги аниқланди. Юқорида олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкин, кимёвий таркиби бўйича сув ҳавзалари сувининг сифати барча кузатув йилларида гигиеник талабларга жавоб бермаган, бу эса сув ҳавзалари сувининг кимёвий таркибини гигиеник меъёрлашда илмий асосланган чора тadbирлани қўллашда муҳим аҳамият касб этади.

АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИ ИФЛОСЛАНИШИНИ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Шерқўзиева Г.Ф., Аллиярова Г.А., Оразбоева Ш.Е., Умуров Ш.С
Тошкент тибийёт академияси, Тошкент

Дунё ҳамжамияти олдида ҳозирги кунда турган муҳим масалалардан бири глобал миқёсда инсон ҳавфсизлигини, хусусан экологик ҳавфсизликни таъминлаш бўлиб, ушбу йўналишда жуда кўп изланишлар олиб борилмоқда. Атмосферанинг антропоген ифлосланишининг кучайиши оқибатида турли экологик муаммолар юзага келмоқда. Сўнгги йилларда объектив маълумотлар глобал ҳароратнинг ортиши ва иқлимнинг исийиш томонга ўзгараётганлигини кўрсатмоқда. Инсон фаолияти натижасида тобора кўпаяиб чиқарилаётган СО₂ газини ўсимлик ва океандаги фитопланктон ютиб улгура олмаяпти. Иқлим ўзгариши бўйича халқаро экспертлар гуруҳи фикрича, агар аҳвол шундай давом этадиган бўлса яқин 50 йил ичида ҳарорат 2-40 С га ортиши мумкин. Экологик муаммолар ижтимоий сиёсатнинг ажралмас қисми сифатида қаралади. Зеро уларнинг туб мазмун моҳиятида ҳозирги ва келажак инсонлар ҳаёти ва саломатлиги, моддий фаровонлиги ва миллий эркинлиги ётади. Ўзбекистонда кенг қамровда олиб борилаётган ижтимоий-сиёсий ва иқтисодий ислохотларнинг ўзига хос хусусиятларидан бири шуки, улар жамият ва инсон экологик манфаатлари билан уйғунлаштирилган ҳолда олиб борилмоқда. Экологик муаммолар ижтимоий сиёсатнинг ажралмас қисми сифатида қаралади. Зеро уларнинг туб мазмун моҳиятида ҳозирги ва келажак инсонлар ҳаёти ва саломатлиги, моддий фаровонлиги ва миллий эркинлиги ётади. Экологик масалалар ва муаммолар шуниси билан ўзига хоски бу муносабатлар ва муаммолар чегараларни тан олмайди. Айниқса атмосфера ҳавосининг муҳофазаси ва мазкур табиат объектининг ифлосланиши масаласи ўзининг долзарблигини йўқотган эмас. Мутахассисларнинг маълумотларига қараганда, ҳар йили республиканинг атмосфера ҳавосига 4 миллион тоннага яқин зарарли моддалар қўшилмоқда. Шуларнинг

ярми углерод оксидига тўғри келади, 15 фоизини углеводород чиқиндилари, 14 фоизини олтингурут кўш оксиди, 9 фоизини азот оксиди, 8 фоизини каттик моддалар ташкил қилади ва 4 фоизига яқини ўзига хос ўткир заҳарли моддаларга тўғри келади.

Ўзбекистон ўз мустақиллигини кўлга киритгандан кейин атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш бўйича қонунчилик базасини шакиллантирди айниқса атмосфера ҳавосининг ҳуқуқий ҳолатини белгиловчи Ўзбекистон Республикасининг “Табиатни муҳофаза қилиш тўғрисида”ги ва “Атмосфера ҳавосини муҳофаза қилиш тўғрисида”ги қонунларни қабул қилиниши мазкур соҳага давлатнинг бўлган муносабатини яққол намоён қилади. Одам бир кеча-кундузда ташқи муҳитдан 20 куб метр ҳаво олади. Унинг ўпкаси минутига 16-20 мартагача ҳаво ютиб, ҳаво чиқаради. Маълумки, одамнинг ўпкаси орқали бир минутда ўрта ҳисобда 12 литр ҳаво ўтиб туради. Бир кеча-кундузда эса 17 минг 290 литр ҳаво ўтади. Бу эса 23 килограмми ташкил этади. Демак, одам ҳавони овқатга нисбатан 4-5 баравар кўп истеъмол қилади. Мутахассисларнинг маълумотларига қараганда, ҳар йили республиканинг атмосфера ҳавосига 4 млн. тоннага яқин зарарли моддалар кўшилмоқда. Ҳавони муҳофаза қилиш мақсадида экологик-ҳуқуқий тадбирларни белгилаш ва кучайтириш ҳам давлатимизнинг экологик сиёсатини белгилайди.

Шу нуқтаи назардан биз аҳоли турар жойлари атмосфера ҳавосининг экологик – гигиеник баҳоладик, яъни йиллар динамикаси ретроспектив таҳлил қилдик ва куйидаги натижаларни олдик. 2018 йилда атмосфера ҳавосининг ифлосланиш даражасини баҳолаш мақсадида санитария кимёвий лаборатория томонидан жами 2759 та ҳаводан намуна олинган, улардан 595 (21,6%) таси гигиеник талабларга жавоб бермаган, уларнинг асосий қисмини чангга олинган намуналар ташкил этиб, умумий намуналар 1668 та бўлиб улардан 448 таси бўлиб, бу 26,9% ни ташкил этди. 2019 йилда жами 2421 та ҳаводан намуна олинди, улардан 488 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган, бу 20,2% ни ташкил этди. 2020 йилда жами 1095 та ҳаво намунаси олинди, улардан 213 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган, бу 19,5% ни ташкил этди. Олинган натижаларнинг таҳлили шуни кўрсатадики 2018 йил атмосфера ҳавосининг ифлосланиш ҳолати бошқа йилларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Барча кузатув йилларда эса чанг асосий ифлослантирувчи омил бўлиб қолди.

ICHIMLIK SUVI TARKIBIDAGI FTORNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI

Niyozmetov M. O., G'aniyev U. G'.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ilmiy manbaalarda va DSEOM JSX ma'lumotlarida ichimlik suvi tarkibidagi miqdori ortish yoki kamayib ketishi inson salomatligiga ta'sir ko'rsatadi. Ichimlik suvi tarkibidagi ftorning miqdori 0.3-0.7 mg/l bo'lsa aholi o'rtasida tishlarning kariyes bilan og'rishi 2-3 marta ko'p uchraydi. Agarda ftorning miqdori belgilangan darajadan ortib ketsa 6-15 mg/l ga yetganda kariyes bilan og'rish aholi o'rtasida juda kamayib ketib, flyuoroz kasalligi esa 80-100 % ga yetib boradi. Ichimlik suvi tarkibidagi ftorning miqdori o'zgarishi bolalar o'rtasida o'smay qolish, suyaklar o'sishining sekinlanishi va ularning mo'rt bo'lib qolishi kuzatiladi. Davlat standartlarida ichimlik suvi tarkibida odam uchun ftorning bir litr suvdagi ruhsat etilgan miqdori 4-iqlim mintaqa uchun 0.7 – 1.5 mg miqdori tasdiqlangan.

Dolzarliligi. Mazkur ilmiy izlanishda ichimlik suvi tarkibidagi ftorning ortishi yoki kamayishi aholi o'rtasida flyuoroz kasalligi yoki tishlarning kariyes bo'lish holati ortishi kuzatilmogda. Viloyat hududida ichimlik suvi tarkibidagi ftorning miqdori tekshirilib uning muqobil miqdori ishlab chiqiladi.

Maqsad. Aholi o'rtasida flyuoroz kasalligi yoki tishlarning kariyes kasalligi nisbatan ko'p uchrayotgan qishloq yoki shahar hududida yashayotganlarga yordam ko'rsatish. Ichimlik suvi tarkibidagi ftorning miqdorini muqobillashtirish.

Material va tekshirish. Tadqiqoti shi Viloyat DSEOM JSX hisobotlaridan olingan ma'lumotlariga asosan Xorazm viloyati Urganch tumani Chakkasholikor qishlog'ida yashovchi markaziy suv ta'minotidan foydalanadigan aholi o'rtasida olib boriladi.

Natijalar. Tekshiruvlar natijasida Urganch tumani Cakkasholikor qishlog'ida yashovchi aholi o'rtasida tishlarning kariyes bo'lishi nisbatan ortgan. Natijalarni olishda sog'lom aholi guruhlariga ham e'tibor berildi.

Xulosa. Viloyat DSEOM JSX hisobotlaridan olingan ma'lumotlar va tadqiqot natijalaridan foydalanib markaziy suv ta'minotidan foydalanayotgan aholi orasida kariyes kasalligining nisbatan ortishini erta aniqlash. Ftorning miqdorini organizmda muqobillashtirish maqsadida ekzogen usul yani tishlarning emal qavatiga tarkibida ftor saqlovchi eritmalar, gellar, tish pastasi va laklar sifatida surtish tafsiya etildi.

QUDUQ SUVLARI TARKIBIDAGI OSH TUZINI ORGANIZMGA TA'SIRI

Niyozmetov M. O., Jumaboyeva S.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Hozirgi paytda aholimiz o'rtasida vodoprovod suvlari yetib bormagan joylar ham uchray turadi. Bu yerda yashayotgan aholi quduq suvlaridan ichimlik suvi sifatida foydalanib kelishmoqda. Quduq suvlari tarkibida NaCl miqdori yuqori bo'lib bu esa odamlarda buyrak, yurak, tomirlar va turli tosh kasalliklariga olib keladi. Quduq suvlari suvlari tarkibida NaCl miqdori ko'pligi sababli organizmda ortiqcha suyuqlikni ushlab turishi hisobiga tana vaznini ortishiga sabab bo'ladi. Organizmga kiradigan tuzni miqdori bir sutkada 7 gramdan oshmasligi kerak. Bu normadan oshib ketsa odamlarda qon bosimi ko'tarilib ketishi mumkin. Biz bu kasalliklarga qarshi Enalapril, Berlipril, Urolesan, Siston, Ursodezoksixol va Xenodezoksikol kislota preparatlari orqali davolashimiz mumkin.

Dolzarliligi: Inson salomatligiga ta'sir ko'rsatuvchi suv tarkibidagi mikroelementlarining ahamiyati va yer osti suvlari, quduq suvlar tarkibidagi Na, K, F elementlarini organizmga ta'sirini o'rganish.

Maqsad: Aholi o'rtasida buyrak, yurak, tomirlar va jigarda ortiqcha tuz yigilib qolishini, vazinni ortib ketishini oldini olish va quduq suvlari miqdorini kamaytirish.

Natija: Bo'got tumani DSENM hisobotlaridan olingan ma'lumotlar asosida Bo'got tumanidagi Mirishkor qishlog'ida yashovchi aholi o'rtasida gipertoniya va ichki organlarda tuz yigilishi ko'proq kuzatilgan. Olingan natijalarda sog'lom kishilarga ham e'tibor berilgan.

Materiallar: Bo'got tumani DSENM hisobotlariga asosan olingan. Mirishkor qishlog'ida yashovchi quduq suvlaridan foydalanuvchi aholi orasida olib borildi.

Xulosa: Bo'got tumani Mirishkor qishlog'ida yashovchi aholi o'rtasida uchraydigan tosh kasalliklari va gipertoniya kasalliklarini oldini olish maqsadida aholiga toza ichimlik suvidan foydalanishni tafsiya qilamiz.

AXOLI O'RTASIDA YOD YETISHMOVCHILIGINI YODLANGAN OSH TUZI ORQALI BARTARAF ETISH

Niyozmetov M. O., Nematov O'. Z.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

So'nggi 60 yil mobaynida turli xil oziq-ovqat mahsulotlarini yodlash borasida ishlar olib borildi. Jumladan, uning tarkibiga osh tuzi, non, sut, shakar va ichimlik suvi kiradi. Ularning ichida osh tuzi bir necha sabablarga ko'ra ko'proq ishlatila boshladi: Yodni osh tuzi bilan aralashtirish xavfsiz va oddiy usul deb sanaladi. Osh tuzini yodlash (kaliy yodidi yoki kaliy yodati yordamida) tuzning ta'mi, hidi va rangini o'zgartirmaydi. Boshqacha aytganda, yodlangan va yodlanmagan osh tuzi deyarli farq qilmaydi.

Dolzarliligi: Osh tuzini yodlash narxi arzonidir: AQSH da 1 kg osh tuziga 2-7 AQSH senti to'g'ri keladi. Ko'p davlatlarda u osh tuzi qoldiq narxining 5 % igacha buladi.

Maqsad: Tuz axoliga yetib borguncha yod 20 % ga kamayadi; ovqat tayyorlash vaqtida yana 20 % kamayadi; o'rtacha osh tuziga bo'lgan bir kunlik talab kishi boshiga 10 g ni tashkil etadi.

Natija: 150 mkg yodning osh tuzi bilan odam tanasiga tushishi uchun, ishlab chiqarish korxonalarida yodning osh tuzidagi miqdori 20-40 mg/kg (yoki 34-66 mg/kg kaliy yodat)ni tashkil qilishi lozim. Agarda iste'moldagi barcha tuz yodlangan bo'lsa, bunda biroz pastroq daraja tavsiya etiladi (20 mg yod/kg). Bunday holatlarda yodning o'rtacha siydik orqali ekskretsiyasi 100-200 mkg/l ni tashkil qiladi.

Yodga bo'lgan talabni qondirish uchun hozirgi kunda quyidagi kunlik miqdor tavsiya etiladi: 50 mkg – yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 12 oygacha bo'lgan go'daklar uchun; 90 mkg – 2-6 yosh bolalar uchun; 120 mkg – 7-12 yosh maktab o'quvchilari uchun; 150 mkg – 12 yoshdan kattalar uchun; 200 mkg – homilador va emizikli ayollar uchun.

Tekshirish: Yodlangan tuz istemolidan keyin axoli o'rtasida yod tanqisligining turli darajalari bilan kasallanish xolatlari 60 -80 %ga kamaydi.

Xulosa: Yod tanqisligi oqibatida bo'qoq, gipotireoz, kretinizm, kar-soqovlik, g'ilyalik, spastik paraplegiya, aqliy zaiflik, pakanalik, go'daklarning o'lik tug'ilishi, tug'ma nuqsonlar va perinatal o'lim holatlarining o'sishi. Osh tuzini yodlash orqali ko'pgina kasalliklarning oldi olindi axolining o'rtacha sog'lik darajasi yaxshilandi va iqtisodiy jixatdan ham kasalliklarni davolash uchun ajratiladigan mablag' tejaldi.

FARMAKOLOGIYA DARSLIGINI O'QITISHNING ZAMONAVIY ASPEKTLARI

Olimova D.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Oliy tibbiy va farmatsevtik ta'limning zamonaviy kontseptsiyasi talabalarning farmakologiya sohasidagi bilimlari va amaliy ko'nikmalarini shakllantirishni talab qiladi. Axborot hajmining ortib borishi talabalardan o'zlarining farmakologiya haqidagi asosiy bilimlariga asoslanib, mustaqil qaror qabul qilish uchun ijodiy va tanqidiy fikrlash ko'nikmalarini rivojlantirishni talab qiladi.

Farmakologiyani o'qitishning o'ziga xos qiyinchilik - bu doimiy ravishda o'zgarib turadigan nomenklatura , ya'ni muomalaga ruxsat berilgan dorilar ro'yxati. Buning sababi shundaki, farmakologiyaning rivojlanishi, o'z mahsulotlarining raqobatbardosh ustunligini topishga intilayotgan farmatsevtika kompaniyalarining ulkan moliyaviy ko'magi bilan, dori vositalari haqidagi ma'lumotlarning doimiy o'zgarishiga olib keladi.

Shuning uchun, ko'plab ilmiy fanlardan farqli o'laroq, farmakologiyani "bir martalik" , "butkul" o'rganish mumkin emas. Darhaqiqat, vijdonli farmakologiya o'qituvchilari har yili ma'ruzalar uchun ham, hozirgi darslar uchun ham, har xil manbalardan olingan ma'lumotlarni doimiy ravishda yangilab turish va tahlil qilish uchun yangidan tayyorgarlik ko'rishlari kerak.

Ushbu qiyinchiliklarni ya'na bir nozik tomoni shundaki, yuqori kurslarda an'anaviy ravishda etiologiya, patogenez, kasalliklarning klinik ko'rinishi va diagnostikasi kabi masalalariga asosiy e'tibor qaratiladi . Bu esa farmakologiya va eng asosiysi dori vositalarni inson organizmga ta'siri kabi mavzulari qayta ko'rib chiqish , takrorlash uchun talabalarda vatq yetmaydi. Vaqt o'tishi bilan talab qilinmagan bilimlar "silliqini" o'chiriladi.

Bu shuni ko'rsatadiki, katta ehtimol bilan hozirgi vaqtda sog'liqni saqlash sohasidagi ko'plab amaliy mutaxassislar dori molekulasining kimyoviy tuzilishi- ni, uning farmakokinetikasi va farmakodinamikasini va ular o'rtasidagi o'zaro bog'liqlikni aniq tasavvur qila olmaydi. (1)

O'quv jarayonini optimallashtirishning, o'qitish usullarini takomillashtirishning utuvor vazifalardan biri ta'limning innovatsion texnologiyalaridan foydalanish.(2.3)

Bu muammolarni birinchi navbatda ma'ruzalar orqali hal qilish kerak. Aynan ma'ruzalarda talabani tanqidiy fikrlashga, qarama qarshiliklarni ko'rishga va hal qilishga, katta hajmdagi ma'lumotlarni o'zlashtirishga, o'zgaruvchan hayotiy vaziyatlarga moslashishga, aqlini rivojlantirishga o'rgatish kerak. Mavzuni tanlash fanning ish dasturi bilan belgilanishi sababli, ushbu mavzuning ma'lum bir fandagi o'rni va uning boshqa fanlar uchun ahamiyatini ko'rsatish kerak. Bundan tashqari, ma'ruza tayyorlashda tinglovchilarning xususiyatlarini, muayyan vaziyatni hisobga olish, o'ylab ko'rish va texnik vositalarni tanlash kerak.

Xususiy farmakologiya bo'limi bo'yicha ma'ruzalar o'qiyotganda, biz amaliy ish jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan klinik holatlardan keng foydalanishni taklif qilamiz. Bu, ayniqsa, o'qituvchi auditoriya faolligi pasayganini, e'tibor pasayganini sezganda juda muhimdir. O'qituvchining qiziqarli faktlar va o'z amaliyotida uchragan kutilmagan "burilishlar", individual dorilar haqidagi hikoyasi talabalarni alohida qiziqtiradi.

Talabalarining malaka va ko'nikmalarini rivojlantirishda amaliy mashg'ulot darslar ham muhim ahamiyatga ega. Amaliy mashg'ulotlarda muammolar quyidagi shakllar orqali yechiladi. TBL (Team Based Learning) - jamoada ta'lim shaklida va CBL (Case-based Learning) - klinik holatga asoslangan ta'lim shaklida. Bu shaklda o'qitish talabalarga kommunikativ ko'nikmalarni, jamoada ishlash ko'nikmalarini rivojlantirishga imkon beradi, o'quv materialini o'zlashtirish tezligini oshiradi, ma'lum mavzuni o'rganish uchun ajratilgan vaqtni kamaytiradi. (4.5)

Shunday qilib, farmakologiyani o'qitish jarayonida o'quvchilarni o'qitishning izchil yondashuvi talabalarining fanga qiziqishini rivojlanishiga hissa qo'shadi, ta'limdan qoniqish hissini yaratadi, talabalar va o'qituvchi o'rtasida yaxshi muloqotni rivojlantirish uchun sharoit yaratadi.

AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI

Raxmanova N.X., Egamova M.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida autoimmun tireoidit kasalligi 5-26 % gacha uchraydi. Ko'pincha autoimmun tireoidit kasalligi eutireoid shaklda bo'lganligi sababli ayollarimiz sog'ligidan shikoyat qilmaydi, shuning uchun tashxislash qiyinchilik tug'diradi. Faqat gipoteroid shaklda klinikasi namoyon bo'lgandagina shifokorga murojaat qilishadi va shundan keyingina aniqlash imkoni bo'ladi. Autoimmun tireoidit natijasida reproduktiv yoshdagi ayollar orasida 2% hollarda asosiy gipotireoidizm rivojlanadi. Gipotireoidizm patogenezining asosi tireoid gormonlarning yetishmasligi tufayli energiya almashinuvining buzilishi bo'lib, bu asosiy metabolizmning pasayishiga olib keladi. Metabolik o'zgarishlar natijasida turli organlar va tizimlar faoliyatining buzilishi, shu jumladan reproduktiv tizim disfunktsiyasining klinik ko'rinishlari rivojlanadi. Gipotireoidizmning mavjudligi ikkilamchi giperprolaktinemiya, galaktoreya va hayz siklida turli xil buzilishlar rivojlanishiga olib keladi. Bu disfunktsiyalar, birinchi navbatda, tireotropin-relizing gormonining gipotalamus giperproduksiyasi va uning tireotropik gormon va prolaktin ishlab chiqarishida rag'batlantiruvchi ta'siri bilan bog'liq. Gipotireoid holatning uzoq muddatli mavjudligi adenogipofiz stimulyatsiyasi va ikkilamchi gipofiz adenomasining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt davomida kompensatsiyalanmagan holda mavjud bo'lgan gipotireoidizm ovulyatsiya disfunktsiyasiga va bepushtlikning rivojlanishiga olib keladi. Xorijiy adabiyotlarga ko'ra, gipotireoidizm bilan og'rigan ayollarda bepushtlik 2-34% hollarda aniqlanadi.

2020-yil noyabr oyidan 2021-yil sentabr oyigacha "Akusherlik va ginekologiya" kafedrasiga murojaat qilgan autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi 19 ta ayollardan 9 tasida (47%) bepushtlik, 7 ta (37%) homilador bo'lgan ayollarda homilani rivojlanishdan orqada qolishi, 3 tasida (16%) hayz siklining buzilish holatlari kuzatildi.

Xulosa: Ayollarimizni reproduktiv salomatligini sog'lomlashtirish maqsadida har 6 oyda chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rikdan o'tirish, uchastka akusher-ginekologlari ayollar tibbiy madaniyatini oshirish uchun targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borishlari zarur. Autoimmun tireoidit

kasalligi aniqlanganda bemorlarga kasallik haqida endokrinolog, ginekolog mutaxassislar birgalikda batafsil ma'lumot berishi va davolashi kerak.

QIZLARDA VULVOVAGINITNING ENTEROBIOZ BILAN KECHISHI VA OLIB BORILISHI

Raxmanova N.X., Salayeva N.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Qizlarning ginekologik kasalliklari tarkibida vulvit va vulvovaginit 60-70% ni tashkil qiladi. Bu qizlarning qin va vulva fiziologiyasining ba'zi xususiyatlariga bog'liq. Qizlarda bu organlarni qamrab oluvchi skvamoz epiteliya oz sonly qatlamlardan (5-8) iborat, uning hujayralari keratinlanmaydi, deyarli glikogenni o'z ichiga olmaydi, shuning uchun qizning qinida sut kislotasi fermentatsiyasi uchun sharoit yo'q. Qizning qinida shartli patogen mikroorganizmlar (odatda *Staphylococcus epidermidis*) yashaydi, ishqoriy reaksiyaga ega.

Enterobioz tufayli vulvovaginit, odatda, vaginaga ichak florasining kiritilishi natijasida kelib chiqadigan yallig'lanish jarayonidir. Tuxum qo'yadigan ichakdan chiqib ketgan urg'ochi qurtlar qizlarning terisini teshib, qichishish va og'riq keltiradi. Bu jarayon vaginaga yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradigan ichak florasini, ko'pincha *Escherichia coli* yoki *Enterococcus*ni kiritadi. Aralash infeksiya ko'pincha bu ikki mikroorganizmning kombinatsiyasi tufayli kuzatiladi. Tashxisni aniqlashtirish uchun bolaning bezovtalanadigan uyqusini, perineum va tashqi jinsiy a'zolar terining qichishishidan shikoyat qilgan ota-onalarning to'liq anamnezi yordam beradi. Ba'zida qiz tashqi jinsiy a'zolar sohasidagi og'riqdan yig'lab, qichqirib uyg'onadi.

Tashqi jinsiy a'zolarini tekshirganda, anal burmalarining qalinlashishiga, ularning giperemiyasiga e'tibor qaratiladi. Vaginal oqindi ekinlarida *E. coli*, enterokokk va boshqa turdagi ichak florasini uchraydi. Enterobioz keltirib chiqaradigan vulvovaginitni davolashda qin har kuni yuviladi, anusda tashqi jinsiy a'zolar gigiyenasi o'tkaziladi va patogen flora sezgir bo'lgan kanamitsin yoki boshqa antibiotikli shamchalar yuboriladi. Shu bilan birga, enterobioz uchun terapiya o'tkazish kerak. Shu maqsadda, vermoks, albendazol, mebendazol va gelmintlarni yo'q qiladigan boshqa preparatlar buyuriladi. Antigelmint terapiyasi bir oydan keyin takrorlanishi kerak. Ota-onalar bolaning gigiyenasi, enterobiozning butun oila a'zolariga ta'sir qilish ehtimolini hisobga olishlari kerak bo'ladi.

Xulosa: Qizlarda vulvovaginit davolash sxemasiga enterobioz terapiyani qo'shish maqsadga muvofiq bo'lib, bu albatta enterobioz diagnostikasi bilan olib borilishi kerak.

BOLALARDA SURUNKALI QABZIYATNING OQIBATLARI

Ro'zmatov I.B., Sapaev O.Q., Matkurbanov B.M., Durdiev S.H.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Bolalarda surunkali ich qotish va undan keyinga kuzatiladigan asoratlar dolzarb muammolardan biri bo'lib kelmokda. Amaliyotdagi kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki bolalarning to'g'ri ratsional ovqatlanishiga ota-onalarning e'tiborsizligi, bog'cha va maktab bolalarida psixosotsial o'zgarishlar, to'g'ri ichak va anal sohasidagi tug'ma nuqsonlar, ichak infeksiyalaridan keyin, endokrin kasalliklari, ota-onalarning o'z vaqtida shifokorga murojaat qilmaganligi va ba'zi shifokorlarning ahamyatsizligi sababli yomon oqibatlarga olib keladigan asoratlar yuzaga kelmoqda. Shulardan axlat tuta olmaslik (kalmazoniya) va uni davom etishidan dolixosigma, megakolon kabi asoratlar rivojlanib xatto operativ muolajalargacha etib kelmoqda.

Maqsad. Bolalardagi surunkali qabziyatga olib keluvchi omillar va uning salbiy oqibatlarini kamaytirish.

Material va usullar. Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi va Xorazm Viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazida 2018-2020 yillarda surunkali qabziyat bilan murojaat qilgan va tekshirilib davolangan 35 nafar bemorlarning kasallik tarixlari tahlil qilindi. Bu

bemorlarni yoshi 1 yoshdan - 14 yoshgacha. Shulardan o'g'il bolalar 19 (54,3%) nafarni, qiz bolalar 16 (45,7%) nafarni tashkil qildi.

Natijalar va muhokama. Bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi quyidagicha 1-3 yoshgacha bo'lgan bemorlar 10 (28,6%) nafarni, 3-7 yoshgacha 18 (51,4%) nafarni, 7-14 yoshgacha 7 (20%) nafar bemorni tashkil qildi. Surunkali ich qotishni axlat tutilshiga ko'ra 3 ta bosqichga ajratildi. 1) 2-3 kunda bir maxal ich kelishi 7 (20%). 2) 3-5 kunda bir maxal ich kelishi 21 (60%). 3) 10 kun va undan ko'p ich tutilishi 7 (20%). Bemorlarni anamnezi, klinik ko'rinishi, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, UTT, irrigografiya, kolonoskopiya, rektoromonometriya, umumiy qon, siydik, axlat tahlillari tekshirildi. Bu tekshiruv natijalaridan surunkali ich qotishni sabablari bizni shifoxonada yotib davolangan bemorlar orasida quyidagicha uchradi. 1. Alimentar faktorlar 19 (54,3%). 2. Yoshligida ichak infeksiyalarini o'tkazganlar 7 (20%). 3. To'g'ri ichak va anal kanalidagi nuqsonli rivojlanishlar 7 (20%). 4. Pisixemotsional faktorlar 2 (5,7%). Surunkali ich qotishni klinik kechishiga ko'ra uchrashi. Kompensatsiya bosqichidagi bemorlar 16 (45 %) nafarni, subkompensatsiya bosqichidagilar 14 (40%) nafarni, dekompensatsiya bosqichidagilar esa 5 (15%) nafarni tashkil qildi. Quyidagicha asoratlari kuzatildi. Kalamazaniya 5 (15%), dolixosigma 2 (5%). Ichaklar tonusiga ko'ra uchrashi. Gipertonik 4 (10 %), gipotonik 5 (15 %) nafarni tashkil qildi. Davolash kasallikni etiologiyasi, klinik kechishi, ichaklar tonusiga e'tibor qilgan holda quyidagi usullardan foydalanildi. Aksaryat bemorlarda: Konservativ muolajalar asosan dietaterapiya, fizioterapiya, ichakni ta'sirlovchi xuqnalar va "V" guruh vitaminlar, surgidorilari (Portalak, Guttalaks, kastor moyi) tavsiya qilindi. Ichaklar tonusi pasayishi, ko'pincha yangi yo'g'on ichak qovuzloqlarni paydo bo'lganligi konservativ muolajalar samarasiz bo'lib jarrohlik amaliyotini talab qildi.

Xulosa: 1. 60% bolalarda ich qotishi alimentar va psixemotsional faktor natijasida yuzaga kelgan.

2. 20 % bemorlar anamnezidan ichak infeksiyasi bilan kasallanganligi va davolanishning to'g'ri olib borilmaganligi aniqlanildi.

3. 20 % bemorlarda e'tiborsizlik va davolashni to'g'ri olib borilmaganligi sababli operativ muolajalar talab qiladigan asoratlar kuzatildi.

SINEXIYA BILAN ASORATLANGAN VULVOVAGINITNING UCHRASH CHASTOTASI VA ETIOLOGIK OMILLARI.

Matrizayeva G.J., Salayeva N.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Vulvovaginit- keng tarqalgan kasallik bo'lib, qizlarning ginekologik kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi va tadqiqotchilarning fikricha qizlardagi ginekologik kasalliklarning 15 % dan 93 % gacha to'g'ri keladi. Vulvovaginitning uzoq davom etishi vulva sinexiyasi kabi patologiyaning paydo bo'lishiga olib keladi. So'ngi yillarda gestatsiya davridagi infitsirlanishning muttasil o'sishi va ularning akusherlik va ginekologik patologiya, perinatal patologiya, bolalar kasalligini yuzaga keltirish foizi oshishi kuzatilmoqda. Onalarning jinsiy a'zolaridagi homilador bo'lishdan avval va homilador bo'lganidan keyin yuz bergan yallig'lanish jarayonlari homila salomatligiga salbiy ta'sir qiladi. Chunki ona tug`ruq yo'llaridagi infeksiyalar chaqaloqning jinsiy a`zosi, ko`zi va shilliq qavati infitsirlanishiga sabab bo'ladi. Yangi tug'ilgan qiz bolalar qinida onadan o'tgan gormonlar tufayli, nordon sharoit bo'ladi, bu sharoit ma'lum darajada infeksiya uchun qarshilik ko'rsatadi. Ammo bu holat bola o'sgani sari o'zgarib boradi. Ya'ni, qindagi nordon reaksiya asta-sekin sustlashib, neytral yoki ishqorli reaksiyaga aylanib, bola 8 — 9 yoshga kirgunicha saqlanib qoladi. Bundan tashqari, qiz bolalarning bachadon bo'yni kanali ayollarnikiga o'xshab, shillikli tiqin bilan bekilgan bo'lmaydi. Ammo bu davrda qinning infitsirlanishi oson bo'ladi. Bunga sabab, uning o'ziga xos o'zgarishidadir. Shu sabab vulvit, vaginit va servitsitlar bilan qiz bolalar ko'proq og'riydilar. Agar ona genital herpesibilanog'riganbo'lsa, unda genital gerpetik infeksiyava urogenital infeksiyalar chaqaloqqa tug'ruq paytida o'tib qoladi. 2021 yil avgust – sentabr oylarida Akusherlik va ginekologiya

kafedrasiga murojaat qilgan onalarning 5 ta chaqalog`idan 3 tasida (60%) vulvadan olingan surtma tahlilida KOK tayoqchalari aniqlandi, 5 ta chaqaloqdan 2 tasida (40%) vulvaning sinexiyasi aniqlangan, 5 tasining chaqalog`idan 4 tasida (80%) doimiy taglikdan foydalanishlari ma`lum bo`ldi.

Xulosa: Ayollarda jinsiy a'zolar sanatsiyasi, TORCH infeksiyalarni vaqtida davolash, yangi tug`ilgan chaqaloqlarning vulvit rivojlanish sabablarini erta bartaraf qilib, uning asorati bo`lgan vulva sinexiyasini vaqtida davolash, taglikdan foydalanish qoidalari va gigiyenasini onalarga tushuntirish akusher-ginekologlar, pediatrlar va umumiy amaliyot shifokorlarining e'tiboridan chetda qolmasligi kerak.

XORAZM VILOYATIDA AVTOHALOKATLAR SABABLI JAROHLANISH VA O`LIM KO`RSATKICHLARINING DINAMIK XUSUSIYATLAR

Matyakubov J.R., Kurbanov S.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dunyoda har yili avtohalokatlar sababli 1,35 millionga yaqin odamlar bevaqt hayotdan ko`z yumadi, shuningdek 50 milliondan ortiq kishi jarohat oladilar. Avtohalokatlar sababli har 30 soniyada bir nafar odam o`ladi va 10 nafar odam jiddiy jarohat oladi. Jarohatlanish, nogironlik va o`limdan tashqari avtohalokatlar mamlakatlarning iqtisodiyotiga ham sezilarli zarar keltirib, yiliga bu 65-100 milliard dollarni tashkil qiladi. E'tiborli jihati shundaki, avtohalokatlar sababli sodir bo`layotgan o`lim holatlarining 93%i past va o`rta darajadagi daromatli aholi orasida sodir bo`ladi, deyarli 60% avtohalokatlar dunyo bo`yicha aynan shu kabi davlatlarga to`g`ri keladi. Eng yuqori darjadagi o`lim har 100 000 aholiga 26,6 ga to`g`ri kelib Afrika qit`asiga, undan keyin 20,7 bilan Janubiy sharqiy Osiyo davlatlarga to`g`ri keladi. Eng kam o`lim har 100 000 kishiga 9,3 bilan Yevropada va 3,1 ta o`lim Buyuk Britaniyada kuzatilgan. Dunyoda avtohalokatlardan o`limning taxminan to`rt dan uch qismi (73%) 25 yoshgacha bo`lgan erkaklarga to`g`ri kelib, ayollarga nisbatan deyarli 3 barobarga yuqori. E'tiborli jihati shundaki, avtomashinaning tezligi 1% ga oshirilsa, o`lim xavfi bilan sodir bo`ladigan avtohalokatning xavfi 3-4% ga oshadi .

O`zbekistonda 2011 yilda 10611 ta avtohalokat xolati qayd etilgan va 2161 ta o`lim va 112228 ta jarohatlanishlar ro`yhatga olingan. E'tiborlisi shundaki, O`zbekistonda yo`llarda 3896000 ta qonunbuzarliklar va shundan 1588000 tasi o`ta qo`pol tarzda qonunbuzarliklar sodir etilgani ro`yxatga olingan . Yo`l transport hodisalarining sodir bo`lishida eng havfli kunlar haftaning juma va shanba kunlari ekanligi, shuningdek yakshanba va dushanba kunlariga ham alohida e'tibor qaratilishi qayd etiladi.

Avtohalokatlar sababli yuzaga kelayotgan yana bir achinarli holatlardan biri bu o`lim sanaladi. Viloyat yo`llarida avtohalokatlar sababli o`rganilgan o`tgan besh yil davomida jami 435 kishi vafot etgan.

Xorazm viloyatida avtohalokatlar yo`llarda aynan haydovchilarning malakasizligi, haydovchilik guvohtomasiz texnika vositasini boshqarishi, 1 yil haydovchilik stajiga ega bo`lmagan xaydovchilar tomonidan qayd etilgan.

OLIY VA O`RTA TA`LIM MUASSASALARIDA AMALIY MASHG`ULOTLARNI O`TKAZILISHIDA PEDAGOGIK TEXNOLOGIYALARNING AHAMIYATI

Omonova G.S., Omanova A.S.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ma`lumki, oliy va o`rta maxsus ta`lim muassasalari O`zbekiston Respublikasi kadrlar tayyorlash milliy dasturining maqsad va vazifalaridan biri yetishib chiqayotgan oliy va o`rta tibbiyot xodimlarining malakasiga va ixtisosligiga katta e'tibor qaratishdir.

Oliy va o'rta tibbiyot xodimlarini malakali bilim olishlari va ularning bilim sifatini oshirishda professor-o'qituvchilar tamonidan faol pedagogik usullarni qo'llaganda o'qitish samaradorligi oshishi, tinglovchni mavzuni tez o'zlashtirib olishiga katta yordam beradi.

Noan'anaviy o'qitish usullarini qo'llab o'tilgan mashg'ulotlarda talabalar darsning diqqat markaziga chiqadilar. Bu faollashtiruvchi usulni qo'llaganda ba'zi bir jihatlarda o'qituvchining o'rni kamroq bo'ladi degan emas, aslida o'qituvchi zimmasiga bir qancha mas'uliyatlarni yuklaydi. Jumladan o'qituvchi tinglovchilarni sergaklik bilan kuzatib va bir vaqtining o'zida tahlil qilib turishi lozim.

Mashgulotlarda interfaol usullarni qo'llash bilan, tinglovchilar faolligini oshirishga qaratilgan har xil o'yinlar, o'qitishda ijobiy muhit yaratish, o'qitish samaradorligini ko'tarish shu yo'l bilan tinglovchilar bilim va malakalarini oshirish yanada orttirib borishdir.

Tagdim qilinayotgan usul "Do'stimdan o'rganaman" deb nomlanadi..

"Do'stimdan o'rganaman" usuli

Bu usulning maqsadi: Yangi mavzu bo'yicha olayotgan bilimni mustahkamlashga erishish, atrofdagi talabalarning diqqat e'tiborini mavzuga qaratish, talabalarni fikirlashga o'rgatish, xotirasini mustahkamlashga erishish mavzuning asosiy maqsadlaridan biridir.

Usulning afzalliklari: Olayotgan bilimni mustahkamlashda hamda yangi mavzuni o'zlashtirishda sifatini oshirishda qulay usul hisoblanadi, ushbu usul guruhning hamjihatligini ta'minlaydi, talabalarni xotirasini yaxshilashga yordam beradi;

Kamchiliklari: Usul faqat og'zaki ravishda olib boriladi, ko'p vaqt talab qilishi mumkin, yangi mavzuni bayon qilishda va mustahkamlashda qo'llaniladi

O'qituvchiga maslahatlar: Talaba tamonidan yetkazilayotgan ma'lumotni to'g'ri va aniqligiga e'tibor qarating, siz berayotgan ma'lumot talabalarga tushunarli bo'lishi kerak;

Mashg'ulot boshlanishidan talabani usulni olib borish texnikasi bilan tanishtiring;

Usulni qo'llashni ko'proq tortinchoq talabalardan boshlang;

Mavzu haqida olgan umumiy ma'lumotlarni fikrlab olish uchun talabaga vaqt bering.

"Do'stimdan o'rganaman" usuli

Maqsad: Yangi mavzu bo'yicha olayotgan bilimni mustahkamlashga erishish, atrofdagi talabalarni diqqat - e'tiborini mavzuga qaratish, ularni fikirlashga, talabalarning aqliy ish qobiliyatini oshirib xotirasini mustahkamlashga o'rgatish, .

Tamoyillari: O'qituvchi yangi mavzuni tushuntirish davomida to'xtaydi, o'zi xoxlagan talabadan tushuntirilgan mavzuni takrorlashni va mazkur mavzuni mazmunini bayon qilishni so'raydi. Shu talabadan siz kimdan o'zingizni tushunchangizni so'ramoqchi bo'lsangiz marhamat davom qildiring deb ta'kidlaydi. Talaba jarayonni takrorlaydi, bir necha talaba jarayonni o'tkazishi mumkin. O'qituvchi talabalarni mavzuni qay darajada o'zlashtira olayotganini aniqlab yana mavzuni tushuntirishni boshlaydi. O'qituvchi yangi mavzuni tushuntirishda mavzu bayoni qancha keng bo'lsa oldiga maqsad qilib jarayonni 3-4 marta takrorlashi mumkin. Jarayonni o'tkazish tortinchoq va passiv o'quvchilarni ham mavzu bo'yicha yangi bilimlar olish imkoniyatiga ega bo'lsin

Xulosa sifatida shuni aytish lozimki, pedagogic texnologiyalardan o'z ornida va maqsadli foydalanish talabalarin fan mavzulariga qiziqtirish va shu orqali mavzuni mustahkamlash, oq'ish sifatini oshirishga zamin yaratadi.

INSON KAMOLGA YETISHIDA UNING SALOMATLIGI HAMDA RUXIYATINING AHAMIYATI

Omonova G.S., Omanova A.S., Duschanova R.Y.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Oliy asab tizimi mahsuli bo'lmish ruhiyat insonning hayot davomidagi barcha turdagi faoliyatlarini boshqarishda muhim ahamiyat kasb etadi. Odamning hayvondan farqi u qilayotgan ishining natijasini oldindan biladi. Uning ongi yosh o'sishi bilan o'sib taraqqiy etish xususiyatiga ega. Bundan tushuniladiki, inson ma'lum yoshdan keyin o'z sog'lig'iga o'zi ma'sulligini anglagan

holda, amalga oshirayotgan barcha faoliyatlarini to'g'ri, sog'lom va belgilangan gigienik talab hamda qoidalar asosida, ya'ni me'yorda bajarishi lozim.

Yoshlar orasida sog'lom turmush tarzi va uning ma'naviy asoslarini shakllantirish borasida amalga oshirilayotgan tadbirlar samarasi ham ko'p jihatdan ularning har tomonlama, jumladan ruhiy barkamolligiga ham bog'liq.

“Salomatlik bu nafaqat organizmda qandaydir kasallik yoki jismoniy nuqsonning yo'qligi balki, uning har tomonlama, jumladan ruhiy salomatligi” deb ta'riflanadi Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining inson salomatligi to'g'risidagi ta'rifida. Odamlarda uchraydigan ko'pgina kasalliklarning, jumladan ijtimoiy kasalliklar deya e'tirof qilinuvchi miokard infarkti, insult, gipertoniya, qandli diabet, endokrin tizimi, nafas olish yo'llari, asab va ruhiy kasalliklar, ovqat hazm qilish tizimining ayrim kasalliklari yuzaga kelishida ruhiy omillarning –ayniqsa asabiy jarohatning tutgan o'rni salmoqlidir.

Aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishning barcha yo'nalishlari mamlakatimizda kasalliklarni keltirib chiqaruvchi salbiy omillarni, jumladan, ruhiy omillarni bartaraf qilishga qaratilgan. Demak, targ'ibot ishlarini amalga oshirishda insonlar dunyoga kelganidan to umrining oxirigacha bo'lgan hayot bosqichlarida ruhiy salomatlikni asrash va uning ahamiyati kishilar ongiga singdirilishi kerak bo'ladi.

Jumladan ularga oila psixologiyasi va salomatlik, ta'lim-tarbiya psixologiyasi, kun tartibi psixologiyasi, salomatlik masalasida bilish jarayoni psixologiyasi, individual psixologik xususiyatlar, ovqatlanish psixologiyasi, jismoniy madaniyat va sport psixologisi, zararli odatlarni o'zlashtirib olish psixologiyasi, turmush va mehnat sharoitlari, ijtimoiy-iqtisodiy masalalar, atrof-muhit, muomala va munosabatlar psixologiyalari kiradi.

Shuni alohida qayt qilish kerakki, salomatlik psixologiyasining ma'naviy asoslarini shakllantirish ruhiy salomatlikni ta'minlovchi asosiy omillardan biridir hisoblanadi.

Xulosa sifatida shuni aytish mumkinki, biz sog'ligimizni saqlashimiz uchun har bir amalga oshirayotgan faoliyatimizni bajarishda unga to'g'ri psixologik holat sifatida qarashimiz kerak.

OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA VIRUSLI DIAREYALARNING KECHISHIGA MUVOFIQ KAMQONLIKNING UCHRASHI

Otajanov Sh.Z.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

OIV bilan zararlangan bolalarda kamqonlik eng ko'p uchrovchi yondosh kasallik bo'lib, bir qancha omillar ta'sirida yuzaga keladi. Bu virusning bevosita qon yaratuvchi tizimiga ta'siri, eritrotsitlar ishlab chiqarilishining susayishi va yetilishining buzilishi, qon ketishlar va eritrotsitlarni yuqori darajada gemolizga uchrashi, antiretrovirus preparatlar qabul qilinganda ular keltirib chiqaradigan nojo'ya ta'siri natijasida kelib chiqadi.

Tadqiqot maqsadi: OIV bilan zararlangan bolalarda virusli diareyalarning kechishida kamqonlikning uchrashi darajasini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqot Toshkent shahar Virusologiya Ilmiy Tekshirish Institutida, "OIV infeksiyali bolalar" bo'limida 2013-2016 yilning kuz-qish mavsumida o'tkazildi. Tadqiqotga tekshirish maqsadida 70 nafar OIV bilan zararlangan, yondosh kamqonlik kasalligi mavjud bo'lgan 5 yoshdan 14 yoshgacha bolalar olindi. Tekshiruvda kamqonlikning darajasini aniqlash uchun umumiy qon tahlili o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari: Tekshiruv maqsadida tanlab olingan 70 nafar boladan kasallikning klinik bosqichiga ko'ra taqsimlaganimizda esa 4(5,7%) nafari II-klinik bosqichda, 58(82,8%) nafari III-klinik bosqichda, 8(11,4%) nafari IV- klinik bosqichda ekanligi aniqlandi. Kamqonlik kasalligi darajalari bo'yicha II-klinik bosqichdagi bolalarning 50%ida 1-darajali, 50%ida 2-darajali kamqonlik kuzatildi. III-klinik bosqichdagi bolalardan 34,4%ida 1-darajali kamqonlik, 55,1%ida 2-darajali kamqonlik, 10,3%ida 3-darajali kamqonlik aniqlandi. IV-klinik bosqichdagi bolalardan

hyech birida 1-darajali kamqonlik aniqlanmadi, 62,5%ida 2-darajali kamqonlik, 37,5%ida 3-darajali kamqonlik mavjudligi aniqlandi.

Xulosa: OIV bilan zararlangan 3-klinik bosqichdagi bolalarning 98,8%ida, 4-klinik bosqichdagi bolalarning 100%ida kamqonlik kasalligi uchradi. Bu holatni bartaraf qilish uchun antiretrovirus davo bilan birgalikda kamqonlikka qarshi preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA ROTAVIRUSLI GASTROENTERIT KECHISHINING O‘ZIGA HOS XUSUSIYATLARI

Otajanov Sh.Z.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi: OIV bilan zararlangan bolalar orasida rotavirus infeksiyasining ahamiyati juda katta. So‘nggi yillarda OIV bilan zararlangan bolalarda o‘tkir rotavirusli ichak infeksiyasi bilan zararlanish keskin darajada ortib bormoqda. (L.N.Mazankova, N.O.Ilina, O.A.Kondrakova, A.M.Zatevalov, 2005).

Tadqiqot maqsadi: Bolalarda rotavirusli gastroenterit kechishining o‘ziga hos xususiyatlarini o‘rganish.

Materiallar va usullar: Toshkent shahar Virusologiya Ilmiy Tekshirish Institutida, "OIV infeksiyali bolalar" bo‘limida va Toshkent shahar 4-son bolalar yuqumli kasalliklari shifoxonasida 2013-2016 yilning kuz-qish mavsumida o‘tkazildi. Jami 6 oylikdan 5 yoshgacha bo‘lgan 66 nafar bemor bolalar najasidan rotavirus antigeniga viloyat sanitariya-epidemiologiya markazining virusologiya laboratoriyasida immunoferment tahlil (IFT) usuli yordamida tekshirildi.

Tadqiqot natijalari: Tekshiruvdagi 66 nafar o‘tkir yuqumli ichak kasalliklari bilan murojaat etgan bemor bolalarning 32 nafarida (48 %) rotavirus antigenlari aniqlandi. Qo‘yilgan vazifalarga mos holda, hamma bemorlarni ikki guruhga bo‘lib o‘rganildi: Asosiy guruhga 32 nafar (48%) «Rotavirusli gastroenterit» tashxisiga ega bo‘lgan bolalar va nazorat guruhiga 34 nafar (51%) bakterial etiologiyali diareya tashxisiga ega bo‘lgan bolalar olindi. Rotavirusli gastroenterit va bakterial etiologiyali diareya bilan kasallangan bolalarda diareyani klinik kechishi o‘rganildi hamda umumiy klinik ko‘rsatkichlari (umumiy qon, peshob va najas taxlili) qiyoslandi.

Rotavirusli infeksiya nafaqat me‘da ichak trakti a‘zolarining zararlanishi bilan kechadi, balki kasallik yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi bilan ham namoyon bo‘ladi. 12 nafar (37,5%) bemor bolalarda konyuktivit, 17 nafarida (53,1%) faringit, 9 nafarida (28,1%) rinit ko‘rinishida namoyon bo‘lgan.

Laborator ko‘rsatkichlardan umumiy qon tahlili natijalari shuni ko‘rsatadiki, 8 nafar (29,6%) bemorda anemiya I-darajasi, 3 nafar (11,1%) bemorda esa anemiyaning II- darajasi aniqlandi. Najasni koprologik tekshirilganda 16 nafar (59,2%) bemorda ovqatning hazm bo‘lishi va so‘rilishdagi buzilishlarni kursatuvchi klechatka, neytral yog‘, kraxmal donachalari va mushak tolalari, 11 nafar (40,7%) bolalar najasi shilliq ko‘p miqdorda aniqlandi.

Xulosa: Immunoferment va immunoxromatografik usullar yordamida bolalarning 48% ga rotavirusli infeksiya tashxisi qo‘yildi va shu ma'lumot olindiki, bolalarda virusli diareyalar (asosan rotaviruslar) ko‘proq uchrashi kuzatildi. Diareya sindromi uchragan bolalarda 48% ini rotavirus infeksiyasi tashkil qildi.

OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA ADENOVIRUSLI INFEKSIYANING KLINIK - LABORATOR KECHISH XUSUSIYATLARI

Otajanov Sh.Z.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi: OIV bilan zararlangan bolalar orasida adenovirus infeksiyasining ahamiyati juda katta. Rivojlangan va rivojlanayotgan davlatlarda pediatriya amaliyotida diareyalar adenoviruslar tomonidan chaqirilmoqda.

Tadqiqot maqsadi: OIV bilan zararlangan bolalarda adenovirusli infeksiyaning klinik laborator kechish xususiyatlari o'rganish.

Materiallar va usullar: Tekshiruv 2013 yilning kuz va 2016 yilning qish oylarida Toshkent shahridagi 4-sonli shahar bolalar yuqumli kasalliklar klinik shifoxonasida yig'ildi. Jami 0 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan 38 nafar bemor bolalar najasidan adenovirus antigeni shahar sanitariya-epidemiologiya markazining virusologiya laboratoriyasida o'tkazilgan immunoferment tahlil (IFT) ma'lumotlari yordamida aniqlandi.

Tadqiqot natijalari: Bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimoti quyidagicha: 0-6 oylik 6 nafarni (15,7%), 6 oylikdan 1 yoshgacha bo'lgan bolalar 12 nafarni (31,5%), 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar 12 nafar (31,5%), 3 yoshdan 5 yoshgacha 8 nafar (21%) bemorni tashkil etdi. Adenovirusli infeksiya o'g'il bolalarning 18 nafarida (47,3%) qiz bolalarning 20 nafarida (52,6%) uchradi, Mavsumiyliги bo'yicha 12 nafar (31,5%) bola kuz faslida, 8 nafar (21%) bola qish faslida, 14 nafar (36,8%) bola bahor faslida, 4 nafar (10,5%) bola yoz faslida kasallangan. Ma'lumki adenovirusli infeksiya nafaqat me'da ichak trakti a'zolarining zararlanishi bilan kechadi, balki kasallik yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi bilan ham namoyon bo'ladi. 12 nafar (31,5%) bemor bolalarda mazkur kataral o'zgarishlar konyuktivit, 8 nafarida (21%) faringit, 12 nafarida (31%) rinit ko'rinishida namoyon bo'lgan.

Laborator ko'rsatkichlardan umumiy qon tahlili natijalari shuni ko'rsatadiki, 10 nafar (26%) bemorda anemiya I-darajasi, 8 nafar (21%) bemorda esa anemiyaning II- darajasi aniqlandi. Leykotsitar formula tahliliga ko'ra 12 nafar (31,5%) bolalarda leykotsitoz, 20 nafar (52,6%) bolalarda leykopeniya, 6 nafar (15,7%) bolalarda leykotsitlar miqdori me'yorida o'zgarmaganligi aniqlandi.

Xulosa: Tekshiruvlar natijasidan shu aniqlandiki, OIV bilan zararlangan bolalar orasida adenovirus infeksiyasi 20,7% hollarda uchradi. Kasallik asosa 1 yoshdan 3 yoshgacha sun'iy va aralash ovqatlanishda bo'lgan o'g'il bolalar orasida asosan kuz va qish mavsumlarida ko'proq uchraganligi aniqlandi. Bemor bolalarda kasallik kataral belgilar 31,5% hollarda kon'yuktivit ko'rinishida namoyon bo'ldi.

GIPERAKTIV SINDROM RIVOJLANGAN BOG'CHA YOSHIDAGI BOLALARDA KOGNITIV VA PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLAR STRUKTURASI VA PSIXOKORREKSIYASI

Madirimova L.O., Tangriberganova N.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ilmiy manbalardan va JSST ma'lumotlariga ko'ra, bugungi kunda dunyo aholisi orasida yosh bolalar oorasida turli kasalliklar va sindromlar soni oshib bormoqda. Bu sindromlardan biri hozirgi rivojlanib borayotgan davrda bog'cha yoshidagi bolalarda yuqori intensivlikda paydo bo'layotgan sindromlardan biri giperdinamik sindromdir. JSST ma'lumotlariga ko'ra, giperdinamik sindrom rivojlangan bolalar dunyo axolisining 3% dan 5% gacha kismini tashkil kiladi. Giperdinamik sindromni namoyon bo'lishida uchta asosiy simptomlar guruxiga ajratish mumkin: buzilgan diqqat, impulsivlik va giperaktivlik. Ko'plab o'kituvchilar, ota-onalar va shifokorlar giperaktiv sindromi bor bolalar bilan ishlashda, yashashda qiyinchiliklarga duchor bo'lishayotgaidan aziyat

chekishmokdalar, kech tashxis qo'yish va tuzatishning vaktida olib bormaslik natijasida oiladagi muammolarga, asotsial hatti-xarakatlarning shakillanishiga olib kelishi mumkin. Bu asosan giperaktiv sindromli bolalarda psixoemotsional buzilishlarni o'rganish dolzarbligini. Yuqoridagi ko'rsatkichlardan ko'rinib turibdiki, giperaktiv sindromi bor bolalar asosan 3yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida ko'p uchrashi o'sib .Bu o'z navbatida kasallikning yuzaga chikishidagi va uning turli xildagi og'ir asorstlarga olib keluvchi omillarni bartaraf qilishni talab qiladi .

Dolzarbligi. Mazkur ilmiy izlanishda bolarda rivojlangan giperaktiv sindrom fonida shakllangan xulq-atvor va psixoemotsional buzilishlar strukturasi o'zaro taqqoslangan holda o'rganilgan holda, ularni korrektsiya qilish metodlari ishlab chiqiladi

Maqsad. Giperaktiv sindrom rivojlangan bog'cha yoshidagi bolalarda kognitiv va psixoemotsional buzilishlar strukturasi o'rganish va tibbiy-psixologik yordam ko'rsatishni takomillashtirish

Materiallar va tekshirish Tadqiqot ishi TTA Urganch filiali Bolalar bo'limida davolanayotgan giperaktiv sindrom belgilari rivojlangan bolalarda olib borildi. Bolalar 3-6 yoshgacha bo'lgan 96 nafar bemor tanlab olinadi. SHulardan 60 nafari o'g'il bolalar, 36 nafari qiz bolalar. Nazorat guruhini shu yoshdagi 20 nafar sog'lom bolalar tashkil qildi. Barcha bemorlarning tibbiy-psixologik statusi maxsus shkala (Ibodullaev Z.R, 2008) yordamida o'rganildi.

Natijalar. Psixo-emotsional statusni tekshirish natijasida giper aktiv sindrom bilan kasallangan bog'cha yoshidagi bolalar olingan 60 ta bolaning ichidan 40 tasini tashkil qildi. Natijalarni olishda sog'lom bolalar guruhiga ham e'tibor berildi.

Xulosa. TTA Urganch filiali klinikasi bolalar bo'limida bog'cha yoshidagi bolalarda giperaktiv sindromni erta davrlarda aniqlash va sindrom fonida rivojlangan xulq-atvor va psixoemotsional buzilishlarni zamonaviy psixodiagnostik metodlardan foydalangan holda aniqlash, ularning darajasiga baxo berish va o'z vaqtida individual ravishda tibbiy-psixologik korrektsiya metodlaridan foydalanish orqali, ularda sindrom fonida rivojlanuvchi, bolaning kelajagiga ta'sir qiluvchihavfli asoratlarini oldini olishga qaratilgan chora tadbirlarni amaliyotga tadbiq qilishga yordam beradi.

TIZIMLI VASKULITLAR RIVOJLANISHIDA KORONAVIRUS (COVID-19) INFEKSIYASINING AHAMIYATI

Normuradov A.D., Jurayeva E.R., Agzamova G.S.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Tadqiqot maqsadi. Tizimli vaskulitlar rivojlanishiga Koronavirus infeksiyasining (Covid-19) ta'sirini o'rganish.

Material va usullar. Tadqiqot manbai sifatida Toshkent Tibbiyot Akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining Revmatologiya va Kardiorevmatologiya bo'limlarida davolangan 40 nafar Tizimli vaskuliti bor bemorlar tanlandi. Ular o'z navbatida ikkita: asosiy va nazorat guruhlariga ajratildi. Asosiy guruhga Koronavirus infeksiyasidan so'ng paydo bo'lgan Tizimli vaskulitli 20 nafar bemorlardan (o'rtacha yoshi 35,4 yosh, erkaklar- 11 nafar, ayollar- 9 nafar) iborat bo'ldi. Nazorat guruhi Tizimli vaskuliti mavjud Koronavirus infeksiyasi o'tkazmagan 20 nafar bemorlardan (o'rtacha yoshi 38,6 yosh, ayollar-13 nafar, erkaklar 7 nafar) tashkil topdi. Barcha bemorlardan anamnez yig'ish, obyektiv ko'rik, klinik simptomlar hamda laborator instrumental tekshiruvlarni aniqlash orqali Tizimli vaskulitlarni qaysi klinik varianti uchrashaniqlandi. Tadqiqot natijalari. Asosiy guruh bemorlarda 8 (40%) nafarida Gemorragik vaskulit jumladan 5 nafarida (25%) teri, bo'g'im, abdominal sindromi va buyrak zararlanishi bilan kechuvi va 3 nafarida (15%) buyrak zararlanishisiz kechuvi aniqlandi. 7 nafar (35%) bemorlarda esa Vegener granulematozi, jumladan 5 nafarida (25%) lokal turi yuqori nafas yo'llari va ko'z zararlanishi bilan o'tkir kechuvi, buyrak zararlanishi bilan; 2 nafar (10%) bemorda yuqori nafas yo'llari zararlanishi

yuqori darajada faollik o'tkir osti kechuvi buyrak zararlanishisiz kuzatildi. Qolgan 5 nafar (25 %) asosiy guruh bemorlarda Tugunchali poliartrit faol davri o'tkir kechishi teri,bo'g'im,o'pka,buyrak va asab tizimi zararlanishi bilan kechishi aniqlandi.Nazorat guruh bemorlarda 6 nafarida (30%) Gemorragik vaskulit ,jumladan 2 nafarida(10%) teri,bo'g'im,abdominal sindrom va buyrak zararlanishi bilan hamda 4 nafar (20%) bemorlarda buyrak zararlanishi kuzatilmadi.8 nafar bemorlarda (40%) Poliagitli granulematoz jumladan 3 nafarida (15%) lokal turi yuqori nafas yo'llari va ko'z zararlanishi bilan o'tkir kechuvi, buyrak zararlanishi bilan; qolgan 5 nafarida (25%) yuqori nafas yo'llari zararlanishi faollik II o'tkir osti kechuvi buyrak zararlanishisiz kuzatildi. Qolgan 6 nafar(30%) nazorat guruhibemorlardaTugunchali poliartrit o'tkir osti kechuvi faol davri,teri,bo'g'im,qon tomir va buyrak zararlanishi bilan kuzatildi.

Xulosa Olingan ma'lumotlarga ko'ra asosiy guruh bemorlarda Tizimli vaskulitlar klinik variantlarini klinik kechishi nazorat guruhi bemorlarga nisbatan o'tkir hamda poliorgan zararlanishi bilan og'ir asoratli kechishi aniqlandi.Koronavirus infeksiyasi Tizimli vaskulitlar rivojlanishiga uni og'ir asoratlar bilan kechishiga trigger bo'lib xizmat qilishi isbotlandi.

CHINNI ISHLAB CHIQRISH KORXONASI ASOSIY ISH JOYLARIDA SHOVQIN DARAJASINI O'RGANISH

Tashpulatova M.N., Mansurova K.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Yangi O'zbekistonda har bir sohada, jumladan, ishlab chiqarishning turli tarmoqlari, aynan sifatli va arzon chinni mahsulotlarini ishlab chiqarishga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Chinni ishlab chiqarish jarayonida mikroiklim, chang va kimyoviy omillar qatorida shovqin ham kun davomida ishchilar organizmiga ta'sir ko'rsatadi. Inson qulog'i 1 soniya (sekund) da 16 dan 20000 Gs gacha bo'lgan tebranishlarni tovush sifatida qabul qiladi. Shovqin – turli chastotali turli jadallikdagi va balandlikdagi tovushlarning tartibsiz majmuasi ya'ni yig'indisidir.

Shovqinning asosiy manbai bo'lib tegirmonlar va qorishma tayyorlov sexlaridagi nasoslarining ishlashi, konveyer tasmasining harakati, shpindel quyish va qoliplash uskunalari, kuydirish pechlarining gaz yondirichlari, shuningdek ventilyatsiya tizimlaridagi shovqindir. Shovqinning spektral tarkibini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, o'rta va yuqori chastotalarda shovqin intensivligi me'yordan biroz oshib, 250-4000 Gs chastotalarda maksimal tovush energiyasiga yetadi. Chinni mahsulotlariga sayqal berish doimiy ish joylarida sayqallanish jarayonida purkagich diskklarining 2800 ayl/daq. tezlikda aylanishi shovqinning yana bir manbai bo'lib xisoblanadi. Shovqin darajasi RED dan 4dBAgga yuqori. Tabiatan shovqin kelib chiqishiga ko'ra doimiy va doimiy bo'lmagan turlarga bo'linadi. Chastota xususiyatlariga ko'ra, shovqin o'rta va yuqori chastotali bo'ladi. Shuningdek maksimal tovush energiyasi 250, 500, 1000, 2000 va 4000 Gtsli chastotalarda qayd etiladi.

Qorishma tayyorlov sexlarining doimiy ish joylarida 6-16 dB chastotali spektrlarida 250-4000 Gsda masofadan boshqarish pultida yuqori tovush darajasi qayd etilgan. Shunday qilib, ishchilarning organizmiga sanoat shovqinining ta'siri asosan uning intensivligi va sifat xususiyatlariga (chastota tarkibi, vaqt xususiyatlari - doimiy yoki impulsli shovqin), ish tajribasi, organizmning individual xususiyatlariga, boshqa sanoat va sanitariya omillarining birgalikdagi harakatiga, mehnatning og'irligi va keskinligiga bog'liq.

Ishlab chiqarishda shovqinga qarshi kurash murakkab muammolardan biri hisoblanadi. Shovqin omili hosil qiluvchi qurilmalarning tovush intensivligini kamaytirish maqsadida shovqindan himoyalovchi kojuxlar va shovqin yutuvchi moslamalar o'rnatilishi, ishchilarini zamonaviy shaxsiy himoya vositalari bilan to'liq ta'minlash, O'zRes SSV ning 29.08.2012 yildagi 200-sonli buyrug'iga binoan ishga kirishdan avvalgi dastlabki tibbiy ko'rik va ish davomidagi davriy tibbiy ko'riklarni to'laqonli o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

ABU ALI IBN SINO HORIJLIKLAR NIGOHIDA

Raximova Z.M., Omonova G.S., Duschanova R.Yu.
*Ibn Sino Respublika Jamoat fondi Xorazm viloyati xududiy boshqarmasi,
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali*

Maʼlumki, Movarounnahr zamini oʻrta asr musulmon sharqida madaniyat va maʼrifat maskani sifatida alohida dong taratgan oʻlka hisoblangan. Yurtimizdan yetishib chiqqan al-Xorazmiy, al-Fargʻoniy, al-Forobiy, Beruniy, Zamaxshariy va Abu Ali ibn Sino kabi buyuk alloma, qomusiy olimlarning ilmiy merosi haqli ravishda umumbashariy mulkka aylangan.

Ayniqsa Ibn Sinoning jahon fani va madaniyati rivojiga qoʻshgan hissasini eʼtiborga olib, ayrim olimlar? Masalan, Jordano Bruno Ibn Sinoni qadimgi Yunonistonning buyuk faylasufi Aristotel, tabib (vrach) Galenlar bilan teng qatorga qoʻysa, A.Dante oʻzining “Ilohiy komediya” asarida olimni Ptolomey, Yevklid, Gippokratlarga tenglashtiradi.

Nemis faylasufi L.Feyerbax olimni “Mahhur tabib va faylasuf”dir desa, Hindistonning buyuk davlat arbobi J.Neru oʻzining “Hindistonning ochilishi” degan asarida Oʻrta Osiyo olimlarini tilga olar ekan, Ibn Sino nomini alohida taʼkidlab: “Ulardan eng mashhuri tabiblar (vrachlar) podshohi degan nomni olgan buxorolik Ibn Sino – (Avitsenna)dir”, - deb, hurmat bilan tilga oladi. Allomaning buyuk tabib ekanligiga koʻpgina xorijiy davlat arboblari, olimlar tan berishgan. Misol sifatida yana keltirishim mumkinki, 2017-yil 28-30-avgust kunlari Samarqandda boʻlib oʻtgan “Jahon tamadduni tarixida Markaziy Osiyo Renessansi” mavzusidagi xalqaro ilmiy konferensiyada “Biz oʻtmishdagi tibbiyot yoki bugungi zamon meditsinasi haqida gapirganda, birinchi navbatda, Abu Ali ibn Sino qarashlariga tayanamiz, - deydi Fransiyadagi Avitsenna assotsiatsiyasi prezidenti Mark Bonnel.

Yuqorida keltirilgan fikrlar asosida shuni aytish mumkinki, buyuk mutafakkir olim, vatandoshimiz, buyuk ensiklopedist, oʻz zamonasining eng yetuk kishisi, zamonamizning faxrli ajdodlaridan biri Abu Ali ibn Sino va uning ilmiy merosi, u yaratgan durdona asarlar doimo barcha uchun qadrli va muhim qoʻllanma boʻlib qoladi. Kelgusi avlod ham xuddi biz kabi bu ilmiy merosni oʻrganadi va zoʻr ishtiyoq bilan qadrlaydi va yanada koʻproq tadqiq qiladi.

KORONAVIRUS INFEKSIYASI BILAN OGʻRIGAN BEMORLARDA INTERFERON SINTEZINING KECHISH XUSUSIYATLARI.

Raximberganov S.R., Ulliyeva N.Yu.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Interferonlar ham sitokinlar oilasi hisoblanadi. Ular protovirus va antiproliferativ aktivlikka ega. Bir qancha guruhlariga ajratiladi. Biokimyoviy tarkibi esa glikoprotein molekularidir. Serologik jihatdan 2 guruhga boʻlinadi. 1-guruhi alfa, betta, omega interferonlarni oʻz ichiga olib, ular protovirus va shishga qarshi taʼsir samaraga egadir. 2guruhi esa IFN gammani oʻz ichiga oladi. U maxsus va nomaxsus immun reaksiyalarda qatnashadi. 1chi guruh vakillari oligoadenilat sinteziga taʼsir etib, virusning DNK va RNK sintezini izdan chiqaradi. Shuningdek, T-killerlarning reaksiyalarini kuchaytirib beradi. Interferon gamma T limfotsitlarda shakllanadi. Th0 va Th1 hujayralarning differensiallanishini stimullaydi.

Koronavirus SARSCoV-2, COVID-19ga sabab boʻlgan koronaviruslar interferonga nisbatan zaif hisoblanadi. SARSCoV-2 organizmga kirib boradigan joyda interferon molekulari yetarli boʻlsa, virus koʻpaya olmaydi. Biroq, koronavirus bu zaiflikni har qanday usulda yengish uchun turli xil oqsillarga ega: jumladan virus hujumi kechganda interferonlar sintezi uchun signal beriladi, ammo koronavirus proteinlari taʼsirida bu signal bloklanishi mumkinligi aniqlangan. Shu bilan interferonlar sintezi kamaytiriladi. Agar signal toʻliq hosil boʻlsa, uning sintezini ham buzishi mumkin. Normal sintezlagan interferonlarning faoliyati esa sustlashtiriladi. Bu koronavirus hujumiga organizmning interferon javobini sezilarli darajada kechiktiradi. Virus deyarli barcha toʻqimalar va organlarga toʻsiqsiz koʻpayish va zarar yetkazish uchun vaqt topadi.

Interferonning kechiktirilgan javoblari immunitet faolligining oshishiga olib keladi va juda ko'p sonli signalizatsiya molekulalari — sitokinlarni ishlab chiqaradi. Sitokinlaryaqin atrofdagi normal hujayralarni shikastlaydigan darajada "sitokin bo'ron" ning giperyallig'lanishini rag'batlantiradi. Interferonshuningdek, sitokinlarni, uning kechiktirilgan javoblari sitokin bo'ronini kuchaytiradi. Klinik

tadqiqotlarda COVID-19 ning kuchayganligi va interferon ishlab chiqarishning kamligi o'rtasida immun osabatlar ko'rsatildi. Parij universiteti va Paster institutida o'tkazilgan dastlabki tadqiqotlardan biri COVID-19 da og'ir sharoitlar SARS-CoV-2 ning tanadagi interferon ishlab chiqarishini bostirish qobiliyati bilan bog'liq bo'ldi. Olimlar bemorlarning 95% hollarda past interferon darajasi va interferonni rag'batlantiradigan genlar faoliyatini bostirish nafas yetishmovchiligi va sun'iy o'pka ventilyatsiyasini talab o'tkir respirator distress sindromini olib keladi, deb topildi. Bemorlarning turli davrlarida o'tkazilgan bir qator tahlil natijalari aniq qaramlikni aniqladi. Yengil va o'rtacha og'ir darajadagi bemorlarda interferon normadan kamayganligi, og'ir darajadagi bemorlarda sezilarli kamayganini, o'ta og'ir darajadagi bemorlarda esa mutlaqo yo'qolganligi ham aniqlandi.

INTERLEYKIN-5 SINTEZI O'ZIGA XOSLIGI, UNGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR. HUJAYRAGA BIRIKISH MEXANIZMNI MAXSUS RETSEPTORINING BOKIMYOVIY TUZILISHI

Raximberganov S.R., Ulliyeva N.Yu.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Immun tizimining bir qismi sifatida sitokinlar qator himoya reaksiyalari va o'ziga xos xususiyatlari o'rtasidagi munosabatni o'z ichiga oladi. Ular antigenik xususiyatlarga ega emas, biologik ta'sir natijasida hujayralari funktsional faoliyatini tug'ma reaksiyalarda ishtirok etish orqali boshqaradi va immunitetga ega bo'lishni ta'minlaydi. Organizmda kechuvchi reaksiyalar mexanizmini bilish bilan esa ularni boshqarish, ta'sir effektini o'zgartirish mumkin. Hozirgi davrda koronavirus infeksiyasi bilan zararlangan bemorlarda ham qator sitokinlar, ya'ni IL-1 β , IL-5, IL-6, IL-8, IL-18, IL-33, shuningdek, xemokinlardan CCL2, CCL3, CCL5, CXCL9, CXCL10 sintezining kuchayganligini kuzatish mumkin. Shulardan IL-5ning o'ziga xosligi bilan tanishib chiqamiz:

Sitokinlarning katta qismi deyarli bir xil hujayralarda ishlab chiqariladi. To'qima maxsusligiga ega bo'lgan sitokinlar aynan shu to'qimaning rivojlanish davrida unga moslashib boradi. Interleykin 5 asosan T-xelperlarda sintezlanadi. Bundan tashqari T-killerlarda sintezlanishi ham mumkin. Bunday holat eozinofiliya davrida kuzatilib, asmotik holatdan dalolat beradi. Agar organizmda T-hujayralar defitsiti bo'lsa, IL-5 sintezi taloq hujayralari tomonidan amalga oshiriladi. U qon yaratuvchi va immune javobni amalga oshiruvchi sitokinlar oilasining vakili hisoblanadi. Uning sintezi unga javobgar bo'lgan genlar ekspressiyasidan boshlanadi. Keyin shu asosda m-RNK shakllanadi. Transkripsiyasi esa de novo oqsili bilan bog'ligi aniqlangan. Shu oqsilning ingibitorlarini (siklogeksimid, anizomitsin) qo'llash esa bu jarayonning to'xtashiga olib keladi. Birlamchi limfotsitlar faollashuvi sustlashadi, lekin ba'zi interleykinlarning m-RNK sintezi to'liq kechishi mumkin. IL-5 ni kodlovchi gen eukariot hujayra uchun standart hisoblanadi. Uning o'lchami, birlamchi tuzilishi 4 ekzon tomonidan kodlanadi. Uning geni ekspressiya darajasi ham oqsil molekulalar tomonidan transkripsiya darajasi, initsiatsiya jarayonlari boshqariladi. Bundan tashqari glukokortikoidlar va eozinofillar ta'sirida ham ekspressiya o'zgarganligi aniqlangan. Ya'ni eozinofiliya davrida ham IL-5ning konsentratsiyasi qonda oshgan. Rinit, astma shuningdek nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklarida IL-5 oshadi. Glukokortikoidlar bilan transkripsiyani pasaytirish mumkin. IL-5 B-hujayralar faoliyatiga ijobiy ta'siro'tkazadi. Sitokinlarning ta'siri normal o'tishi uchun esa ularni hujayraga birikishini ta'minlaydigan retseptorlar muhim ahamiyatga ega. Sitokinlarning barchasining retseptorlari transmembranaviy joylashgan glikoproteinlardir. Uning hujayradan tashqi qismi sitokinlarga bog'lanadi. IL-5ning maxsus retseptori 2 ta subbirlikdan iborat. Alfa va betta zanjirlari bor. Alfa zanjiri 45 kDa og'irlikka ega bo'lib, hujayra ichiga signal o'tishini ta'minlaydi.

BEMORLARGA DORI MODDALARINI TAYINLASHDA DORILARNING HAYOT UCHUN XAVFLI KOMBINATSIYALARINI BILISHNING AHAMIYATI

Raximova X.A.

FJSTI

Hozirgi kunda tibbiyot xodimlarinig aksriyati bemorlarga dori vositalarini tayinlashda dorilarning hayot uchun xavf tug'diradigan kombinatsiyalari borligini bilmasliklari turli xil ko'ngilsizliklarga sabab bo'lmoqda. Ular Sog'likni saqlash vazirligining 2010 yil 18 iyundagi 191-sonli "Davolash- profilaktika muassasalarida dori vositalarini tayinlash hamda bemorning dori vositalarini qabul qilish, saqlash va qo'llash tartibi, shuningdek dorixona muassasalari tomonidan aholiga dori vositalarini retsept asosida berish to'g'risidagi nizomni" tasdiqlash to'g'risidagi buyruqning 1- ilovasida keltirilgandori vositalarining hayot uchun havfli kombinatsiyalari ro'yxatini o'qib chiqib, bemorlarga dorilarni tayinlashda xatoliklarga yo'l qo'ymasliklari lozim. Masalan:

1. Rux- kortikotropin bilan vaksinalarni
2. Kortikosteroidlar bilan vaksinalarni
3. Trankvilizatorlar bilan nialamidni
4. Fenamin bilan nialamidni
5. Aminoglikozidlar bilan mioreleksantlarni
6. Nialamid, vitamin B₁ hamda adrenalinni
7. Furosemid bilan digitoksinni

8. Furosemid bilan mioreleksantlarni birgalikda tayinlamasligi kerak chunki bu dorilar birgalikda tayinlansa turli xavfli holatlarni yuzaga keltirishi mumkinligini,

Ranitidin bilan eritromitsinni birga tayinlansi quloq karligiga sabab bo'lishligini,

Penisillin bilan antikoagulyantlar birgalikda qo'llanilsa qon ketish xavfi oshishini,

Izoniazid bilan nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita qo'llanilsa o'tkir gepatitni keltirib chiqarishini bilishi kerak. Bemorlarga esa dorilardan noto'g'ri foydalanish oqibatida kelib chiqadigan salbiy oqibatlarni, xavfsiz foydalanish qoidalarini tushuntirib borish kerak. Masalan:

- tetratsiklin guruhiga kiruvchi vositalarni tvorog, dukkaklilar va pishloq bilan;

-temir saqlovchilarni yong'oqlar bilan

- antitrombotik vositalarni ismaloq va karam bilan;

- antibiotiklarni nordon mevalar va sirka qo'shilgan ovqat bilan;

- asetilsalitsil kislotasi va sitrus mevalari bilan qabul qilib bo'lmasligini

-choy bilan antidepressantlarni birgalikda qo'llansa ortiqcha qo'zg'alish vujudga kelishini

-yurak uchun, oshqozon uchun dorilarni ham choy bilan ichib bo'lmasligini

Antibiotiklarni va yurak uchun dorilarni sut bilan qabul qilib bo'lmasligini eslatib turish kerak. Eng yaxshisi dorilarni xona haroratidagi oddiy qaynatilgan yoki sotuvdagi gazziz kamida yarim stakan suv bilan iste'mol qilish lozimligini tushuntirib borishi kerak. Buning uchun shifokorlar har bir dorining yo'riqnomasi bilan yaqindan tanishib borishi kerak.

AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI.

Raxmanova N.X., Egamova M.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida autoimmun tireoidit kasalligi 5-26 % gacha uchraydi. Ko'pincha autoimmun tireoidit kasalligi eutireoid shaklda bo'lganligi sababli ayollarimiz sog'ligidan shikoyat qilmaydi, shuning uchun tashxislash qiyinchilik tug'diradi. Faqat gipoteroid shaklda klinikasi namoyon bo'lgandagina shifokorga murojaat qilishadi va shundan keyingina aniqlash imkoni bo'ladi. Autoimmun tireoidit natijasida reproduktiv yoshdagi ayollar orasida 2%

hollarda asosiy gipotireoidizm rivojlanadi. Gipotireoidizm patogenezining asosi tireoid gormonlarning yetishmasligi tufayli energiya almashinuvining buzilishi bo'lib, bu asosiy metabolizmning pasayishiga olib keladi. Metabolik o'zgarishlar natijasida turli organlar va tizimlar faoliyatining buzilishi, shu jumladan reproduktiv tizim disfunktsiyasining klinik ko'rinishlari rivojlanadi. Gipotireoidizmning mavjudligi ikkilamchi giperprolaktinemiya, galaktoreya va hayz siklida turli xil buzilishlar rivojlanishiga olib keladi. Bu disfunktsiyalar, birinchi navbatda, tireotropin-relizing gormonining gipotalamus giperproduksiyasi va uning tireotropik gormon va prolaktin ishlab chiqarishida rag'batlantiruvchi ta'siri bilan bog'liq. Gipotireoid holatning uzoq muddatli mavjudligi adenogipofiz stimulyatsiyasi va ikkilamchi gipofiz adenomasining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt davomida kompensatsiyalanmagan holda mavjud bo'lgan gipotireoidizm ovulyatsiya disfunktsiyasiga va bepushtlikning rivojlanishiga olib keladi. Xorijiy adabiyotlarga ko'ra, gipotireoidizm bilan og'rikan ayollarda bepushtlik 2-34% hollarda aniqlanadi.

2020-yil noyabr oyidan 2021-yil sentabr oyigacha "Akusherlik va ginekologiya" kafedrasiga murojaat qilgan autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi 19 ta ayollardan 9 tasida (47%) bepushtlik, 7 ta (37%) homilador bo'lgan ayollarda homilani rivojlanishdan orqada qolishi, 3 tasida (16%) hayz siklining buzilish holatlari kuzatildi.

Xulosa: Ayollarimizni reproduktiv salomatligini sog'lomlashtirish maqsadida har 6 oyda chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rikdan o'tirish, uchastka akusher-ginekologlari ayollar tibbiy madaniyatini oshirish uchun targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borishlari zarur. Autoimmun tireoidit kasalligi aniqlanganda bemorlarga kasallik haqida endokrinolog, ginekolog mutaxassislar birgalikda batafsil ma'lumot berishi va davolashi kerak.

ERTA YOSHLI BOLALARDA SIYDIK-TOSH KASALLIGI KECHISHI

Sapaev O.Q., Karimov R.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

So'ngi yillarda siydik-tosh kasalligi erta yoshli bolalarda uchrashi sezilarli ko'payishi kuzatilmoqda. Ushbu yoshda kasallikning kechishi o'ziga xos va murakkab bo'lib, bola organizmida turli xil asoratlar rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Maqsad: Erta yoshli bolalarda siydik-tosh kasalligi kechishini taxlil qilish.

Tadqiqod va tekshirish usullari. 2016-2019 yillarda Xorazm viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi umumiy xirurgiya bo'limida 89 nafar erta yoshli bemor siydik-tosh kasalligi bilan murojaat qildi. Bemorlar yoshi 5 oylikdan 3 yoshgacha bo'lib, ularning 49 nafarini o'g'il bolalar, 40 nafarini qiz bolalar tashkil qildi. Kasallik buyrak va siydik chiqaruv yo'llarida tosh hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ldi. Kasallikning klinik manzarasi toshni joylashgan joyiga bog'liq xolda kuzatildi. Tashxis qo'yishda UTT tekshiruvi, umumiy rentgenografiya, ekskretor urografiya, qonning bioximiyaviy taxlili va siydikning laborator tekshiruv usullari o'tkazildi. Toshning asoratlanishi, joylashgan joyi va o'lchamlariga qarab, konservativ va operativ davo muolajalari o'tkazildi.

Natijalar. Kasallikning kechishida quyidagi klinik belgilar muxim rol o'ynadi:

Kasallikning nasliy oilaviy xarakterda ekanligi: bemor ota-onasi, yaqin qarindoshlarida siydik-tosh kasalligining bo'lishi - 40%

Kasallikning simptomsiz kechishi - 10%

Bemorning bezovta bo'lishi - 40%

Gematuriya bo'lishi - 20%

Dizuriya bo'lishi - 40%

Qayt qilish - 20%

Tana haroratining ko'tarilishi - 40%

Mayda tosh, kristallarning siydik bilan chiqishi - 10%

Xulosa. Kasallikning kechishida yuqoridagi klinik belgilar muxim rol o'ynab, erta yoshli bolalarda mazkur belgilardan 3 tasi bor bo'lgan bemorlarni chuqur diagnostik tekshiruvlardan o'tkazishni va kuzatuvda bo'lishini taqazo qiladi.

SURXONDARYO XUDUDIDA REGISTR-2018 BO'YICHA INSULTLAR TAXLILI

Usmanova D.D., Iskandarova D.E.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Tadqiqod maqsadi insultning milliy registrini taxlil qilish orqali kasallikni davolash, oldini olish hamda ambulator va stasionar yordamni takomillashtirish bo'yicha tavsiyalar kiritishdan iborat.

Tadqiqod material va uslublari. Surxondaryo viloyatining 10 ta tumanidan 2018 yil davomida yig'ilgan 1008 ta anketalar taxlil qilindi. Bemorlar yosh jihatdan Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti taklif etgan 4 guruhga ajratildi va registr bo'yicha insultning turi, zararlangan bosh miya o'chog'i, anamnezi, asosiy xavf omillari, davolash o'tkazilgan joyi va natijalari o'rganildi.

Tadqiqod natijalari. O'rganilgan bemorlarning 36 % (n=363) ayollar, 62 % (n=645) erkaklar bo'lagan. Yosh bo'yicha bemorlarning 1 % uzoq umr ko'ruvchilar (90 yosh va undan kattalar), 11 % qariyalar (75-89 yosh), 46 % keksalar (60-74 yoshlilar), 32 % o'rta (45-59) yoshlilar, 10 % (18-44 yoshli) yoshlarni taskil etgan.

Bemorlarning 772 tasida ishemik, 229 tasida gemorragik va 7 tasida noaniq insult tipi kuzatilgan bo'lib, ularning 856 tasiga stasionar, 152 tasiga uyida patronaj va ambulator ko'rinishida (asosan Uzun, Boysun, Qiziqirqiq, Jarqo'rg'on tumanlarida) tibbiy yordam ko'rsatilgan. Kasallikdan so'ng 92 % (n=927) bemor hayoti saqlanib qolgan bo'lsa, 8 % (n=81) bemor hayotdan ko'z yumgan.

Bemorlarning 570 tasida chap yarimshar, 332 tasida chap yarimshar va 106 tasida miya ustuni zararlangan. Ishemik insultda qon aylanishni buzilish basseyniga ko'ra, 79 % (n=609) da karotid, 20 % (n=153) da vertebrobazilyar xavzada buzilgan bo'lib, 1 % (n=10) da basseyni noaniq bo'lgan. Ishemik insultlar quyidagi patogenetik variantlarda kuzatilgan: 40 % (n=309) aterotrombotik, 30 % (n=232) kardioembolik, 12 % (n=93) lakunar, 10 % (n=77) gemodinamik, 8 % (61 ta) gemoreologik podtiplar.

Gemorragik insult o'tkazgan bemorlarning 36 tasida miya qorinchalariga, 13 tasida subaraxnoidal, 180 tasida parenximatoz qon quyilishi kuzatilgan.

Asosiy xavf omillaridan arterial gipertenziya 89 % (n=897), chekish 25 % (n=252), yurak kasalliklari 39 % (n=393), xilpillovchi aritmiya 21 % (n=212), miokard infarkti 11 % (n=111), dislipoproteidemiya 29 % (n=292), qandli diabet 24 % (n=242), nasliy moyillik 45 % (n=454), kamqonlik 50 % (n=504) ni tashkil etgan.

Havo og'ir metallar bilan ko'proq ifloslangan tumanlar (Uzun, Sho'rchi, Angor, Termiz, Sherobod, Denov) da insult ko'proq qayd etilgan bo'lib, o'lim soni neyrovizual tashxis usullari (multispiral kompyuter tomografiyasi, magnitno-rezonans tomografiyasi) dan kam foydalangan yoki umuman foydalanilmagan tumanlar (Uzun, Sariosiyo, Angor, Qiziriq) da ko'proq uchragan. Asosiy xavf omillari esa, ovqatlanish rasionida hayvon yog'laridan ko'p foydalanuvchi tuman xududlari (Jarqo'rg'on, Qiziriq, Boysun) ga to'g'ri kelgan.

Xulosa. Yuqoridagi ma'lumotlarning taxlili shuni ko'rsatdiki, insult asosan mehnatga layoqatli bo'lgan shaxslar orasida keng tarqalgandir. Shunga ko'ra, axoliga sog'lom turmush tarzi va to'g'ri ovqatlanish tartibini tadbiq qilish, davolashda zamonaviy tashxis usullaridan keng foydalanish va hamroh kasalliklar (yurak ishemik kasalliklari, qandli diabet) ni inobatga olish, asosiy havf omillarini kamaytirish va ekologik muammolar yechimiga jiddiy kirishish muhim ahamiyat kasb etadi.

COVID-19 KASALLIGI BILAN OG`RIGAN BEMORLARDA BUYRAK ZARALANISHLARINI O`RGANISH.

Xaytboyev J.A., Raxmanova S.S.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Maqsad: Covid-19 infeksiyasi bilan zararlangan bemorlarda siydik ayirish sistemasida kuzatiladigan klinik va laborator-instrumental o`zgarishlarni va asoratlarni o`rganish.

Materiallar va uslublar: Xorazm viloyati Urganch shaxrida joylashgan "COVID-19 kasalligini saralash va taqsimlash markazi"da koronavirus infeksiyasi bilan davolanayotgan bemorlarda "buyraklar zararlanishi" bilan bog`liq vaziyatlarni o`rganish asos qilib olindi. Markazda PZR (polimer zanjir reaksiya) usulida SARS-CoV-2 infeksiyasi tasdiqlangan bemorlarda tekshiruv ishlari olib borildi. "U-07.2 Covid-19. O`rta og`ir kechishi" bilan kasallangan 68ta bemorlar tanlab olindi va maxsus so`rovnoma o`tqazildi. So`rovnomaga asosan 44ta bemorda oxirgi 6 oy ichida buyrak kasalligi klinik belgilari kuzatilmaganligi, 19ta bemorda esa kuzatilganligi va 5ta bemorda ayni kunlarda kuzatilayotganligi aniqlandi. Ilmiy tekshiruvimizga bemorning shifoxonaga kelgan kunidagi va kasallikning 10-kunidagi sub`yektiv va ob`yektiv belgilari, dinamikadagi laborator tekshiruvlari asos qilib olindi.

Natijalar: Kasallikning boshlang`ich kunlarida ko`rsatkichlari quyidagicha edi: UQT: ley $5,7 \pm 0,3 \cdot 10^9$ ta/ml, EChT $12,2 \pm 1,1$ mm/soat, UST: ley $3,8 \pm 0,4$ ta/1, oqsil $0,4 \pm 0,1$ g/l. Nechiporenko: ley 3530 ± 214 ta/ml, erit 915 ± 83 ta/ml, sil $13,4 \pm 1,2$ ta/ml. Qon biokimyosi: umumiy oqsil $64,9 \pm 2,8$ g/l, mochevina $8,8 \pm 0,9$ mmol/l, kreatinin $91,4 \pm 12,1$ mkmol/l. Siydik bakteriologik ekmasida patologik mikroorganizmlar aniqlanmadi.

Kasallikning 10-kuniga kelib ko`rsatkichlari quyidagicha bo`ldi: Bemorlarning 51tasida buyrak zararlanishi bilan bog`liq o`zgarishlar kuzatildi. UQT: ley $12,8 \pm 1,7 \cdot 10^9$ ta/ml, EChT $25,6 \pm 2,3$ mm/soat, UST: ley $17,9 \pm 0,9$ ta/1, oqsil $1,7 \pm 0,3$ g/l. Nechiporenko: ley 13510 ± 623 ta/ml, erit 3510 ± 243 ta/ml, sil $31,4 \pm 1,2$ ta/ml. Qon biokimyosi: umumiy oqsil $59,5 \pm 1,6$ g/l, mochevina $14,7 \pm 1,4$ mmol/l, kreatinin $278,3 \pm 25,9$ mkmol/l. Siydik bakteriologik ekmasida 38ta bemorda patologik mikroorganizmlar aniqlandi: Escherichia coli-36,8%, Enterobacter spp-28,9%, Proteus vulgaris-13,1%, Staphylococcus hemaliticus-10,5%, Staphylococcus epidermidis-7,9%, Staphylococcus fecalis-2,6%, Pseudomonas aeruginosa-2,6%.

Xulosa: Covid-19 kasalligi bilan og`rigan bemorlarning 75%da buyrak zararlanishi kuzatildi. Bemorlarning 55,8% da surunkali piyelonefrit kasalligi, 19,1% da buyrak yetishmovchilik asorati kuzatildi. Kasallikning 7-9 kunlarida sub`yektiv va ob`yektiv belgilari paydo bo`ldi. Leykosituriya, bakteriuriya ishonchli oshganligi va tranzitor buyrak yetishmovchiligi paydo bo`lganligi kuzatildi. Shuni inobatga olib bemorlarga uroseptiklar va buyrakda qon aylanishini yaxshilovchi dori vositarni berish xam tavsiya qilinadi.

COVID-19 KASALLIGI BILAN OG`RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI PIELONEFRIT QO`ZISHI KUZATILGANDA SEFOTAKSIMNING ANTIBAKTERIAL SAMARADORLIGINI ANIQLASH

Xaytboyev J.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Maqsad: Covid-19 infeksiyasi bilan zararlangan surunkali piyelonefritli bemorlarda Sefotaksimning antibakterial samaradorligini aniqlash.

Materiallar va uslublar: Xorazm viloyati Urganch shaxrida joylashgan "COVID-19 taqsimlash markazi"da koronavirus infeksiyasi bilan zararlangan bemorlarda ilmiy tekshiruv ishlari olib borildi. Markazda PZR (polimer zanjir reaksiya) usulida SARS-CoV-2 infeksiyasi va klinik-laborator "Surunkali piyelonefrit, qo`zish davri" tasdiqlangan 38ta bemor tanlab olindi va ularga Sefotaksim 1.0 gr. x 2 maxal 5kun davomida qo`llanildi. Ilmiy tekshiruvimizga bemorning

shifoxonaga kelgan kunidagi va kasallikning 10-kunidagi sub`yektiv va ob`yektiv belgilari, dinamikadagi laborator-instrumental tekshiruvlari asos qilib olindi.

Natijalar: Davodan oldin laborator ko`rsatkichlari quyidagicha edi:

UQT:ley 12,8±1,7*10⁹ta/ml, ECHT 25,6±2,3mm/soat, UST:ley 17,9±0,9ta/1, oqsil 1,7±0,3g/l. Nechiporenko:ley 13510±623ta/ml, erit 3510±243ta/ml, sil 31,4±1,2ta/ml. Qon biokimyosi: umumiy oqsil 59,5±1,6g/l, mochevina 14,7±1,4mmol/l, kreatinin 278,3±25,9mkmol/l. Siydik bakteriologik ekmasida 38ta bemorda patologik mikroorganizmlar aniqlandi: Escherichia coli-36,8%, Enterobacter spp-28,9%, Proteus vulgaris-13,1%, Staphylococcus hemaliticus-10,5%, Staphylococcus epidermidis-7,9%, Staphylococcus fecalis-2,6%, Pseudomonas aeruginosa-2,6%. Covid-19 kasalligiga qarshi o`tzatilgan standart terapevtik muolajalarga qaramasdan, kasallikning 3-kuniga kelib bemorlarda belda og`rik, dizurik, yallig`lanish belgilari kuzatila boshlandi.

Davodan keyingi laborator ko`rsatkichlari quyidagicha bo`ldi:

UQT:ley 5,5±0,4*10⁹ ta/ml, ECHT 11,2±1,1mm/soat, UST:ley 3,9±0,5 ta/1, oqsil 2,3±0,6 g/l. Nechiporenko:ley 3030±224 ta/ml, erit 1015±102 ta/ml, sil 15,4±1,1ta/ml. Qon biokimyosi: umumiy oqsil 61,9±1,8g/l, mochevina 12,8±1,2mmol/l, kreatinin 211,4±32,1mkmol/l. Siydik bakteriologik ekmasida patologik mikroorganizmlar aniqlanmadi. O`tzatilgan terapevtik muolajalardan 2-3 kundan keyin bemorlarda belda og`rik, dizurik, yallig`lanish belgilari yaxshilana bordi, 8-9 kunlarda butunlay o`zlarini yaxshi xis qila boshladi.

Xulosa: Covid-19 infeksiyasi bilan zararlangan "Surunkali piyelonefrit, qo`zish davri"li bemorlarda sefotaksimning antibakterial samaradorligi yuqorigi, nefrotoksik ta`siri kam ekanligi aniqlandi. Ya`ni bemorlarda leykositoz, leykosituriya, bakteriuriya ishonchli kamaydi, lekin buyrak kaptokchalar filtrasiyasi tezligi kamaymadi. Bu esa mazkur bemorlarni davolashda Sefotaksim dori vositasini qo`llash imkonini beradi.

TIBBIYOT OLIYGOHI TALABALARIGA FARMASEVTIK TERMINOLOGIYANI O`RGATISHNING DOLZARBLIGI

Xodjaeva N.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Annotatsiya: Ushbu maqolada lotin tilining tibbiyotga oid fanlarni o`rgatishdagi o`rni ko`rsatib o`tilgan. Har ikkala terminologiyada ham grek va lotin tilidagi so`z va so`z yasash elementlari muhim rol o`ynaydi. Nazariy asoslar, sxemalar va dori tayyorlash texnikasini o`rganayotganda farmasevtika texnologiyasi kursida talabalar doimo shakllar, o`simlik preparatlari va dorilarning lotincha nomlarini ishlatishga to`g`ri keladi.

Kalit so`zlar: leksika,termin,farmasiya,dori-darmon.

Lotin tili ming yillar davomida turli sohalar ayniqsa tibbiyot sohasining asosiy tili hisoblanib kelmoqda. Farmasevtika terminologiyasida lotin tili xalqaro aloqaning amaldagi vositasi bo`lib qolmoqda. Qadimgi yunon tilidagi "pharmakon" so`zi dori, sehrli ichimlik,zahar,og`u ma`nolarini anglatgan. Hamma o`zlashgan so`zlar "pharmakon" so`zi bilan bog`liq dorishunoslik ,uni ishlab chiqarish va qo`llash bilan bog`liqdir. Shunday qilib farmasiya termini (grekcha"pharmakeia- tayyorlash, dorilarni qo`llash") dori darmonlarni yangilarini kashf qilish, qidirish, tayyorlash va ishlab chiqarish, standartlashtirish va saqlashga bag`ishlangan ilmiy bilim va amaliy faoliyat sohasi bo`lib qolmasdan, shuningdek farmasevtika xizmatini boshqarish, iqtisod qilish va tashkil etish tamoyillarini o`rganish ma`nolariga egadir. Ushbu sohada o`rta yoki oliy ma`lumotli ishlaydigan mutaxassislarni farmasevtlar (grekcha pharmakeutes — dori, sehrli ichimlik tayyorlaydigan insonlar) deb atalgan.

Farmakologiya fanini o`rganishda lotin tilida retsept yozish amaliyoti o`zlashtiriladi. Farmakoterapiya jarayonida dori vositalarini organizmga ta`siriga ko`ra turli xil farmakoterapik guruhlarga bo`linadi,masalan: anestetiklar (og`riq qoldiruvchilar),androgenlar (erkak garmolari preparatlari) antikoagulyantlar (qon ivishiga to`sqinlik qiluvchi) gipertensivpreparatlar (qon bosimini tushuradigan) va boshqalar. Shunday qilib, farmakologiyada tibbiyot va farmakologiyani

tushunish uchun muhim terminlar ya'ni minglagan atamalar majmui qo'llaniladi. Har ikkala terminologiyada ham grek va lotin tilidagi so'z va so'z yasash elementlari muhim rol o'ynaydi. Nazariy asoslar, sxemalar va dori tayyorlash texnikasini o'rganayotganda farmasevtika texnologiyasi kursida talabalar doimo shakllar, o'simlik preparatlari va dorilarning lotincha nomlarini ishlatishga to'g'ri keladi (tabulettae — tabletkalar, solutiones — eritmalar, tincturae — tindirmalar). Bo'lajak texnolog lotin tilida yozilgan, tayyorlangan retseptni o'qishga va tushunishga qodir bo'lishi kerak.

Shu o'rinda milliy tillarning kuchli raqobatini hisobga olish kerak. Ba'zi mamlakatlarda retseptlarda milliy tillar afzal ko'rilgan bo'lsa-da, ko'p mamlakatlarda lotin tili ustunlik qilishda davom etmoqda va dorilarning standart xalqaro nomenklaturasi lotin versiyasiga asoslangan. Ko'rib turganingizdek, terminologiya ikkinchi darajali fan emas, balki fanning eng muhim komponentlaridan biridir. Fransuz tabiatshunosi, zamonaviy kimyo asoschisi. Antoine Laurent de Lavoisier o'zining "Kimyo haqida asosiy qarashlar" asarida shunday degan edi: "Terminologiyani fandan, fanni terminologiyadan ajratish mumkin emas, chunki har bir tabiiy fan uchta nuqtadan iborat: fanning mazmunidan iborat bo'lgan faktlardan, undan hosil bo'lgan qarashlardan va bu qarashlar ifodalanadigan terminlardan iboratdir."

XORAZM VILOYATIDA KOVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARDA GASTROENTEROLOGIK BUZILISH XUSUSIYATLARI

Zargarova N.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Maqsad. Xorazm viloyati COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda oshqozon-ichak trakti kasalliklari klinik ko'rinish xususiyatlarini baholash edi.

Materiallar va usullar: retrospektiv tarzda, kasallik tarixi va 2020 yilda Xorazmda COVID-19 bilan kasallangan 60 bemor ambulatoriya kartalari o'rganildi. Gastroenterologik buzilishlar kasallikdan oldin va kasallikdan keyin mavjudligi o'rganildi.

Natijalar: Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kasallikdan oldin 28,3% Bemorlarda gastroenterologik patologiya kuzatilgan. Shulardan 3,3% surunkali gepatit B va C, 8,3% - surunkali xoletsistit, 6,7% surunkali gastrit B turi, 3,3% oshqozon yarasi

o'n ikki barmoqli ichak yarasi va 6,7% - irritabiy ichak sindromi. Statsionar davolanishdan 1-3 oydan keyin 46,7% da gastroenterologik patologiya kuzatilgan. Oshqozon -ichak traktida ko'p uchraydigan simptom - bu og'riq. Og'riq epigastral, mezo- va gipogastrik mintaqada - 23,3% odamda kuzatildi va diareya yoki qabziyat bilan namoyon bo'lgan. 20,0% odamlarda ich qotishi, meteorizm - 30,0% da. Ba'zi bemorlarda meteorizm asosan mahalliy xarakterga ega bo'lib, gazlar ichakning u yoki bu qismi to'planib qolgan. Gastroenterologik buzilishlar tufayli yo'g'on ichakda ikkilamchi mikroflora va ichak kinetikasi kuzatilgan. Bemorlarning ko'pchiligida astenovegetativ belgilar kuzatilgan. Bemorlarning (53,3%) asabiylashish kuzatildi. Natijada, bemorlarning 18,3 foizi uyqusizlik va bemorlarning 30,0% asossiz charchoqni his qilgan. Umumiy zaiflik so'rovda qatnashganlarning 51,6 foizi tashkil qildi. Biotsenoz buzilishlarini va og'irlik darajasini baholash uchun

gastroenterologik buzilish namoyon bo'lgan 28 (46,7%) bemorda bakteriologik tadqiqotlar o'tkazildi. Najasni bakteriologik tekshirish natijalariga ko'ra, COVID-19 bilan og'riq bemorlarda bemorlar guruhlar bo'lindi:

I - 15 (53,5%) bemorda disbiozning og'irligi aniqlandi; II - 6 da (21,4%);

III - 2 da (7,14%); IV - 3 da (10,9%). 2 (7,14%) bemorda disbioz yo'q edi.

Disbiyoz darajasidan qat'i nazar, bifidobakteriyalar va laktobakteriyalarning ichaklarning to'g'ri ishlashi uchun kerak. Shunday qilib, bemorlarda bifidobakteriyalar 16 (57,1%), laktobakteriyalar 14 ta (50,0%) da yetishmasligi kuzatildi.

Xulosa: Shunday qilib, COVID-19 dan o'tgan bemorlarning ko'pchiligida

Xorazm viloyatida gastroenterologik nojo'ya ta'sirlarning mavjudligi qayd etilgan.

Virusning to'g'ridan -to'g'ri ta'siri bilan bog'liq hodisalar kortikosteroidlar va antibiotiklardan foydalanishning nojo'ya ta'siri. Kasallikning namoyon bo'lishi ichak mikroflorasining buzilishi bilan bog'liq edi. Bemorlarning 43,3 foizida yo'g'on ichak mikroflorasi buzilishi kuzatilgan. Buni birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish zvenosidagilar ko'proq hisobga olishi kerak.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA GASTROINTESTINAL SHIKOYATLARNING TARQALGANLIGI

Zufarov P.S., Pulatova N.I., Aripdjanova Sh.S., Saidova Sh.A., Pulatova D.B.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: Yurak ishemik kasalligida (YUIK) gastrointestinal shikoyatlarning tarqalganligini baxolash.

Materiallar va metodlar: Ko'p tarmoqli klinika sharoitida anketa so'rovnomasi usuli bilan 96 nafar YUIK bor bemorlar tekshirildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $62,3 \pm 2,7$ ni tashkil qildi (erkaklar-32 (33%), ayollar-64 nafar (67%).

Natijalar. 89 nafar patsientlarda (92,8%) ovqat xazm qilish tizimi tomonidan shikoyatlar borligi aniqlandi. So'rovnoma bo'yicha o'rtacha yig'indi ko'rsatkich 2.19 marta balandligi kuzatildi. Bu bemorlarning 27 nafari (28,1%) anamnezida biror-bir gastrointestinal patologiya qayd qilinmagani diqqatga loyiq. Ko'pincha dispepsiya (81 kishi, 84,4%), qabziyat (62 kishi, 64,6%), refluyus-sindrom (58 kishi, 60,4%), diareya (52 kishi, 54,2%) va abdominal og'riqlar (49 kishi, 51%) qayd qilindi. Ularning intensivligini baxolashda biroz g'ayritabiiylik kuzatildi. Birinchi o'rinda- dispepsiya va qabziyat- ko'rsatkichlar mos ravishda 2,6 va 2,52 marta, keyin abdominal og'riqlar – 1,9 marta, diareya – 1,89 va refluyuks-sindrom – 1,79 marta oshganligi aniqlandi. Surunkali yurak etishmovchiligi bor bemorlarda, uning darajasi va funksional sinfining ortib borishi bilan

birga, me'da-ichak tizimi yuqori bo'limlarida shikoyatlar intensivligining kamayishi, pastki bo'limlarida esa ortishi kuzatildi.

Xulosa. YUIK bor bemorlarda, xatto anamnezida ovqat xazm qilish tizimi tomonidan patologiya kuzatilmagan bo'lsa xam, gastrointestinal shikoyatlar keng tarqalgan. Gastrointestinal shikoyatlar bilan surunkali yurak etishmovchiligining og'irlik darajasi o'rtasidagi bog'liqlik xaqida qo'shimcha tadqiqotlarni o'tkazishni talab qiladigan natijalar olindi.

ORTIQCHA TANA VAZNINING ARTERIAL GIPERTONIYA BILAN XASTALANGAN BEMORLARDA TARQALISHI

Xaytmurotova G. P., Subxonova M. G'., To'raqulov N. Ch.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Annotatsiya:

Ortiqcha tana vazni yurak qon tomir kasalliklari, jumladan arterial gipertoniya (AG) ning kelib chiqishiga va rivojlanishiga olib keluvchi xatarli omillardan biri hisoblanadi. AG ning boshqa xatarli omillaridan farqli o'laroq tomoni, ortiqcha tana vazni boshqarsa bo'ladigan omillar qatoriga kirib, uning kamaytirilishi yoki bartaraf etilishi kasallikni nomedikamentoz davolash usullaridan biri hisoblanadi.

Kalit so'zlar: Semizlik, arterial gipertoniya (AG), tana vazni.

Mavzuning dolzarbligi. Bemorlarda uchraydigan gipertoniya kasalligi kardiologiyada dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. So'ngi yillarda yurak qon tomir kasalliklari orasida arterial gipertoniya (AG) kasalligining keng tarqalishi, bemorlarda nogironlik rivojlanishi bu kasallikni dolzarbligini ko'rsatadi. Bemorlarda nogironlik rivojlanishi bu kasallikni nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo ekanligini ham anglatadi. Ba'zi holatlarda arterial gipertoniya (AG) kasalligida ichki a'zolari ham zararlanishi kuzatilishi, ko'pgina asoratlar rivojlanishi ham

mumkin. Kasallik yuzaga kelgach taxminan bemorlarning yarmida 5-10 yildan so'ng nogironlik rivojlanishi aniqlanadi. Shuning uchun mazkur kasallikni erta tashxislash juda katta ahamiyatga ega.

Tadqiqotning maqsadi: Termiz shahri uyushmagan aholisi orasida arterial gipertoniyaning xatarli omili –ortiqcha tana vaznining tarqalishi va uning yoshga bog'liq holda o'zgarishini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tekshiruvda 20 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 120 nafar erkak va 150 nafar ayollar qatnashgan.

Tadqiqot natijalari. Bemorlarda kasallik rivojlanish anamnezi o'rganilganda kasallikka atrof-muhit, semizlik darajasi, ijtimoiy ahvol, jismoniy faollik darajasi, nasliy moyillik, qandli diabet kasalligi, kasbi, yoshi, jinsi kabi bir qancha omillar sabab bo'ladi.

Arterial gipertenziya kasalligini diagnostika qilishda bemorlarning shikoyatlari, anamnezi, A/D o'lchash, yurak EKGsi qilib ko'rilgan. Arterial bosim 90% bemorlarda 160-100mm.sim.ust teng. EKG tekshiruvi o'tkazilganda 95% bemorlarda yurak gipertrafiyasi aniqlangan. Yurak gipertrafiyasiga sabab yurakda doimiy yuqori bosim ko'rsatgichi hisoblanadi. Ortiqcha tana vazni yurak qon tomir kasalliklari, jumladan arterial gipertoniya(AG)ning kelib chiqishiga va rivojlanishiga olib keluvchi xatarli omillardan biri hisoblanadi. AGning boshqa xatarli omillaridan farqli o'laroq tomoni, ortiqcha tana vazni boshqarsa bo'ladigan omillar qatoriga kirib, uning kama'itirilishi yoki bartaraf etilishi kasallikni nomedikamentoz davolash usullaridan biri hisoblanadi.

Hozirgi kunda semizlik nafaqat Yevropa va Amerika, balki O'zbekistonda ham davrimizning eng dolzarb muammolaridan biriga aylanib ulgurgan. So'nggi statistik ma'lumotlarga ko'ra jahonda yigirma yoshdan oshgan aholining 27%ga yaqinida Arterial gipertenziya kasalligi kuzatiladi. Jahon Sog'likni Saqlash Tashkiloti (JSST) ekspertlar xulosasiga ko'ra 2025 yilga kelib, bu ko'rsatgich 29%ni tashkil etib, bemorlar soni 1 mlrd. 56 millionga yetadi. Tana vazni indeksi tiplari TVI (kg/m²) Yurak qon-tomir tizimi kasalliklari rivojlanish xavfi

Tana vazni yetishmaydi <18,5 Past (lekin boshqa kasalliklar rivojlanishi mumkin)

Tana vazni me'yorida 18,5-24,9

Odatdagidek Tana vazni ortiqcha 25,0 - 29,9

Baland Semizlik I daraja <30,0-34,9

Yuqori Semizlik II daraja <35,0-39,9

Juda yuqori Semizlik III daraja >=40 Favqulotda yuqori

Antropometrik o'lchash quyidagicha bajarildi: bo'yi po'labzalsiz tik turgan holda 0,5 sm aniqlik bilan, tana vazni 0,1 kg gacha aniqlik bilan (po'labzalsiz) o'lchanib baholandi. Ulardan kelib chiqib, Kettle formulasi bo'yicha va JSST tasnifidan foydalanib, tana vazni indeksi aniqlandi (tana vazni (kg)/bo'y (m²)): Kettle indeksi ≤18,5 ga teng bo'lganda vaznining yetishmasligi, 18,5-24,9 ga teng bo'lsa tana vazni me'yorda, 25-29,9 bo'lsa tana vazni ortiqcha, 30-34,9 bo'lsa semizlikning I sinfi, 35,0-39,9 bo'lsa semizlikning II sinfi va 40 ≥bo'lsa semizlikning III sinfi deb baholandi. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, ortiqcha tana vazni tekshirilgan erkaklarning 9 % va ayollarning 16 %ida aniqlangan. Jumladan, 15 yoshdan 19 yoshgacha bo'lgan erkaklarning 1,1% va shu yoshdagi ayollarning 1,4 % ida ortiqcha vazn borligi aniqlangan. Yosh o'tishi bilan bu ko'rsatkich ortib borgan va 20-29 yosh oralig'ida 3,7 % ayollarda va 2,1 % erkaklarda ushbu holat kuzatilgan. 30-39 yoshda ortiqcha tana vazni 4,8 % erkaklar va 6,5% ayollarda aniqlangan. 40-49 yoshda bu omil 7,5% erkaklarda va 9,4 % ayollarda uchraydi. 50-59 yoshda esa bu ko'rsatkich 11,2 % erkaklar va 12,9 % ayollarni tashkil etadi. 60-69 yoshda ortiqcha tana vazni 15,4 % erkaklarda va 16,5% ayollarda kuzatildi. 70 va undan katta yoshda ortiqcha tana vazni bilan erkaklar18,7 %ni, ayollar 19,4 % ni tashkil etdi. O'tkazilgan tadqiqot natijalaridan ko'rinish turibdiki, ortiqcha tana vazni ayollar orasida erkaklarga nisbatan 1,8 marta ko'p uchraydi. Yosh o'tib borishi bilan bu ko'rsatkich erkaklarda ham, ayollarda ham ortib boradi. Ortikcha tana vaznini kama'itirish orqali AGni rivojlanishi va asoratlarini oldini olishga erishish mumkin.

Xulosa: Bugungi kunda Arterial gipertenziya kasalligi juda ko'p uchrashini xisobga olib asosiy profilaktik chora tadbirlar kasallikni oldini olishga qaratilgan bo'ladi. Kasallik sabablarini

Йо‘qotish йo‘li bilan uni kelib chiqishini oldini olish va xavf omillarini йo‘qotishga, kasallik yoki organizmdagi o‘zgarishlarni erta muddatlarda aniqlab, ularning zo‘raiyishini oldini olish yoki sekinlashtirishga qaratilgan chora tadbirlarga quyidagilar kiradi:

- Sog‘lom turmush tarziga rioya qilish;
- Bemorlarda sistolik va diastolik qon bosim ko‘rsatgichlarini normada ushlab; - Bemorlarda puls bosim ko‘rsatgichlarini (qariyalarda) nazorat qilish;
- Nasliy moyilligi bor bemorlarda sistolik va diastolik qon bosim ko‘rsatgichlarini normada ushlab (Ota-Onalarning birida gipertaniya kasalligi mavjud bo‘lsa, ushbu kasallik bolada paydo bo‘lish ehtimoli 25%. Ikkalasida ham bo‘lsa, kasallikning paydo bo‘lish ehtimoli 50%dan yuqori bo‘ladi);
- Tana vaznining ortib ketishini oldini olish hamda normada ushlab (semizlik Arterial gipertenziya kasalligini rivojlanishini 2-6 martagacha oshiradi);
- Ovqatlanish rejimini to‘g‘ri tashkil qilish;
- Spirtli hamda tamaki mahsulotlarini iste‘molidan cheklanish (chekish qon tomirlarini toraytirib, Arterial gipertenziya kasalligi rivojlanishiga olib keladi); - Jismoniy faollikni chegaralanishni, ya‘ni gipodinamiyani oldini olish; Bemorlarni davolashning umumiy tamoillari:
- bemor bilan o‘zaro samimiy aloqa o‘rnatish;
- davodan maqsad – bemor umrini uzaytirish va uning hayot sifatini yaxshilash; - yurak qon tomir kasalliklariga olib keluvchi barcha omillarni hisobga olish;
- bemor yoshi (yoshlarda $\leq 120/80$ mm sim.ust., keksalarda $\leq 140/90$ mm sim.ust.) va yondosh kasallikni hisobga olgan holda qon bosimini 130/85 mm sim.ust. yoki undan pastga tushurish;
- bemorga dori vositalarisiz davolash usullari va ularning afzallik tomonlarini tushintirish; nishon a‘zolari shikastlanishi bo‘lmagan yengil va o‘rta og‘irlikdagi arterial gipertenziya davolash tadbirlarini Qishloq virachlik punkti va oilaviy poliklinika sharoitida qon bosimi monitoringidan boshlash;

МУНДАРИЖА

I-БЎЛИМ: ФАРМАКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ	6
ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА: КОРРЕКЦИЯ НА ФОНЕ ДЕЙСТВИЕ БЕНЗКЕТАЗОНА Аллаберганов М.Ю.....	6
ГЛИКОМУКОПРОТЕИНЫ: ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРАСТВОРИМОГО ГЕЛЯ ЖЕЛУДКА Аллаберганов М.Ю.....	8
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ АЙРИМ ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ Бекчанова Ю.Х., Исмоилов С.Р.....	10
О НЕКОТОРЫХ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ ПРОИЗВОДНЫХ САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ Шукурлаев Қ.Ш., Бекова Н.Б.	13
СТЕВИОЗИДНИ БИР МАРОТАБА ВА ДАВОМЛИ ЮБОРИЛГАНДА “ОЧИҚ МАЙДОН” УСУЛИДА ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТ-ҚИДИРУВ ФАОЛЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ Абдиназаров И.Т., Ҳамроев Т.Т., Саноев З.И., Садиқов А.З.....	16
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИТАМИННО-МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО УСИЛЕНИЯ ТЕРАВИТ В КОРРЕКЦИИ НУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ Атабаева Г.С., Назаров К.Д.	17
ИСТОЧНИКИ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.....	18
ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИВОКОСТИ ВЫСОКОЙ Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.....	18
ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	19
Ахранова С.Т.....	19
СЕЛЕКТИВ НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ВОСИТАЛАРНИНГ ХАВСИЗЛИГИ ВА САМАРАДОРЛИГИ Ахмедова Н.М.	20
ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ВЕКТОРКАРДИОГРАФИИ Белая И.Е., Коломиец В.И.....	21
ВЛИЯНИЕ ЦИННАРИЗИНА НА ЭКССУДАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ Бекова Н.Б.	22

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ НА ОСНОВЕ ЛИСТЬЕВ ЛИЛИИ БЕЛОЙ, ОБЛАДАЮЩЕЙ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕЙ, ПРОТИВООЖГОВОЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ	
Вдовенко-Мартынова, Н.Н., Блинова, Т.И., Кобыльченко Н.В.	24
ИЗУЧЕНИЕ АНКСИОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ЧЕТЫРЕ ПЛАСТИНЫ» НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИРОДНОГО КОМПЛЕКСА СОЕДИНЕНИЙ АК-17	
Герашенко А.Д., Шабанова Н.Б.	25
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ	
Джуманиязова З.Ф., Рахимова Г.П.	25
«ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВАРИАТИВНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ»	
Искандарова Н.Б.	26
СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШДА ИШЛАТИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИК АСОСЛАРИ	
Исмоилов С.Р., Ахмедова Н.М.	27
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕРМИНОЛАТЕРАЛЬНОГО ГАСТРОДУОДЕНАНАСТОМОЗА	
Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р. Рузматов П. Ю., Рузметов Б. А., Бабажанов К.Б.	28
ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ	
Машарипова И.Ю.	29
ВЛИЯНИЕ N-БИС (N-БРОМБЕНЗОИЛ) –N'- ЦИСТИНИЛ –ТИОМОЧЕВИНЫ НА ЭКССУДАТИВНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ	
Ражабова Ж.И.	29
СТЕВИОЗИДНИ БИР МАРОТАБА ЮБОРИЛГАНДА ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТЛАНИШ АКТИВЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	
Рахимбоев С.Д., Рашидов С.З., Саноев З.И., Садиков А.З.	31
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИОКТАЦИДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ	
Сапаева З. А.	31
ПЕРСОНИФИЦИРОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ	
Сорокина Ю.А., Мосина А.А., Ловцова Л.В.	32
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕЗСОЗИФЕНА У КРЫС ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА	
Собиров Э.Ж.	33

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗОЛВАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	
Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С., Сулейманов Ф.С.	33
ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА СУЛЬПЕРАЗОНУ ЖЕНЩИН С ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ	
Сулейманова Г.С.	34
АНТИГИПОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ПИРИМИДИНА ПОД ШИФРОМ PIR-10 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ МЫШЕЙ	
Шабанова Н.Б., Геращенко А.Д.	35
CONVOLVULUS ARVENSIS ЭКСТРАКТИНИ САҚЛОВЧИ ГЕЛНИНГ РЕГЕНЕРАЦИОН ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	
Шукурлаев Қ.Ш., Якубова У.Б.	36
FARMAKOGENETIKA FAN SIFATIDA	
Axmedova N.M.	37
OPTIMIZATION OF OVULATION INDUCTION IN CLOMIFENE RESISTANT PATIENT WITH INFERTILITY	
Kurbaniyazova M. Z., Bekbauliyeva G.N., Duschanova Z. A.	38
II-БЎЛИМ: ФАРМАКОТЕРАПИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ	39
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Абдуллаев Р.Б., Ражапова Ш.М.	39
ВИТАМИН Д И ЕГО ДЕЙСТВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСА У ПАЦИЕНТОВ СТАРОГО ВОЗРАСТА	
Матякубова О., Машарипова Ш.	41
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ЕГО ЛЕЧЕНИЯ	
Матякубова О., Юсупов Ш., Машарипова Ш.	43
К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	
Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.	45
ИЗУЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НПВС –ГАСТРОПАТИЯМИ .	
Сотликов Р.К., Хамидова Г.С., Тангиров Т.А.	48
ИЗУЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТИТОВ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ	
Хажиев Х.Р.	51
РОЛЬ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	
Сотликов Р.К., Хамидова Г.С.	54
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОМПИЦ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х.	57

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКУ НПВС- ГАСТРОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х.	59
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	
Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.	62
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСАЛГИЯМИ	
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Бабаев М.А., Турсунбаев А.К.	66
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 67	
Абдуллаев М.А., Набиев Т.А.	67
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЙ ТРОМ-БОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ	
Авезов А.У., Нишанов Д.А., Рузметов У.А., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.	68
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПРОВЕДЕННЫМИ ЛЕЧЕНИЯМИ	
Авезов А.У., Нишанов Д.А., Рузметов У.А., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.	68
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	
Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.	69
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА D НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	
Алимова М.М., Матризаева Г.Дж.	70
ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АНЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 71	
Акбарова Р. К.	71
М.МИХАЭЛИС ВА В.П.ТУГОЛУКОВ МИКРОМЕТОДИ БЎЙИЧА МЕЪДА СЕКРЕЦИЯСИНИ ЎРГАНИШ	
Аллаберганов М.Ю.	72
МЕЪДА ГИСТОМОРФОЛОГИЯСИ: БЕНЗКЕТОЗОННИНГ МЕЪДА ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИГА ТАЪСИРИ	
Аллаберганов М.Ю., Омонова Г.С., Каримова Д.Ш., Ахмедова Н.М., Курбанниёзова Ю.А.	73
ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.	73
БОШ МИЯ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИ ОҚИБАТИДАГИ БОШ АЙЛАНИШЛАРДА ВЕРТИНЕКС ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАНИШИ	
Атажанов Х.П. Аллаберганова Ш.М.	74

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ HALLUS VALGUS Атажанов М.Х.	75
РОЛЬ ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ Аскарова Р. И.,	75
ГЕЛИОТРОП МОДДАНИ ТУРЛИ ЮБОРИШ ОРҚАЛИ ЮЗАГА КЕЛГАН ЖИГАРДАГИ СУРУНКАЛИ ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШЛАРНИ СОЛИШТИРИШ Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.	77
ОҒИЗ ОРҚАЛИ ВА ТЕРИ ОСТИГА ГЕЛИОТРИН ЮБОРИШ ОРҚАЛИ ЮЗАГА КЕЛГАН СУРУНКАЛИ ТОКСИК ГЕПАТИТНИ СОЛИШТИРИШ Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.	78
ОСОБЕННОСТИ ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С., Пулатова Н.С.	79
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИСУСИТАМИ Бабажанов Т.Ж.	79
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОМПОНЕНТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА - АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ХОРЕЗМСКОМ ОБЛАСТЕ Бекматова Ш.К., Режабов Б.Б.	80
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ ХИВА ТУМАНИ ТИББИЁТ БИРЛАШМАСИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРАЛДАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛАРНИНГ ФАРМАКОЭКОНОМИКАСИ Бекчанова Ю. Ҳ., Исмоилов С.Р.	81
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИНИНГ ХОНҚА ТУМАНИ ТИББИЁТ БИРЛАШМАСИДА ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРАЛДАРДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ АВС, VEN-ТАҲЛИЛЛАРИ ОРҚАЛИ ФАРМАКОИҚТИСОДИЙ ЖИҲАТДАН БАҲОЛАШ Бекчанова Ю. Ҳ., Исмоилов С.Р.	83
НОАЛКОГОЛЛИ ЖИГАР ЁГЛИ ГЕПАТОЗИ КАСАЛЛИГИНИНГ АХОЛИ ЎРТАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛИШИ ВА БОНДЖИГАР ПРЕПАРАТИНИНГ БУ КАСАЛЛИҚДАГИ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ Джуманиязова Г.М.	84
РЕВМАТОИД АРТРИТДА СТЕРОИД ОСТЕОПАРОЗНИ ОЛДИНИ ОЛИШ Джуманиязова З. Ф., Мадаминов Х.	84
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИН В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ Джуманиязова З. Ф., Шерметов Р.А.	85
ҚОН ЗАРДОБИДАГИ АНТИОКСИДАНТ ҲИМОЯ ТИЗИМИ ФЕРМЕНТЛАРИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ Дусчанова Р.Й., Аллаберганов М.Ю., Ражабова Ж.И., Сапаева Ш.Т., Бекова Н.Б.	86

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	
Жарылкасынова Г.Ж., Ходжиева Г.С.,Джунаидова А.Х.	87
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА КРЕЗОДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА.	
Собиров Ю.А., Абасния С.Р.	88
ПЕРСОНИФИЦИРОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ	
Сорокина Ю.А., Мосина А.А., Ловцова Л.В.	89
ФАРМАКОГЕНЕТИКА У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА	90
Закирова У.И.	90
ОПРЕДЕЛИТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОБАВЛЕНИЯ МЕЛАТОНИНА К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ГОРМОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	
Икрамова Х.С.	90
ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИИ НА ОРГАНИЗМ	
Садуллаев О.К.,Исмаилова Х.Г.	91
ТЕРИДА ТЕРМИК ЙЎЛ БИЛАН КУЙДИРИЛГАН ЖАРОХАТ БИТИШИГА БЕНЗКЕТОЗОННИНГ ТАЪСИРИ	
Қаландарова У.А.,Аллаберганов М.Ю., Бекчанова Ю.Х.,Латипова Ш.Б.,Ўрунов Р.Х.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ, НАЗНАЧАЕМЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕТЯМ С ПНЕВМОНИЕЙ И ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	
Каримджанов И.А., Мадрахимов П. М.	92
СУКСИНАСОЛ ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОН ДАВОЛАШ.	
Каримов Х.Я., Эргашев У.Ю., Якубов Д.Р.	93
ЙОҚОРИ МИОПИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ФАКИК ОРҚА КАМЕРА СУНЪИЙ ЛИНЗА ИМПЛАНТАЦИЯСИДАН СЎНГ ХАЁТ СИФАТИ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШНИНГ ИЛК НАТИЖАЛАРИ	
Камилов Х.М.,Зайнутдинов Н.Н.	94
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦИТКОРНИТ НА АНТИГИПОКСИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	
Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.	95
МАХАЛЛИЙ НООТРОП ДОРИ ВОСИТАСИ ЦИТКОРНИТНИНГ ЎТКИР ЗАХАРЛИЛИГИ ВА АНТИГИПОКСИК ФАОЛЛИГИНИ ТАЖРИБА ХАЙВОНЛАРИДА ЎРГАНИШ	
Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.	96

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА	
Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Саидвалиев Ж.И., Холикова С.О.....	97
ОПТИМИЗАЦИЯ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У КЛОМИФЕН ЦИТРАТ РЕЗИСТЕНТНЫХ ЖЕНЩИН С СПКЯ;	
Курбаниязова М. З., Бекбаулиева Г. Н., Матризаева Г. Дж.....	98
USE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES PILLS IN THE TREATMENT OF THE POLYCYSTIC OVARY SYNDROME	
Kurbaniyazova M.Z., Askarova Z.Z., Ikramova X.S.	98
ГИРУДОТЕРАПИЯ	
Курбанниёзова Ю.А., Дусчанова Р.Ю.,Омонова.Г.С., Латипова.Ш.Б., Абдуллаева Л.Н....	99
СОСТОЯНИЕ БИОРЕГУЛЯТОРНОЙ СИСТЕМЫ ОКИСИ АЗОТА В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГАСТРОПАТИИ	
Зуфаров П.С., Якубов А.В., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.,Мусаева Л.Ж.	100
ОПТИМИЗАЦИИ ВЫБОРА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ С ПОЗИЦИЙ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ	
Маматова Н.М.	100
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	
Матризаева Г. Дж., Мадримова К. К.	101
АНТИОКСИДАНТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Мехмонов М.С., Атаджанова З.Ю.	102
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СРЕЗА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Мухаммадиева Г.Ш., Машарипова Ю.К.	103
КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	
Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Зуфаров П.С.	103
ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ	
Назирбаева З., Юсупова М.А.....	104
БОЛАЛАРДА БУЙРАК НЕФРОБЛАСТОМАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ	
Нишанов Д.А., Авезов А.У,Матрасулов Р.С., Айтимова Г.Ю, Урунбаева Н.А.	105
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Утарова М., Машарипова Ю.К.....	106
ПЛАКВЕНИЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЧАСТОТА ПРИЕМА, ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА	
Уразбаев И.Р. Ибрагимова Ф.Х., Султонова М.Х.	107

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПРОИЗВОДНОГО ТИОКАРБАМАТА Ўрунов Р.Х.	107
ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА Рахматуллаева М.М.	109
МЕСТО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Саидов Ш.Б., Камолова М.К.	110
АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА В ДИНАМИКЕ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Саидов Ш.Б., Шарипова А.У., Абдувосиков Ж.Р.	111
ВЛИЯНИЕ ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.	111
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИОКТАЦИДА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ Сапаева З.А.	112
ЭФФЕКТИВНОСТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА КРЕЗОДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА Собиров.Ю.А., Курязов А.К., Курбонов Д.Ф.	113
РОЛЬ СТАТИНОВ В ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Сонина Е.В., Чуменко О.Г., Кучеренко В.С., Сонин Д.Н.	114
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Сулаймонова Г.Т., Бахранов Б.Б.	115
ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С., Сулейманов Ф.С.	115
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ Таджиева З.Б.	116
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2. Тожибаева Д.М., Матрасулова Д.М.	117
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Тожибаева Д.М.	118

ФЕНИЛГИДРАЗИНОВАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ПРЕПАРАТА «РЕОМАННИСОЛА»	
Фазилова Ш.М.	119
ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИ ДАВОЛАШДА ИММУНОМОДУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ЎРНИ	
Файзиева Ў. Р.	120
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ФЛАМАДЕКСА ПРИ БОЛЬЯ В СПИНЕ	
Худайбергенов Н.Ю., Жаббаров М.Т.	121
ХРОЗОФОРИН ПРЕПАРАТИНИНГ ГЕРИАТРИЯДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ	
Худайкулова Ф.Х.	121
ПРИМЕНЕНИЕ КАРИПАЗИМА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИИ	
Худайбергенов Н.Ю., Жаббаров М.Т.	123
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЯ GEMOROL В КОЛОПРОКТОЛОГИИ, В ЧАСТНОСТИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ВОСПАЛЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ, АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ	
Хужабаев С.Т., Шакулов А.М, Хасанова М.Х.....	123
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	
Чуменко О.Г.	124
СУРУНКАЛИ АРТРИТДА ҚОНДАГИ ИНТЕРЛЕЙКИНЛАР МИҚДОРЕНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ	
Шукурлаев Қ.Ш., Якубова У.Б.....	125
СОСТОЯНИЕ ОКСИДАЗ СМЕШАННОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ГАСТРОПАТИИ	126
Якубов А.В., Зуфаров П.С., Пулатова Н.И., Арипджанова Ш.С., Абдусаматова Д.З.	126
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МУКОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ КАРБОЦИСТЕИНА И ПУЛЬМОСТИМА В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ	126
Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б, Абдусаматова Д.З., Сайфиева Н.Х.	126
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПУЛЬМОСТИМ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ - ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С АГ	
Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Пулатова Н.И., Арипджанова Ш.С.....	127
IMPORTANCE OF TREPAN BIOPSY IN PATIENTS WITH SUSPECTED BREAST CANCER	
Akhmedov F. R, Djumaniyazova G.M.	128
BOLALARDA XIRURGIK OPERATSIYALARDA PROMEDOL BILAN ANESTEZIYA QILISHNING ADEKVATLIGI.	
Atashev A.R., Sobirov E.J.	128

METABOLIK SINDROMNING OLDINI OLISH USULLARI VA DAVOLASHDA QO`LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	
Bekmatova Sh.Q., Qulmatov G`.O.....	129
SOG`LIQNI SAQLASHNING BIRLAMCHI POG`ONASIDA AYOLLARDA SUT BEZI SARATONI ERTA ANIQLASHNING AHAMYATI	
Djumaniyazova G.M., Axmedov F.R.....	130
MAHALLIY TARQALGAN KO`KRAK BEZI SARATON KASLLIGI BO`LGAN BEMORLARDA TURLI XIL DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH	
Djumaniyazova G.M., Axmedov F.R.....	131
OSTEOARTROZ KASALLIGIDA DIASERIN DORI VOSITASINING SAMARADORLIGI	
Jovlieva D.N., Muhammadiyeva S.M.	131
THE ROLE OF MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS IN THE PREVENTION OF CARDIAC ARRHYTHMIAS	
Islomov I.I., Djumaniyazova Z.F., Fayzullayev B.R.	132
EPOETIN ALFA-EPBX IS USED TO TREAT ANEMIA	
Kurbanniyozova Y.A.....	133
EFFICIENCY OF SERETID MUTLIDISK WITH EXACERBATIONS CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMANARY DISEASE	
Komolova F.D., Akbarova D.S.	134
QIZLARDA VULVOVAGINITNING ENTEROBIOZ BILAN KECHISHI VA OLIV BORILISHI	
Raxmanova N.X., Salayeva N.M.	134
IMMUNOMODULATING THERAPY OF CHRONIC DUODENAL ULCER	
Suleymanov S.F., Suleymanov F.S., Suleymanova G.S.	135
STEP -BY-STEP LEVOFLOXACIN THERAPY IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA	
Musaeva L.J.....	136
THE VALUE OF SURFACTANT PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES	
Yuldashev S.D., Burkhanova D.S.	136
III-БЎЛИМ: ФИТОТЕРАПИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ.....	138
ПОЛЕЗНЫЕ И ВРЕДНЫЕ СВОЙСТВА ФИТОТЕРАПИИ	
Ахунбабаева Г.О., Омонова Г.С., Дусчанова Р.Ю.	138
THE IMPORTANCE OF SAFFRON IN FOLK MEDICINE	
Omonova G.S., Omanova A.S., Komilova A.B.	141

NA`MATAK MEVASINING FITOTERAPIYADA TUTGAN O`RNI. UNDA OLINADIGAN DORI VOSITALAR. KOVIDDAN KEYINGI DAVRDA UNING SAMARALI TA`SIRLARI	
Xabibullayeva Sh.M. , Axmedova M.K.	144
ГИРУДОТЕРАПИЯ – ХАЛҚ ТАБОБАТИ АМАЛИЁТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ	
Абдуллаев И.К., Реймбергенов Ж.И.	146
СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ХАЛҚ ТАБОБАТИ ВА ФИЗИОТЕРАПИЯ	
Абдуллаев Р.Б., Исмоилова О.А.	147
НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИТОТЕРАПИИ	
Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Таджиходжаева Ю.Х., Сайпназарова Х.Б. ...	148
ЭФФЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Атаджанова З.Ю., Мехмонов М.С.	149
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ГИЁҲЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ	
Каримова Д.Ш.	150
REPTIN-PLANT DORIVOR MODDASINING TARKIBI VA XUSUSIYATLARI	
Kurbanniyozaeva Y.A.	150
ЗНАЧЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Махмудова М. М.,Наджмитдинов Х.	151
АНТИОКСИДАНТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК	
Мехмонов М.С., Атаджанова З.Ю.	151
НОВЫЕ ВИДЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ФИТОТЕРАПИИ	
Никонова М.И., Круглая А.А., Круглый С.Д.	152
SURUNKALI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA FITOTERAPIYANING AHAMIYATI	
Omonova G.S., Allaberganov M.Yu.	153
XORAZM VOHASIDA O`SADIGAN AYRIM SHIFOBAXSH O`SIMLIK FITOPREPARATLARINING HAZM A`ZOLARI YALLIG`LANISHLARINI DAVOLASH VA OLDINI OLISHDAGI AHAMIYATI	
Omonova G.S., Karimova D.Sh.	154
SHIFOBAXSH O`SIMLIKLAR	
Omanova A.S., Raximov M.D.	155
QURITILGAN ANJIRNING TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI	
Qurbonov F.F.	156

SELECTION OF FLAVONOIDS WITH ANTIMICROBIAL ACTIVITY AND LOW CYTOTOXICITY FOR PROCESSING EXPLANTS IN CELL THERAPY Syrov V.N., Khushbaktova Z.A., Yusupova S.M., Polyarush S.V., Masaidova I., Ryskulov F.T. Aripova T.U.....	156
KORONAVIRUS INFEKSIYASI BILAN OG`RIGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA FITOTERAPIYANING AFZALLIKLARI Sobirova S.Q., Raximberganov S.R.	157
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДУВАНЧИКА- ИЗ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ Сотликов Р.К., Джуманиязова Г.М.	158
ИБН СИНО АСАРЛАРИДАГИ АСАЛНИНГ ШИФОБАХШ ХУСУСИЯТЛАРИ Хамидова Г.С., Якубова А.Б., Ахророва С.Т.	159
ГУЛХАЙРИ ЎСИМЛИГИНИНГ ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИДА ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ Хамидова Г.С., Юлдашева С.Х., Ахророва С.Т.	159
БОЛАЛАРДА ЙЎТАЛНИ ДАВОЛАШДА ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРНИ ҚЎЛЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ Шайхова М.И., Каримова Д.И.	160
IV-БЎЛИМ: . ТУРЛИ ХИЛ МАСАЛАЛАР	162
ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗЛИ ВА СЕМИЗ АҲОЛИ ОРАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИДАГИ АЙРИМ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ЖИХАТЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС-ХУСУСИЯТЛАРИ Абдуллаева Д.Р., Абдуллаев И.К.	162
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ВА ИШЧИ-ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ВАҚТИНЧА МЕҲНАТГА ЯРОҚСИЗЛИК КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ ВА УНИНГ ЎЗИГА ХОС-ХУСУСИЯТЛАРИ Абдуллаев И.К., Юлдашева Л.	166
НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОВИД-19 Абдукадыров А.А., Курбанов.Ф.Р. Ахмедов.М.Х., Мухитдинова Д.Р. Курбонов Д.Ф....	167
ЭКОЛОГИК ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ БЎЙИЧА ТАКЛИФЛАР Абдуллаев М.Р., Абдуллаев Р.Б.	168
ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕГИОНЕ АРАЛЬСКОГО МОРЯ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ Абдуллаев Н.А., Саидахмедова З.О.....	170
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Абдурахманов А.Б.	170

ТАРБИЯ - ИНСОН МАЪНАВИЯТИ ВА САЛОМАТЛИК ДАРАЖАСИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДАГИ ЎРНИ	
Абдуллаев И.К.	171
АҲОЛИ ОРАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИНГ ТИББИЙ ИЖТИМОЙ ЖИҲАТЛАРИ	
Абдуллаева Д.Р., Курбанов С.Р.	172
ОНАДАГИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ГИПОТИРЕОЗ УНИНГ АВЛОДЛАРИНИ УРУҒДОНЛАРИ ШАКЛЛАНИШИГА ВА РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ	
Азизова Ф.Х., Мадаминова Г.И.	172
ПЕРИФЕРИК АРТЕРИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ СКРИНИНГ ДАСТУРИ ЁРДАМИДА ОЁҚ-ҚўЛЛАРДАГИ ГЕМОДИНАМИК КўРСАТКИЧЛАРНИ КОМПЛЕКС БАҲОЛАШ	
Авезов А.У., Айтимова Г.Ю., Урунбаева Н.А.	173
КОРРЕКТИРОВКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛУДКА	
Аллаберганов М.Ю., Рахимберганов А.К.	174
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ	
Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И.	175
ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В АРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ	
Аскарова Р. И.	176
БУДУЩЕЕ БЕЗ ТУБЕРКУЛЕЗА	
Аскарова Р. И.	178
СТРАНА СВОБОДНАЯ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА	
Аскарова Р. И.	179
АСФИКСИЯ БИЛАН ТУҒИЛГАН КИЧИК ВАЗЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ПЕРИНАТАЛ ДАВРДАГИ ҲАВФ ОМИЛЛАРИ	
Атажанов Х.П., Оллаберганова Ш.М.	180
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ И ЕЁ СВЯЗЬ С ДРУГИМИ НАУКАМИ	
Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.	181
РАЗВИТИЕ ХИМИИ В СИСТЕМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Атаджанова З.Ю., Ибодуллаева М.О.	182
ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ТОКСИК ГЕПАТИТДА ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИНИНГ ҲАРАКАТ ВА ҚИДИРУВ ФАОЛЛИГИНИ “ОЧИҚ МАЙДОН” УСУЛИДА БАҲОЛАШ	
Арипов А.Н., Ахунджанова Л.Л., Ҳамроев Т.Т.	183
ПЕЧЕНЬ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКА ОТ РАЗЛИЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	
Бакберганов П.М., Сапаева Ш.А., Ниёзметова Г.Т.	183

СРАВНЕНИЕ РОТАЦИОННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ	
Бабаджанов Р.А., Курязов А.К., Бабажанова О.А.	184
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИРРИГАЦИОННЫХ РАСТВОРОВ В УДАЛЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ИЗ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАССИВНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ИРРИГАЦИИ	
Бабаджанов Р.А., Курязов А.К., Бабажанова О.А.	185
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ	
Бабажанов Т.Ж.	185
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ГОРОДЕ ХАНКИ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Бабаджанова Ф.Р.	189
ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРНИ ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНТИРИШ ВА УЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	
Бекчанов Б.Г.	191
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ GSTT1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	
Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С., Пулатова Н.С.	192
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	
Ганиев А.Г., Назаров К.Д.	193
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ	
Ганиев А.Г., Назаров К.Д., Жуманиязова Н.М.	198
ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕКОНИАЛЬНЫХ ВОД	
Джуманиязов С.С., Расуль-Заде Ю.Г.	199
ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛСИЗ ЁҒЛИ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ МЕТАБОЛИЗМГА БОҒЛИҚЛИГИНИ ЎРГАНИШ	
Джуманиязова Г.М.	199
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, В ДИНАМИКЕ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ L-АРГИНИНА («ТИВОРТИНА®»)	
Джуманиязова З. Ф., Шерметов Р. А.	200

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ОТБОРА ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ Жалолова В.З.	201
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Жарылкасынова Г.Ж., Ходжиева Г.С., Джунаидова А.Х.	202
МАРКАЗИЙ ОСИЁ ТРАНСЧЕГАРАВИЙ ДАРЁЛАРИ СУВ ҲАЖМИ ҲАМДА УНДАН ФОЙДАЛАНИШ Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С.	203
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА Джуманиязова Г.М.	204
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ Жуманазарова Г.У., Курьязова Ш.М.	206
МАРКАЗЛАШГАН ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ДАРАЖАСИ Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С., Йўлдошев М.К.	208
АМУДАРЁ ВА СИРДАРЁ СУВИДАН МАРКАЗИЙ ОСИЁ МАМЛАКАТЛАРИНИНГ УЛУШИ Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С.	209
НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЕ ШТАММЫ COVID-19 К АНТИТЕЛАМ Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.	210
РОЛЬ СТАФИЛОКОККОВ У ЛИЦ С ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.	211
БЕРЕМЕННОСТЬ И COVID-19 Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С., Аллаберганова З.С.	212
РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.	213
АҲОЛИ ОРАСИДА ИФА УСУЛИ ЁРДАМИДА ТАШҲИСЛАНГАН ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР АНИҚЛАНИШИ КЎРСАТКИЧЛАРИ Ибрахимова Х., Машарипова Ш.	213
АҲОЛИ ОРАСИДА НАЖАС ТЕКШИРИШИ ЁРДАМИДА ЛАБОРАТОР ТАСДИҚЛАНГАН ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР АНИҚЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ Ибрахимова Х., Машарипова Ш.	214

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУДИНЫ ПОТОМСТВА КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ Иброхимова Л.И., Расулов Х.А., Абдуллаева И.Х.	215
МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ВЫТЯЖКИ ИЗ ГРИБА G.LUCIDUM Ирискулов Б.У., Бобоева З.Н., Абилов П.М.	216
АҲОЛИ ОРАСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИК ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ Исмаилов К.Я., Абдуллаева Д.Р.	217
ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ РИВОЖЛАНИШИДА АЛОҲИДА ВА ҚЎШИЛИБ КЕЛГАН ХАВФ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ Исмаилов К.Я., Абдуллаев И.К.	218
СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА Исмаилов С.И., Каримова М.М., Холбобоева Ш.А., Юлдашев О.С.	218
ОҚАВА СУВ ТАРКИБИДАГИ ЮЗА ФАОЛ МОДДАЛАР ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ АСПЕКТЛАРИ Искандарова Г.Т., Юсупхўжаева А.М.	219
ШИФОКОР СТОМАТОЛОГЛАРНИНГ МЕХНАТ ШАРОИТИНИ ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ Искандарова Г.Т., Курбанова Ш.И., Калбаева У.Ш.	220
ИЧИМЛИК СУВИНИ КИМЁВИЙ ТАРКИБИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ Искандарова Г.Т., Шерқўзиева Г.Ф., Асенбаева Т.А., Курбаниязова М.О., Даулетбаева Н.Ю., Бобоева И. Ў	221
IMMUNOTHERAPY FOR INFERTILITY IN WOMEN WITH SMALL FORMS OF GENITAL ENDOMETRIOSIS Ismoilova D.	222
ЗАБОР И ХРАНЕНИЕ АУТОЛОГИЧНЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ В УЗБЕКИСТАНЕ Исроилов А.А., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т., Маткаримова Д.С.	222
Т-ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗНИНГ ГИСТОЛОГИК ВА ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТАВСИФИ Исроилов Р.И., Салаева З.Ш.	223
БОЛАЛАРДА -ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ Исроилов Р.И., Салаева З.Ш.	224
СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ АССОЦИИРОВАННОЙ HELICOBACTER PYLORI Кадиров Б.С., Хамрабаева Ф.И.	225

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ	
Казаков Х.А.	225
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ	
Каримов М.М., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Каримов М.М.	226
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПО УЗБЕКИСТАНУ	
Каримов М.М., Зуфаров П.С., Дусанова Н.М., Исмаилова Ж.А., Рустамова С.Т.	227
ЛОР АЪЗОЛАРИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ЎЛИМ КЎРСАТКИЧИ САБАБЛАРИ ТАҲЛИЛИ	
Каримов Р.Х., Авезов М.И., Қурязов А.Қ.	227
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADIPOQ (+276G>T) У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	
Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Далимова Д.А.	228
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НР ГАСТРИТАМИ	
Каримова Д.К., Собирова Г.Н., Каримов М.М.	229
ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ	
Киличева Т.А.	230
ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	
Киличева Т.А.	230
ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ	
Кобиров Э.Э., Некбаева Ф.З.	231
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ	
Қурязова Ш.М., Усманова Ш.А., Абдураззакова З.Қ.	232
КАЛЛА СУЯГИНИ КРАНИОМЕТРИК ТЕКШИРИШДА УЧ ЎЛЧОВЛИ РАҚАМЛИ ТАСВИРЛАДАН ФОЙДАЛАНИШНИ ИННОВАЦИОН УСУЛИ	
Қўзиев О.Ж., Курбанов А.Т.	234
РОЛЬ ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ	
Курбанова Н.Н., Олимова М.М.	235
ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Курбанова Н.Н., Куполова И.	236
ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ОМИЛЛАРИ – ҲОЗИРГИ КУННИНГ ЭКАЛОГИК МУАММОСИ	
Курбанова Ш.И., Ташпулатова М.Н., Сабитов М.А., Мингбаев А.У.	237
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА	
Қурязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабажанов К.Б.	237

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ	
Рахметова М.Р.....	238
SARS-COV-2: ПОСТКОВИДНЫЕ ТИРЕОИДИТЫ	
Рахметова М.Р.....	239
ФАРМАКОЭКОНОМИК ТАҲЛИЛНИНГ АҲАМИЯТИ	
Маматова Н.М., Рахимова Н.Ф., Ниёзалиева Х.С.....	240
MAR-ТЕСТ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ	
Атахонов М. М., Отажонов О.Р.	241
ТОҒАЙ ТЎҚИМАСИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ	
Мадаминова Г.И.	242
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОЛУЧАВШИХ ВАКЦИНАЦИЮ ВАКЦИНОЙ ПРЕВЕНАР 13	
Мадрахимов П.М., Каримджанов И.А.....	243
ДЕТСКАЯ ТУГОУХОСТЬ-СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	
Мадримова А.Г., Сапаева Ш.А.....	244
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНИТЬ ЕГО ДИНАМИКУ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЗГТ	
Икрамова Х.С., Мадримова К.К.....	244
РОЛЬ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА IL17A (RS2275913) ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	
Каримов М.Ш., Эшмурзаева А.А.....	245
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Мадаминова М.Ш., Рустамова Н.Х.	247
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	
Мадаминова М.Ш., Рустамова Н.Х.	247
НАШ ОПЫТ СКРИНИНГА ГЛАУКОМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРВЫЕ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)	
Мамасалиев З.Н., Назаров Б.М., Мамасалиев Н.С.....	248
ГЛАУКОМАНИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХУДУДИЙ ЖИХАТЛАРИ	
Мамасолиев З.Н., Назаров Б.М., Мамасолиев Н.С.....	249
ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИМУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА И ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ	
Маткаримова Д.С.....	249

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ РАЗВИТИЮ ИМУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА И ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ	
Маткаримова Д.С.....	250
МЕТАБОЛИК СИНДРОМ КЕЛИБ ЧИҚИШИ САБАБЛАРИНИ АНИҚЛАШ	
Матмуратова С.О., Рахмонова С.С.	251
ПРОФИЛАКТИКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Матмуратова С.О.....	252
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИ РИВОЖЛАНИШИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИНГ ТУТГАН РОЛИ	
Матмуратова С.О.....	252
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	
Матризаева Г.Дж., Исмаилова Д.У., Рузметова Д.Т.....	253
БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Матризаева К.М., Юсупова М.А.	254
АНОВУЛЯЦИЯ И ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ	
Матризаева Г.Дж., Рахманова Н.Х., Сапарбаева Н.Р.....	254
ТАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ	
Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р.....	256
ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИММУНОХИМИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ	
Махамадалиева Г.З., Маткаримова Д.С., Юсупова З.Х.	256
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ УЙ ШАРОИТИДА ДАВОЛАНИШИ МУМКИН БЎЛГАН ҲОЛАТЛАРНИ ЎРГАНИШ	
Машарипов С., Машарипова Ш.	257
БЕМОРЛАРНИНГ ИММУН ТИЗИМИГА COVID-19 НИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	
Машарипов С., Машарипова Ш.	258
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ТАРҚАЛГАН ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	
Машарипов С., Машарипова Ш.	258
ИЗУЧИТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	
Машарипова Х., Машарипова Ш.	259
ҲАМШИРАЛИК ЁРДАМИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ЎРГАНИЛГАНЛИГИ	
Маматкулов Б.М., Собирова С.Ж.....	260

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В ГОРОДЕ УРГЕНЧ	
Машарипова Х., Машарипова Ш.	261
ПРАВИЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА	
Машарипова Х., Машарипова Ш.	261
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	
Машарипова Ш.	262
ВЕТРЯНАЯ ОСПА СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ УРГЕНЧЕ	
Машарипова Ш.	263
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Менглиева Б.Б., Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.	263
ЭЛЕКТРОН ДАРСЛИКНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ	
Мехмонов М.С., Ибодуллаева М.О.	264
СПЕЦИФИКА КИШЕЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ	
Мирзаева Д.А.	265
ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИЮ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	
Мухамадиева Н. Б., Хамроев С. Б.	266
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА 2016-2020 ЙИЛЛАРДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИНИНГ ТРАНСПОРТ ТУРЛАРИ ВА СОДИР БЎЛИШ ҲОЛАТЛАРИ БЎЙИЧА ДИНАМИКАДАГИ ЎЗИГА ХОС-ХУСУСИЯТЛАРИ	
Матякубов Ж.Р., Абдуллаев И.К.	267
PROBLEMS AND PROSPECTS OF CRANIOCEREBRAL INJURIES	
Masharipov A., Masharipova Sh.	270
MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ARTERIES OF THE PULMONARY CIRCULATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS	
Masharipova Sh.	273
ЛАБОРАТОРНО- КЛИНИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУС-ФАКТОРОМ	
Машарипова И.Ю.	277
ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	
Мухамадиева Н. Б., Хамроев С. Б.	279
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ	
Мискинова Ф,Х.,Латинова Ш.Б.	280
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	
Ниёзметова Г.Т., Дусчанова З.А.	281

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ У ДЕТЕЙ	
Нурматова Д.А., Ибрагимов А.А., Сайидова М.Х.....	282
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Охунова М.Ж, Курьязова Ш.М.	283
ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS2243093 ГЕНА НРА 2 В РАЗВИТИИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЙ	
Сабирова Ш.Г.....	284
КАМ МИКДОРДАГИ $FeCl_3 \cdot 6H_2O$ КАТАЛИЗАТОРЛИГИДА ГВЯЯКОЛ АЛЛИЛ ЭФИРИНИ ҚАЙТА ГУРУҲЛАБ ЭВГЕНОЛ ОЛИШ	
Хўжаниёзов Ш.Б.	285
ГОССИПОЛНИ ПАХТА УРУҒИДАН АЖРАТИБ ОЛИШ	
Хўжаниёзов Ш.Б.	286
ОРГАНИК ЭРИТУВЧИЛАР БИЛАН ГОССИПОЛ АЖРАТИБ ОЛИШ	
Хўжаниёзов Ш.Б.	286
COVID 19 И БЕРЕМЕННОСТЬ	
Норбаева Н.Б., Юсупова М.А.	287
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ГРУППЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
Норимметова Б.Х., Матякубова С.А.....	288
ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ КАК МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ	
Нарметова М.У., Махмудова А.Д., Сулейманова Д.Н.	289
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	
Нуржанов Б.Б.	290
ПУТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТОВ «ФАРМАКОЛОГИЯ» И «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»	
Олимова Д.Ш., Тангиров Т.	290
ҲАЛҚ ТАБОБАТИ - КЕЧА ВА БУГУН	
Отанова А.С., Абдуллаев И.К.....	291
ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	
Ражабова Г.О., Икрамова Х.С.....	294
ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ОҚИБАТИДА МЕТАЭПИФИЗАР ТОҒАЙНИНГ ПОСТНАТАЛ ОНТОГЕНЕЗДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ	
Примова Г.А., Абдуллаева И.Ҳ., Расулов Ҳ.А.....	295
ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	
Раупов Ф.С., Кобилов Э.Э., Некбаева Ф.З.	296

ТИББИЁТ МУАССАСАЛАРИДА ЭЛЕКТРОН ҲУЖЖАТ ЯРАТИШ Рахимов Б.С.....	297
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШДА ЗАМОНАВИЙ АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ Рахимова Ф.Б.	298
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТАЛАССЕМИИ В РЕГИОНАХ ВХОДЯЩИХ В «ПОЯС ТАЛАССЕМИИ» Рахманова У.У., Сулейманова Д.Н.	299
ЮНИОР ВА КАДЕТ СПОРТСМЕНЛАРДА ТАНАНИНГ КОМПОЗИЦИОН ТАРКИБИ ВА НЕЙРОФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНИҚЛАШ БЎЙИЧА ЭЛЕКТРОН ҲИСОБЛАШ ДАСТУРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ Раҳматова М.Р.....	300
СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ Режабов Б.Б., Отахонов Б.Р.	301
РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОСОЛАПОСТИ Режабов Б.Б., Отахонов Б.Р.	302
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Рўзибоев С.О.....	302
ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БРЮШИНЫ ПРИ МЕСТНЫХ И ДИФФУЗНЫХ ПЕРИТОНИТАХ Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабажанов К.Б., Рузметов Н.А.....	303
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Рустамова Ш.А., Мирзаева Д.А.	304
ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ХАФАҚОНЛИК КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА МУРОЖААТЛАРИ Рўзметов Б.Ш., Нармухамедова Н.А.	307
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА Рузметов У.А., Нуржанов Б.Б.....	307
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЙ Сабилова Ш.Г.....	308
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ДИЗАГРЕГАЦИОННЫХ ТРОМБОЦИТОПАТИЯХ Сабилова Ш.Г.....	309
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Садуллаева О.Р. Матякубова С.А.	310

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ГРИБОВ РОДА CANDIDA, ИЗОЛИРОВАННЫХ ПРИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	
Садуллаев О.К., Дусчанов Б.А., Дусчанов А.Ш.	310
ИЗМЕНЕНИЕ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ УСЛОВИЙ	
Садуллаев О. К., Дусчанов Б. А., Дусчанов А.Ш.	312
ОПРЕДЕЛИТЬ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УСТАНОВИТЬ ФАКТОРЫ РИСКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Садуллаева Д.А., Дусчанова З.А.	313
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Садикова Г.К., Хаитбаева Ш.Х.	314
ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ	
Самандарова Б.С, Каландарова У.А.Умрзаков О. Н., Эсанов Ш.Р.....	315
БОЛАЛАР ЛИМФОЦИТАР ЛЕЙКОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ	
Салаева З.Ш.....	317
ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯЛИ БЕМОРАЛДАРДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ	
Сапаева З.А.....	318
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
Сапаева Ш.А., Мадримова А.Г.....	319
ПЕЧЕНЬ И ПРОФИЛАКТИКА ЕЁ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Сапаева Ш.А., Ниёзметова Г.	320
ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
Саттаров Ш.Я.	320
ОСОБЕННОСТИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Собиров Э.Ж., Авезова С.Ю.....	322
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
Собирова Г.Н., Бафоева З.О.....	322
ПОСТКОВИДНЫЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Собирова Г.Н., Заргарова Н.Р., Каримов М.М., Зуфаров П.С.....	323
НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	
Солихов Б.М., Абдуазизова Н.Х.	324

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У БОЛЬНЫХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ Сотликов Р.К., Хамидова Г.С.	325
СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА - ТЕЛЕМЕДИЦИНА Собирова С.Қ.	328
СЫВОРОТОЧНЫЕ ПЕПСИНОГЕНЫ I И II У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ Собирова Г.Н., Каримов М.М., Исламова Ш.З.	329
CORRECTION OF DISORDERS OF IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTOPANCREATITIS Suleymanov S.F., Suleymanov F.S., Suleymanova G.S.	329
ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ Сулейманова Д. Н., Нарметова М.У., Давлатова Г.Н.	330
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Сулейманова Д.Н., Рахманова У.У.	331
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ Таджибаева М.Р, Курбонова З.Ч., Мухамеджанова Н.И, Акназарова Д.Б.	332
ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ Таджиева З.Б.	333
НАЗОРАТ ГУРУХИДАГИ БЕМОРЛАРДАН ОЛИНГАН КАПИЛЛЯР ВА ВЕНОЗ ҚОН НАМУНАЛАРИДА ГЕМАТОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРНИ МИҚДОРНИ КИЎСИЙ БАХОЛАШ Таджибаева М.Р, Мухамеджанова Н.И, Акназарова Д.Б.	334
БОЛАЛАРДА ДИЗМЕТАБОЛИК НЕФРОПАТИЯ ҲАҚИДА ШИФОКОРЛАРНИНГ АНОНИМ СЎРОВ НАТИЖАЛАРИ Тажиева З.Б.	335
ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ Таджиева З.Б.	335
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ БРОНХИТОВ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Тошметова Б.Р., Илхомова Х.А., Алявия М.Н.	336
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИГА КАРАНТИН-ЧЕКЛОВ ТАДБИРЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ Умиров С.Э., Умирзаков З.Б., Юсупов Ш.Р., Заирова Н.Т., Авезов Б.Б., Рахматов М.М., Матқурбанов Х.И.	338

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ҲУДУДИЙ ТАҚСИМЛАНИШИ	
Умиров С.Э., Умирзаков З.Б., Юсупов Ш.Р., Рахматов М.М., Авезов Б.Б., Заирова Н.Т., Матқурбанов Х.И.	339
ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ВАКЦИНАЦИИ	
Умиров С.Э., Юсупов Ш.Р., Умирзаков З.Б., Заирова Н.Т., Калниязова И.Б., Рахматов М.М., Авезов Б.Б., Матқурбанов Х.И.	340
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛИЗА ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ	
Фазилова Ш.М.	341
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИКИ УРГЕНЧЕСКОГО ФИЛИАЛА ТМА	
Хажиев С.О.	342
ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ КОВИД 19	
Хайтов А.О.	343
ЖИГАРНОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ	
Хамраев А.А., Юлдашева Д.Х.	343
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Хажиев С.О.	344
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ В КОНТРОЛЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	
Ходжиева Г.С.	345
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	
Ходжиева Г.С., Жарылкасынова Г.Ж., Джунаидова А.Х.	346
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У УМЕРШИХ ОТ COVID-19 ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ	
Хошимов Б.Л.	347
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	
Худайбергганов М.Р. Бабаджанова Ф.Р.	347
ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ФОНЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
Худайбергганов Н.Ю., Жаббаров М.Т.	348
ТИББИЙ КЎРИК ВА УНИНГ МАЪНАВИЙ-АХЛОҚИЙ АСОСЛАРИ	
Худайбергганова Анабиби Курбанбаевна,	349

СТРАТЕГИЯ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ Худайназаров С.К.....	351
РЕЦИДИВЫ ЛЕПРЫ Худайназаров С.К.....	351
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ ПО ДАННОМУ ANTHROPLUS Худайназарова С.Р., Алиева Н.Р.....	352
ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Шарипова И.С.....	353
ТАЛАБА ЁШЛАР ҲАЗМ СИСТЕМАСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ИММУНОЛОГИК СКРИНИНГ ОРҚАЛИ АНИҚЛАШ Эргашов О.И., Нурузова З. А.	354
МИГРЕНЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИЕ Эрметова Д.Ж.	355
ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ Эрметова Д. Ж., Авезов Д.А.....	355
ДЕТИ И COVID-19 Эрметова Д. Ж. Дусчанов Б.А.	356
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Эшмурзаева А.А.	357
ОСОБЕННОСТИ ФЕРРОКИНЕТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Эшмурзаева А.А.	358
ГЕПАТИТ С БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРНИ ШАХАР ВА ТУМАНЛАР КЕСИМИДА СТАТИСТИК ТАХЛИЛ ҚИЛИШ. (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА) Юлдашев Б.С., Абдуллаев Ў.Р.	359
МАСТОПАТИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ТУҒРУҚ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГОРМОНАЛ ФОННИ ЎРГАНИШ Юлдашев О.С., Каримова М.М.	359
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.....	360
СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.....	362

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ АЙРИМ ХУДУДЛАРИДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШ ТЕНДЕНЦИЯСИ ВА МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ Юлдашев Б.С. Хаджимуратова М.Х.	362
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОТЕХНОЛОГИЙ Юлдашев М.Э., Эргашев Н.Ш.	363
ОЦЕНКА УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI Юлдашова Р.У., Жарылкасынова Г.Ж., Жунаидов А.Х.	364
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ Юсупова М.А., Матризаева К.М.	365
ТИРЕОИД ПАТОЛОГИЯСИ МАВЖУД ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР Юлдашев О.С., Султанов Ш.Б.	365
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У НОВОРОЖДЁННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ Юлдашев М.Э., Н. Ш. Эргашев.	366
ИЗУЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННЫХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ . Юлдашева С.Х.	367
БАҲСЛИ ОТАЛИК ВА ОНАЛИК ЭКСПЕРТИЗАСИ МУАММОЛАРИНИ ДЕРМАТОГЛИФИК ЕЧИМИ Юсупов М. А., Юлдашев Б.С.	368
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ Юсупов Ш.Р., Матякубова А.У.,	368
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА Юсупов Ш.Р., Матякубова А.У.,	369
ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА Юсупов Ш., Машарипова Ш., Матякубова О.	370
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ Юсупова И.А.	371
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ Юсупова И.А.	372
МОБИЛЬ ТЕЛЕФОННИНГ ТАЪСИРИ ВА УЛАРДАН ХАВФСИЗ ФОЙДАЛАНИШГА ТАВСИЯЛАР Юсупова О.Б.	372
ГИПОДИНАМИЯНИНГ САБАБЛАРИ ВА ХАВФИ Юсупова О.Б., Дўсчанов Б.А.	373

РАЗВИТИЕ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВХОЖДЕНИЯ НОВЫХ СЛОВ В СИСТЕМУ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ГНЕЗД РУССКОГО ЯЗЫКА НА РУБЕЖЕ XX–XXI ВВ.	
Юсупова Т.Э.	374
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РУССКОГО СЛОВООБРАЗОВАНИЯ - РЕЗУЛЬТАТ РАЗНОУРОВНЕВЫХ ДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ	
Юсупова Т.Э.	376
САЛАР АЭРАЦИЯ СТАНЦИЯСИ МЕХАНИК ТОЗАЛАШ БОСҚИЧНИНГ ИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ	
Юсупхўжаева А.М., Курбонов А.А.	378
ВЛИЯНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ НА ИСХОД ТРАВМ КИШЕЧНИКА У КРЫС	
Юлдашев М.Э., Хакимов М.Ш.	379
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ	
Юсупов Ш, Машарипова Ш., Ибраимова Х.	384
СУД ТИББИЁТИ АМАЛИЁТИДА ТУГМА ЎЗГАРУВЧАН ДЕРМАТОГЛИФИК БЕЛГИЛАР АСОСИДА ЖИНСНИ АНИҚЛАШ.	
Кўзиев О.Ж, Пўлотова П.С, Рамазанова С.А.	387
KOXLEAR PROTEZLASH YORDAMIDA ESHTISH QOBLIYATINI TIKLASH	
Abdirimova D.B.	388
ULTRATOVUSHNING TIBBIYOTDA QO'LLANILISHI	
Abdirimova D.B.	389
KO'KRAK BEZI SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI MASTEKTOMIYADAN KEYINGI LIMFOREYA ASORATINI KORREKSIYALASH	
Axmedov F.R., Djumaniyazova G.M.	391
THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF BREAST CANCER IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE	
Axmedov F. R, Djumaniyazova G.M.	392
REVMATIZMNING ZAMONAVIY NEVROLOGIK SHAKLLARI	
Ahmedova R .Yu	392
VERTEBROGENLI DORSALGIYALI QARIYA BEMORLARDA MAGNETOLASER ULTRASOND TERAPIYANI AXAMYATI	
Ahmedova R. Y.	394
PUNCTURE OF BREAST CYSTS UNDER THE CONTROL OF ULTRASOUND WITH CYTOLOGICAL STUDY	
Djumaniyazova G.M, Axmedov F.R.	394
AHOLINING TIBBIY MADANIYAT HAQIDA TUSHUNCHALARI	
Duschanov B.A., Ibadullayeva S.S.	395

DIFFERENT TYPES OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE.	
Islomov I.I., Dlumaniyazova Z.F., Khajiev S.O.....	398
DIAGNOSTICS OF SYMPTOMATIC EPILEPSY IN THE AREA REGION	
Ismailova M.O.	399
SPORT MASHG'ULOTLARI BILAN SHUG'ULLANISH SALOMATLIK GAROVI	
Ibadullayeva S.S.	399
FARMATSEVIKA KORXONALARIDA ZARARLI OMILLAR TA'SIRINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI	
Iskandarova G.T., Tashpulatova M.N.	400
AҲОЛИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ИЗОЖ ҚИЛИШНИ ҲАМОНЛАШТИРИШ НАТИЖАЛАРИ	
Ибадуллаева С. С., Юсупов Ш.Ш.	401
THE SAFETY AND EFFECTIVITY AFTER IMPLANTATION OF EVO + VISIAN ICL V5 MODELS WITH CENTRAL FLOW AND ADVANCED OPTIC SIZE	
Kamilov Kh. M., Zaynutdinov N.N.....	401
VAKSINASIYADAN KEYINGI NOJO'YA TA'SIRLARNING RIVOJLANSHIGA TA'SIR ETUVCHI OMILLAR. ULARNING OLDINI OLISH BO'YICHA CHORATADBIRLAR	
Kalandarova U.A., Raximberganov S.R.....	402
SOG'LOM TURMUSH TARZI - SALOMATLIK GAROVI	
Karimov R.O.....	404
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHARACTERISTIC CHARACTERISTICS IN CHILDREN LIVING IN THE SOUTH ARAL SEA REGION.	
Khudayberganov M.R. Babadjanova F.R.....	405
PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE ORGANS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	
Kurbaniyazova M. Z., Saparbayeva N. R.	406
BEMORLARGA DORI MODDALARINI TAYINLASHDA DORILARNING HAYOT UCHUN XAVFLI KOMBINATSIYALARINI BILISHNING AHAMIYATI	
Raximova X.A.	407
MICROALBUMINURIA AS A PREDICTOR FACTOR IN DIABETIC NEPHROPATHY	
Sapayeva Zulfiya Amangaldiyevna.....	408
PTERIGEUM KASALLIGI TARQALISHI VA UNING OLDINI OLISH CHORALARI	
Subxonova M.G'., To'raqulov N.Ch.	408
SPREAD AND PREVENTION OF VERNAL CONJUNCTIVITIS	
Turaqulov N.CH., Subkhonova M.G.....	409
SURUNKALI O'PKA OBSTRUKTIV KASALLIGIDA GASTROEZOFAGEAL REFLYUKS KASALLIGINING KECHISHI XUSUSIYATLARI	
Zufarov P.S., Pulatova N.I., Akbarova D.S., Komolova F.J., Sayfiyeva N.X.	410

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ВОСПАЛЕНИЯ Латипова Ш.Б., Мискинова Ф.Х.	411
СУВИ ТАЪМИНОТИ МАЪНБАЛАРИНИНГ ИФЛОСЛАНИШИНИ ГИГИЕНИК БАХОЛАШ Шерқўзиёва Г.Ф.	412
АТМОСФЕРА ҲАВОСИНИ ИФЛОСЛАНИШИНИ ДАРАЖАСИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ Шерқўзиёва Г.Ф., Аллиярова Г.А., Оразбоева Ш.Е., Умуров Ш.С.	413
ICHIMLIK SUVI TARKIBIDAGI FTORNING INSON SALOMATLIGIGA TA'SIRI Niyozmetov M. O., G'aniyev U. G'	414
QUDUQ SUVLARI TARKIBIDAGI OSH TUZINI ORGANIZMGA TA'SIRI Niyozmetov M. O., Jumaboyeva S.	415
AXOLI O'RTASIDA YOD YETISHMOVCHILIGINI YODLANGAN OSH TUZI ORQALI BARTARAF ETISH Niyozmetov M. O., Nematov O'. Z.	415
FARMAKOLOGIYA DARSLIGINI O'QITISHNING ZAMONAVIY ASPEKTLARI Olimova D.Sh.	416
AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI Raxmanova N.X., Egamova M.B.	417
QIZLARDA VULVOVAGINITNING ENTEROBIOZ BILAN KECHISHI VA OLIV BORILISHI Raxmanova N.X., Salayeva N.M.	418
BOLALARDA SURUNKALI QABZIYATNING OQIBATLARI Ro'zmatov I.B., Sapaev O.Q., Matkurbanov B.M., Durdiev S.H.	418
SINEXIYA BILAN ASORATLANGAN VULVOVAGINITNING UCHRASH CHASTOTASI VA ETIOLOGIK OMILLARI. Matrizayeva G.J., Salayeva N.M.	419
XORAZM VILOYATIDA AVTOHALOKATLAR SABABLI JAROHATLANISH VA O'LIM KO'RSATKICHLARINING DINAMIK XUSUSIYATLAR Matyakubov J.R., Kurbanov S.R.	420
OLIY VA O'RTA TA'LIM MUASSASALARIDA AMALIY MASHG'ULOTLARNI O'TKAZILISHIDA PEDAGOGIK TEXNOLOGIYALARNING AHAMIYATI Omonova G.S., Omanova A.S.	420
INSON KAMOLGA YETISHIDA UNING SALOMATLIGI HAMDA RUXIYATINING AHAMIYATI Omonova G.S., Omanova A.S., Duschanova R. Y.	421
OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA VIRUSLI DIAREYALARNING KECHISHIGA MUVOFIQ KAMQONLIKNING UCHRASHI Otajanov Sh.Z.	422

OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA ROTAVIRUSLI GASTROENTERIT KECHISHINING O'ZIGA HOS XUSUSIYATLARI	
Otajanov Sh.Z.	423
OIV BILAN ZARARLANGAN BOLALARDA ADENOVIRUSLI INFEKSIYANING KLINIK - LABORATOR KECHISH XUSUSIYATLARI	
Otajanov Sh.Z.	424
GIPERAKTIV SINDROM RIVOJLANGAN BOG'CHA YOSHIDAGI BOLALARDA KOGNITIV VA PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLAR STRUKTURASI VA PSIXOKORREKSIYASI	
Madirimova L.O., Tangriberganova N.R.	424
TIZIMLI VASKULITLAR RIVOJLANISHIDA KORONAVIRUS (COVID-19) INFEKSIYASINING AHAMIYATI	
Normuradov A.D., Jurayeva E.R., Agzamova G.S.	425
CHINNI ISHLAB CHIQUARISH KORXONASI ASOSIY ISH JOYLARIDA SHOYQIN DARAJASINI O'RGANISH	
Tashpulatova M.N., Mansurova K.M.	426
ABU ALI IBN SINO HORIJLIKLAR NIGOHIDA	
Raximova Z.M., Omonova G.S., Duschanova R. Yu.	427
KORONAVIRUS INFEKSIYASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA INTERFERON SINTEZINING KECHISH XUSUSIYATLARI.	
Raximberganov S.R., Ulliyeva N. Yu.	427
INTERLEYKIN-5 SINTEZI O'ZIGA XOSLIGI, UNGA TA`SIR ETUVCHI OMILLAR. HUJAYRAGA BIRIKISH MEKANIZMNI MAXSUS RETSEPTORINING BIOKIMYOVIY TUZILISHI	
Raximberganov S.R., Ulliyeva N. Yu.	428
BEMORLARGA DORI MODDALARINI TAYINLASHDA DORILARNING HAYOT UCHUN XAVFLI KOMBINATSIYALARINI BILISHNING AHAMIYATI	
Raximova X.A.	429
AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA`SIRI.	
Raxmanova N.X., Egamova M.B.	429
ERTA YOSHLI BOLALARDA SIYDIK-TOSH KASALLIGI KECHISHI	
Sapaev O.Q., Karimov R.O.	430
SURXONDARYO XUDUDIDA REGISTR-2018 BO`YICHA INSULTLAR TAXLILI	
Usmanova D.D., Iskandarova D.E.	431
COVID-19 KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA BUYRAK ZARALANISHLARINI O'RGANISH.	
Xaytboyev J.A., Raxmanova S.S.	432

COVID-19 KASALLIGI BILAN OG`RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI PIELONEFRIT QO`ZISHI KUZATILGANDA SEFOTAKSIMNING ANTIBAKTERIAL SAMARADORLIGINI ANIQLASH	
Xaytboyev J.A.	432
TIBBIYOT OLIYGOHI TALABALARIGA FARMASEVTIK TERMINOLOGIYANI O`RGATISHNING DOLZARBLIGI	
Xodjaeva N.A.	433
XORAZM VILOYATIDA KOVID-19 O`TKAZGAN BEMORLARDA GASTROENTEROLOGIK BUZILISH XUSUSIYATLARI	
Zargarova N.R.	434
YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA GASTROINTESTINAL SHIKOYATLARNING TARQALGANLIGI	
Zufarov P.S., Pulatova N.I., Aripdjanova Sh.S., Saidova Sh.A., Pulatova D.B.	435
ORTIQCHA TANA VAZNINING ARTERIAL GIPERTONIYA BILAN XASTALANGAN BEMORLARDA TARQALISHI	
Xaytmurotova G. P., Subxonova M. G`., To`raqulov N. Ch.	435