

**ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT JURNALI**

**ISSN 2010-7773**

1

**O'zbekiston  
vrachlar  
assotsiatsiyasi**

**Bosh muharrir:**  
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA  
akademigi

**Tahrir hay'ati:**

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

**Nashr uchun mas'ul xodim:**  
Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

**Dizayn, kompyuterda teruvchi:**  
Abdusalomov A.A.  
Jurnal O'zbekiston matbuot va  
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda  
ro'yhatdan o'tgan.  
Guvohnoma: 0034.  
Tahririyat manzili: 100007,  
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,  
51-uy.  
Tel.; 268-08-17  
E-mail: info@avuz.uz  
Veb - sayt: www. avuz. uz



(102)

**B  
Y  
U  
L  
L  
E  
T  
E  
N  
I**

**TOSHKENT  
O'zbekiston Vrachlar  
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

**TAHRIRIYAT KENGASHI**

<b>Gaybullaev A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Gafur-Axunov M.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Halimova H.M.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Hasanov S.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Juraev A.M.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Zakirov N.U.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Zohidova M.Z.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Ibadov R.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Ismailov S.I.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Ismailov U.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Kamilova U.K.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Mamasoliev N.S.</b>	<b>(Andijon)</b>
<b>Mambetkarimov A.M.</b>	<b>(Nukus)</b>
<b>Musabaev E.I.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Muxtarov D.Z.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Normatova Sh.O.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Palvanova S.I.</b>	<b>(Urganch)</b>
<b>Po'latov Sh.B.</b>	<b>(Farg'ona)</b>
<b>Sodiqov A.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Xodjaev N.I.</b>	<b>(Samarqand)</b>
<b>Fozilov A.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>

**МУХАРРИР МИНБАРИ**

6

**КОЛОНКА РЕДАКТОРА**

3

**ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА**

**НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ**

**Абдуганиева Э.А., Дадабаева Р.К.** Натрий-уретик мия пептиди сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда гемостазиологик ўзгаришларнинг фенотипик предиктори сифатида

7

**Абдуганиева Э.А., Дадабаева Р.К.** Натрий уретический мозговой пептид как фенотипический предиктор гемостазиологических изменений при хронической обструктивной болезни легких

**Закирова У.И.** Ўзбекистон аҳолиси популяциясида болаларнинг қайталовчи бронхиал обструкцияга мойиллик омиллари

10

**Закирова У.И.** Факторы предрасположенности детей Узбекской популяции к рецидивирующей бронхиальной обструкции

**Бахадирова М.А.** Вертебробазиляр тизимида ишемик инсультнинг турли патогенетик субтиплари бўлган беморларнинг клиник неврологик ва нейropsихик тарозиларининг когнитив бузилиши ва кўрсаткичлари динамикаси

16

**Бахадирова М.А.** Когнитивные нарушения и динамика показателей клинико-неврологических и нейropsихических шкал пациентов с различными патогенетическими подтипами ишемического инсульта в вертебро-базиллярной системе

**Юлдашева, Маджидова Я.Н.** Хар хил турдаги инсультлар ва уларнинг эпидемиологиясининг кўрсаткичларини Новосибирск ш. МҚТ марказининг 1-ШКШ неврология бўлими мисолида ўрганиш

20

**Юлдашева, Маджидова Я.Н.** Анализ частоты встречаемости различных видов инсультов и изучение данных по эпидемиологии на примере неврологического отделения рсц гкб №1 г. новосибирск

**Усманова Д. Д., Наджмитдинов О. Б., Ирисметов М. Э.** Климактерик даврдан кейинги аёлларда диабетик полинейропатия патогенези ва ташхисотига замонавий қарашлар

25

**Усманова Д. Д., Наджмитдинов О. Б., Ирисметов М. Э.** Современный взгляд на патогенез и диагностику диабетической полиневропатии у женщин в климактерическом периоде

**Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А., Убайдуллаева Н.Н., Шадманова Л.А.** Вертебро-базилляр тизимида инсультларни реабилитация қилишнинг инновацион усуллари

29

**Мирджураев Э.М., Бахадирова М.А., Убайдуллаева Н.Н., Шадманова Л.А.** Инновационные методы реабилитации инсультов в вертебробазиллярной системе

**Муратов Ф.Х., Юсупова Д.Ю., Азизова Р.Б.** Катамениал эпилепсия билан аёлларда дифференциал диагностика ва терапия хусусиятлари

34

**Муратов Ф.Х., Юсупова Д.Ю., Азизова Р.Б.** Особенности дифференциальной диагностики и терапии у женщин при катамениальной эпилепсии

**Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Анварова Ш.А.** Ҳомиланинг ўсишини чеклаш синдромида компьютерлаштирилган кардиоотокографиянинг аҳамияти

38

**Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А., Анварова Ш.А.** Значение компьютерной кардиоотокографии при синдроме ограничения роста плода

**Бекназаров А.Б., Ҳайдаров М.Б., Маматқулов И.Б., Ашурова Г.З.** Офтальмохирургияда болалар церебрал фалажларида севофлуран билан умумий анестезиянинг афзалликлари

42

**Бекназаров А.Б., Ҳайдаров М.Б., Маматқулов И.Б., Ашурова Г.З.** Преимущества общей анестезии севофлураном у детей с детским церебральным параличом в офтальмохирургии

**Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х.** Ўзбекистон Республикасида ЛОР касалликларининг эпидемиологияси

44

**Саломова Ф.И., Ярмухамедова Н.Ф., Бакиева Ш.Х.** Эпидемиология ЛОР заболеваний в Республике Узбекистан

ларингеальной маски — метод выбора в офтальмохирургии // Доказательная медицина — основа современного здравоохранения: матер. конгресса. — Хабаровск, 2005. — С. 276-278.

9. Vax M., Goldstein M., Rosenbaum P., Leviton A., Paneth N., Dan B., Jacobsson B., Damiano D. Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology* 2005, 47: 571–576.

10. Murphy D. J., Hope P. L., Johnson A. Neonatal risk factors for cerebral palsy in very preterm babies: case control study. *Br. Med. J.* 1997; 314: 404–408.

11. Menkes J.H. *Textbook of child neurology*. — Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. — P. 325-373.

12. Wongprasartsuk P., Stevens J. Cerebral palsy and anaesthesia // *Paediatr. anaesth.* — 2002. — №12. — P. 296-303.

### ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЛОР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

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

ТТА

ЎзР Статистика департаментидан олинган материаллар асосида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) тарқалганлик даражаси тўғрисидаги маълумотлар ретроспектив таҳлил натижалари 2010-2019 йиллар мобайнида ўрганилган патологияларнинг аниқлиниши 1,1 баробарга ортганини кўрсатди. Патологияларнинг энг юқори улуши (1083,5) 15-17 ёш оралигида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани (716,4) аниқланди. Бирламчи касалланиш бўйича энг юқори кўрсаткич 2016 йилда қайд этилган бўлиб, 2010 йилга нисбатан 1,7 мартага ошгани, 2019 йилга бориб эса 1,3 мартага камайганлиги аниқланди. Умумий касалланишнинг ўртача кўрсаткичи 1175,4±29,6 ни ташкил этди ва 2010 йилга нисбатан касалланиш кўрсаткичи 2019 йилда 0,9 мартабага камайгани аниқланди.

**Калит сўзлар:** ЛОР касалликлари эпидемиологияси, риносинусит, сурункали риносинусит, бирламчи касалланиш, умумий касалланиш.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛОР ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Проведен ретроспективный анализ статистического материала о выявляемости ЛОР патологии (хронический фарингит, ринофарингит, синусит и ринит) за 2010-2019 гг., полученного в Департаменте статистики РУз. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что на протяжении 2010-2019 гг. отмечено увеличение выявляемости патологий ЛОР органов в 1,1 раза. Наибольшая доля патологий (1083,5) отмечена в возрастной группе 15-17 лет, в возрастной группе 18-лет и старше она уменьшилась в 1,5 раза (716,4). Наибольшее значение первичной заболеваемости было отмечено в 2016 году (по сравнению с 2010 годом в 1,7 раза выше), а к 2019 году отмечено снижение в 1,3 раза. Средние значения общей заболеваемости за исследуемый период составили 1175,4 ± 29,6. К 2019 году общая заболеваемость снижена в 0,9 раза.

**Ключевые слова:** эпидемиология заболеваний ЛОР органов, риносинусит, хронический риносинусит, первичная заболеваемость, общая заболеваемость.

### EPIDEMIOLOGY OF ENT DISEASES IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

A retrospective analysis of the statistical material on the detection of ENT pathologies (chronic pharyngitis, rhinopharyngitis, sinusitis and rhinitis) for 2010-2019, obtained from the Department of Statistics of the Republic of Uzbekistan, was carried out. The results of the analysis indicate that during 2010-2019, there was an increase in the detection rate of ENT organ pathologies by 1.1 times. The largest share of pathologies (1083.5) was noted in the age group 15-17 years old, in the age group 18 years old and older it decreased by 1.5 times (716.4). The highest value of primary morbidity was noted in 2016 (1.7 times higher than in 2010), and by 2019 - a decrease of 1.3 times. The average values of the total morbidity for the study period were 1175.4 ± 29.6. By 2019, the overall incidence has been reduced by 0.9 times.

**Key words:** epidemiology of ENT diseases, rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, primary morbidity, general morbidity.

**Мавзунинг долзарблиги.** Сурункали риносинусит (СРС) аҳоли ўртасида энг кўп тарқалган сурункали касалликларидан бири бўлишига қарамай, ушбу касалликнинг тарқалиши тўғрисидаги эпидемиологик маълумотлар СРСнинг умумий қабул қилинган таърифнинг йўқлиги ва ишлатилган диагностика мезонларнинг турличалиги ҳисобига (касалликнинг фақат клиник кўринишини намоён бўлганда қайд этилиши,

бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси ва КТ натижаларини ҳисобга олиниши ёки зарланган бурун ёндош бўшлиқларининг диагностика пункциялари хулосаси асосида диагноз қўйилиши ҳисобига) бир-биридан фарқ қилади [8]. ЖССТ маълумотларига кўра, юқори нафас йўллариининг йирингли-яллиғлиниш касалликлари ЛОР аъзолари патологияларининг 70-80% ни ташкил қилади [9]. А.С. Лопатин (2018)

маълумотларига кўра, сўнгги 20 йил давомида СРСнинг тарқалиши 2 баробарга кўпайган [6]. Қатор олимларнинг фикрича, умумий амалиёт шифокорлари, шунингдек оториноларингологлар амбулатория қабулида кўпинча СРС ташхисни тасдиқлаш учун зарур бўладиган бурун бўшлиғини эндоскопик текширув усулидан фойдаланишмайди ва асосан аниқланган клиник белгилар асосида СРС ташхисини қўйишади, бу эса СРСнинг гипердиагностикасига олиб келади [1-3,7].

**Тадқиқотнинг мақсади:** ЎзР Статистика Департаментидан олинган материаллар асосида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) тарқалганлик даражасини таҳлил қилиш.

**Материал ва методлар:** 2010-2019 йиллар давомида Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудуди бўйлаб ЛОР касалликларининг (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) эпидемиологик кўрсаткичларини ўрганиш бўйича Статистика Департаментидан олинган статистик материалларнинг ретроспектив таҳлили ўтказилди. Баъзи эпидемиологик маълумотларни йиғиш тиббий ҳужжатлар маълумотлардан нусха кўчириш йўли билан

амалга оширилди. Бирламчи касалланиш ва тарқалиши кўрсаткичлари йилига 100 000 аҳолига нисбатан ҳисобланди. Тарқалиш кўрсаткичларини ҳисоблашда бирламчи ташхислаш ва уларни юзага келиш вақтидан қатъий назар шу йилда қайд этилган барча касаллик ҳолатлари ҳисобга олинди. Аҳолининг миқдорий таркиби-сони тўғрисидаги маълумотлар статистика бўйича ЎзР Давлат кўмитасидан олинди. Маълумотларни статистик қайта ишлаш амалий статистик таҳлил дастури MS Excel для Windows XP қўллаш билан амалга оширилди. У кўрсаткичнинг ўртача арифметик қиймати ва ўртача квадрат оғишини ҳисоблашни кўзда тутди. Кўрсаткичлар фарқини ишончилигини баҳолаш Стьюдентнинг параметрлар мезони ёрдамида ўтказилди.  $P < 0,05$  бўлганда фарқлар ишончли деб ҳисобланди.

**Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси:** Илмий тадқиқот ишининг режасига асосан дастлаб Статистика Департаментидан олинган материаллар асосида ЎзРда сурункали фарингит, назофарингит, синусит ва ринитнинг 2019 йилда қайд этилиши ва ушбу касалликдан азият чекаётган беморларнинг ёш структураси таҳлил қилинди (Жадвал 1).

Жадвал 1.

**ЎзР аҳоли ўртасида сурункали фарингит, назофарингит, синусит, ринитдан азият чекаётган беморларнинг ёши бўйича структураси (2019 йил ҳолати)**

Ёш диапазони	Аҳоли сони		ЛОР касалликларининг учраш частотаси		
	абс	%	абс	%	100 000 аҳолига нисбатан
0-14 ёш	9599917	28,9	81322	34,1	847,1
15-17 ёш	1517975	4,6	16447	6,9	1083,5
18 ёшдан катталар	22137646	66,5	140462	59,0	634,5
Жами	33255538	100	238231,00	100	716,4

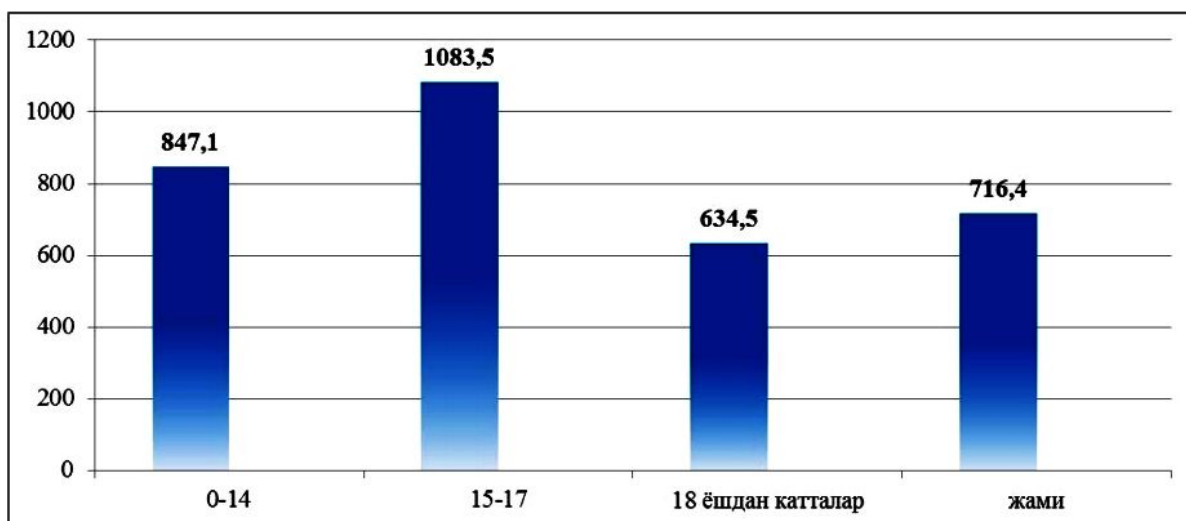
1- жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 18 ёшгача бўлган контингент умумий аҳолининг 33,5 фоизини ташкил этади. Улар орасида ўрганилаётган патологияларнинг тарқалганлиги ўртача 41 фоизга тенг бўлиб, 0-14 ёшдаги болалар ўртасида касалликнинг тарқалиши 15-17 ёшдагиларга нисбатан тахминан 5 маротаба кўп учраши аниқланди. Vachert С. ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра (2015), СРС ҳозирги кунда саноати ривожланган мамлакатларда кат-

талар аҳолисининг тахминан 10% таъсир қиладиган касаллик сифатида тан олинган [12]. П.А.Шамкина (2019) маълумотларига кўра, дунёда СРСнинг ўртача тарқалиши  $11,81 \pm 5,81\%$  ни ташкил этиб, минимал кўрсаткич 1,01% ни (Жанубий Корея) максимал тарқалиш даражаси эса 57,6%ни ташкил этади (Ҳиндистон). Жумладан, Россия Федерациясида СРС тарқалиш кўрсаткичи 1,42 дан 35% гача бўлганини, ўртача кўрсаткич  $16,42 \pm 10,89\%$  ни ташкил этгани, Шимолий Америкада бу кўрсаткичлар 2 -

16,3% ва  $9,66 \pm 4,25\%$  ни, Жанубий Америкада  $5,5 - 9,3\%$  ва  $7,4 \pm 1,9\%$ ни, Европада  $6 - 27,1\%$  ва  $12,56 \pm 4,42\%$ ни, Жануби-шарқий Осиёда  $1,01 - 57,6\%$  ва  $6,67 \pm 2,19\%$ ни (Ҳиндистондаги энг юқори кўрсаткични ҳисобга олмаганда)ни ташкил этгани аниқланган [9].

ЎзР аҳолиснинг сони 2019 йилда 33255538 нафар бўлиб, аҳоли ўртасида сурункали фарингит, назофарингит, синусит ва ринит 238231 ҳолатда (0-14 ёш оралиғидаги болаларда – 81322 ҳолатда, 15-17 ёшда – 16447 ҳолатда, 18 ёшдан катталарда -140462 ҳолатда) аниқланган. 100 000 аҳолига нисбатан ҳисоб-китоб қилинганда аниқланган патологияларнинг энг юқори улуши (1083,5) 15-17 ёш оралиғида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани (716,4) аниқланди ва қуйида келтирилган муаллифларнинг

маълумотларига мос келади (1. расм). A.G. Hirsch ва ҳаммуалифлар (2016) томонидан Пенсилвания (АҚШ) шататида СРС тарқалиш кўрсаткичлари ўрганилганда, бу кўрсаткич ўртача 11,9% ни ташкил этганини, максимал тарқалиш кўрсаткичи 50 ёшдан 59 ёшгача бўлган даврда (15,9%) қайд этилганини, энг минимал кўрсаткич эса - 69 дан катта ёшда (6,8%) аниқланганлиги ҳақида маълумот беришган [15]. Y. Chen ва ҳаммуаллифлар томонидан Канадада ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра (2003), СРС тарқалиши эркакларда 3,4% дан 5,7% гача ортган (аёлларда). СРС тарқалиши ёшга боғлиқ бўлиб, 20-29 ва 50-59 ёш гуруҳларида ўртача 2,7% ва 6,6% ни ташкил этди. 60 ёшдан кейин СРС тарқалиш даражаси 4,7% гача камайган [14].



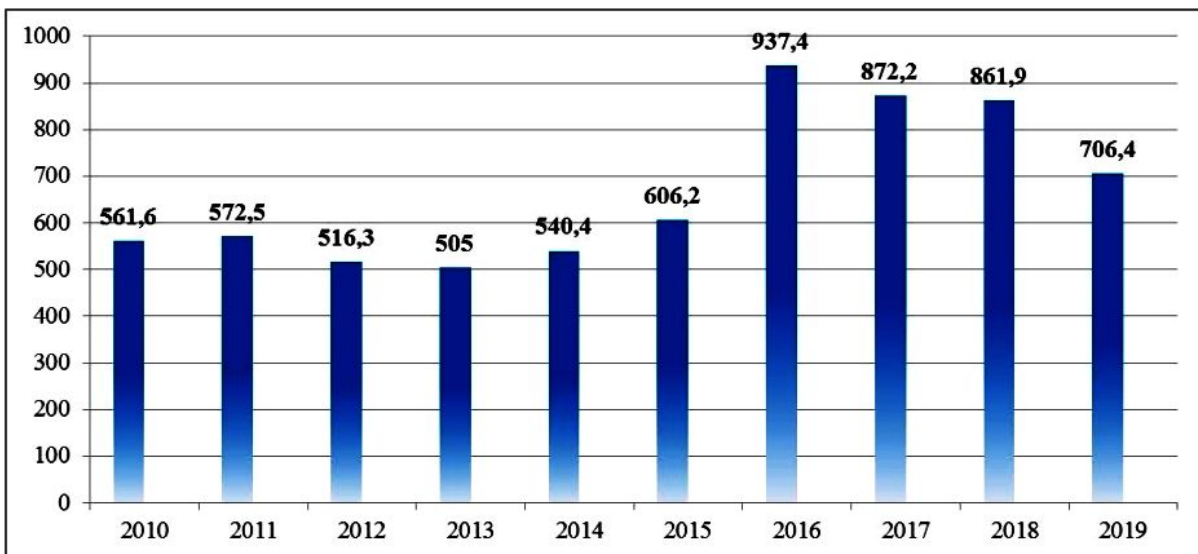
1-расм. ЎзРда сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит билан касалланганларнинг ёши бўйича структураси (2019 йил ҳолати, 100 000 аҳолига нисбатан)

ЎзРдаги 2019 йилда ўрганилаётган ЛОР патологиялар билан бирламчи касалланишнинг қайд этилиши, жами 100 000 аҳолига 706,4 ҳолатни ташкил этди. Сўнги 5 йил ичида ўртача касалланиш кўрсаткичи  $796,8 \pm 63,7$  га тенг эканлиги аниқланди. Кузатилган йиллар давомидаги ўрганилаётган ЛОР патологиялар билан бирламчи касалланиш динамикаси бўйича олинган маълумотлар 2 расмда келтирилган.

Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланишнинг ўртача кўрсаткичи (100000 аҳолига нисбатан) дастлабки 5-йиллик (2010-2014 йиллар) бўйича  $539,2 \pm 12,98$  ни ташкил этган ва кейинги беш йилликда (2015–2019 йиллар)  $796,8 \pm 63,69$  гача ўсган. Биринчи беш йиллик давомида касалланиш кўрсаткичларини 100 000 аҳолига 561,6 дан 540,4 ҳолатгача

нотекис тақсимланиши қайд этилиб, кейинги 5 йил давомида эса (2015-2019 йиллар) касалланиш даражаси 100 000 аҳолига 606,2 дан 706,4 гача катталашгани аниқланди. Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланиш кўрсаткичининг ўртача қиймати ( $667,99 \pm 20,7$ ) охири беш йилликдаги ўртача кўрсаткич қийматидан ( $796,8 \pm 63,69$ ) 1,2 мартага камайгани аниқланди ( $p < 0,05$ ).

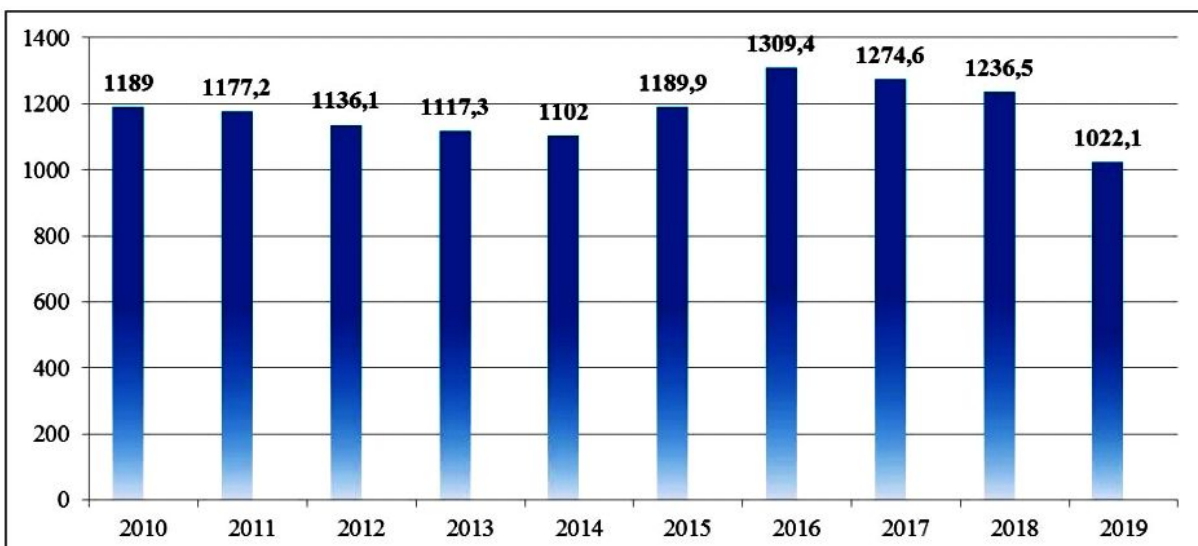
Ўрганилган йиллар давомидаги энг юқори кўрсаткич 2016 йилда қайд этилган бўлиб, 2010 йилга нисбатан 1,7 мартага ошгани, 2019 йилга бориб эса 1,3 мартага камайганлиги аниқланди. Шуни қайд этиш керакки, сўнги 10 йилликдаги бирламчи касалланиш даражаси (2019 йилда 2010 йилга нисбатан олганда) 1,4 мартага ортгани аниқланди.



**2-расм. ЎзР бўйича сурункали фарингит, назофарингит, синусит, ринит билан бирламчи касалланиш кўрсаткичлари (100 000 аҳолига нисбатан).**

ЎзР бўйича 2010-2019 йиллар давомидаги сурункали фарингит, назофарингит, синусит, ринит билан умумий касалланиш кўрсаткичларининг таҳлили ушбу патологияларнинг динамикаси нотекис кечаётганини кўрсатди (3 расм). Биринчи 5 йилликда умумий касалланиш 0,9 маротаба камайиб, ўртача кўрсаткич  $1144,3 \pm 16,7$  ни ташкил этди. 2015 йилдан умумий касалланиш кўрсаткичининг ўсиши кузатилиб ўрганилган йиллар учун максимал кўрсаткич 2016 йилда қайд этилди (2015 йил-

га нисбатан 1,1 маротабага ортган). Кейинги йилларда касалланиш кўрсаткичларининг пайсиши (2016 йилдан 2019 йилга нисбатан 1,3 маротабага) кузатилиб, охириги 5 йилликдаги ўртача кўрсаткич  $1206,5 \pm 55,3$  га тенг бўлган. Ўрганилган 10 йилликдаги умумий касалланишнинг ўртача кўрсаткичи  $1175,4 \pm 29,6$  ни ташкил этиб, 2010 йилга нисбатан касалланиш кўрсаткичи 2019 йилда 0,9 маротабага камайгани аниқланди.



**3-расм. ЎзР бўйича сурункали фарингит, назофарингит, синусит, ринит билан умумий касалланиш кўрсаткичлари (100 000 аҳолига нисбатан).**

АҚШда аҳоли ўртасида сўровнома асосида ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, респондентларнинг 15,5% ўтган бир йил давомида 3 ойдан кўпроқ давом этган СРС

клиник белгиларини бошдан кечиришган [13]. Шу билан бирга, шифокорларга қилинган муурожаатлар асосида олиб борилган статистик тадқиқот натижалари сезиларли даражада

паст кўрсаткичларга эга эканлигини қайд этмоқда: мурожаат қилганларнинг атиги 2 фоизига КХТ 10 (МКБ 10) кодларига мувофиқ СРС ташхиси қўйилган. Эндоскопик текширув натижалари асосида тасдиқланган ва КТ маълумотлари асосан СРСнинг тарқалганлик кўрсаткичлари бундан ҳам пастроқ [4-5, 16-17]. Умуман олганда, чет элларда ўтказилган турли хил тадқиқотлар натижаларига кўра СРС тарқалиш даражаси 1 дан 9,6% гача ўзгариб туради ва уларда фақат касалхонага ётқизилган беморлар таркибидаги СРС улушини акс эттирилган [10-11].

Бирламчи касалланиш кўрсаткичларида кузатилаётган динамика билан умумий касалланиш кўрсаткичлари динамикаси орасида кузатилаётган қарама-қаршиликни диагностиканинг такомиллашгани билан (баъзи ҳолларда кузатилаётган гипердиагностика билан ҳам) ва аҳолининг тиббий ёрдам учун ўз вақтида мурожаат қилаётгани ҳамда патологияларни даволашнинг самарадорлигини ошгани билан боғлаш мумкин.

Шундай қилиб, ЎзР Статистика Департаментидан олинган материаллар асосида 2010-2019 йиллар мобайнида Республикамиз аҳолиси ўртасида ЛОР касалликлари (сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит) тарқалганлик даражаси тўғрисидаги маълумотларнинг респроспектив таҳлили қўйидаги хулоса қилишга имкон берди:

Сурункали фарингит, ринофарингит, синусит ва ринит 238231 ҳолатда (2019 йил) аниқланган бўлиб, 100 000 аҳолига нисбатан

716,4 ҳолатни ташкил этди. Патологияларнинг энг юқори улуши (1083,5) 15-17 ёш оралиғида қайд этилди ва 18 ёшдан катталарда 1,5 баробарга пасайгани (716,4) аниқланди.

Ўрганилган 10 йиллик давомидаги бирламчи касалланишнинг дастлабки 5-йиллик бўйича (2010-2014 йилларда) ўртача кўрсаткичи 539,2 ± 12,98 дан 796,8 ± 63,69 гача (2015–2019 йиллар) ўсгани аниқланди. Бирламчи касалланишнинг ўртача қиймати (667,99 ± 20,7) охири беш йилликдаги ўртача кўрсаткич қийматидан (796,8 ± 63,69) 1,2 мартага камайгани аниқланди ( $p < 0,05$ ). Ўрганилган йиллар давомидаги энг юқори кўрсаткич 2016 йилда қайд этилган бўлиб, 2010 йилга нисбатан 1,7 мартага ошгани, 2019 йилга бориб эса 1,3 мартага камайганлиги аниқланди. Шунини қайд этиш кераки, сўнги 10 йилликдаги бирламчи касалланиш даражаси (2019 йилда 2010 йилга нисбатан олганда) 1,4 мартага ортгани қайд этилди.

Умумий касалланиш кўрсаткичларининг динамикаси нотекис кечаётганлиги кузатилди. Биринчи 5 йилликда умумий касалланиш 0,9 маротаба камайиб, 2015 йилдан умумий касалланиш кўрсаткичининг ўсиши аниқланди. Ўрганилган 10 йиллик учун максимал кўрсаткич 2016 йилда қайд этилиб, 2019 йилга бориб касалланиш кўрстакичининг 1,3 маротабага пасайгани кузатилди. Ўрганилган 10 йилликдаги умумий касалланишнинг ўртача кўрсаткичи 1175,4 ± 29,6 ни ташкил этди ва 2010 йилга нисбатан касалланиш кўрстакичи 2019 йилда 0,9 маротабага камайгани аниқланди.

#### Адабиётлар:

1. Гукасян Е. Л. Новые возможности диагностики риносинусита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2019. 25 б.
2. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему // Вестник оториноларингологии. -2012. -№ 2. -91-96 б.
3. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Эпидемиология хронического риносинусита: результаты многоцентрового опроса взрослой популяции // Российская ринология. 2013. Т. 21. № 3. 16-19 б.
4. Кривопапов А.А. // Риносинусит: классификация, эпидемиология, этиология и лечение// Медицинский совет №06, 2016. 22-25 б.
5. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Романенко С.Г., Товмасын А.С., Панасов С.А. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса // Российская ринология. 2017. Т. 25. № 1. 3-6 б.
6. Лопатин А.С. //Лечение хронического риносинусита: в поисках альтернативных методов//Лечебное дело 2018. №3. 18-24 б.
7. Лопатин А.С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Практическая медицина, 2014. 3–61 б.
8. Лопатин А.С., О.А.Иванченко//Острый и хронический риносинусит: новые теории и прежние вопросы// Медицинский совет.2011. №9-10. 52-57 б.
9. Шамкина П.А. Кривопапов А.А. Рязанцев С.В. и соав. // Эпидемиология хронических риносинуситов // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28891>
10. Anand V.K. Epidemiology and economic impact of rhino sinusitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 2004; 193: P.3-5.
11. Ahn J.-C., Kim J.-W., Lee C.H., Rhee C.-S. Prevalence and Risk Factors of Chronic Rhinosinusitis, Allergic Rhinitis, and Nasal Septal Deviation. JAMA Otolaryngology–head & Neck Surgery. 2016. Vol. 142. No 2. P. E1-E6.
12. Bachert C., Zhang L., Gevaert P. Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: Focus on



- nasal polyposis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2015. Vol.136. No 6. P. 1431-1440.
13. Bhattacharyya N., Gilani S. Prevalence of Potential Adult Chronic Rhinosinusitis Symptoms in the United States. Otolaryngology—head and Neck Surgery. 2018. Vol. 159. No 3. P. 522-525.
14. Chen Y., Dales R., Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. Laryngoscope. 2003;113 (7): 1199-1205.
15. Hirsch A.G., Stewart W.F., Sundaresan A.S., Young A.J., Kennedy T.L., Greene S.J., Feng W., Tan B.K., Schleimer R.P., Kern R.C., Lidder A., Schwartz B.S. Nasal and sinus symptoms and chronic rhinosinusitis in a population-based sample. Allergy. 2016. Vol. 72. No 2. P. 274-281.
16. Hoffmans R., Schermer T., Van Weel C., Fokkens W. Management of rhinosinusitis in Dutch general practice. Primary Care Respiratory Journal. 2011; 20 (1):64-70.
17. Hoffmans R., Wagemakers A., van Drunen C., Hellings P., Fokkens W. Acute and chronic rhinosinusitis and allergic rhinitis in relation to comorbidity, ethnicity and environment. PLoS One. 2018. Vol. 13. No. 2 P. e1- e14.

УДК: 616.381-002.3-039-085-089

**НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ****Турсуметов А.А., Сабирматов А.А., Исмаилов Ф.М.  
ТашПМИ**

Представлен опыт применения фотодинамической санации брюшной полости с использованием в качестве фотосенсибилизатора метиленовой сини в концентрации 0,05% при распространенном перитоните. Установлено, что при использовании в качестве источника излучения аппарата «ФДУ-1» с длиной волны  $630 \pm 20$  нм необходимы следующие параметры: время экспозиции 3-5 минут на каждую область облучения, выходная мощность излучения в непрерывном режиме -  $100 \text{ мВт/см}^2$ , плотность энергии - от 25 до  $35 \text{ Дж/см}^2$ . Внедрение санации брюшной полости позволило уменьшить послеоперационные осложнения с 23,5% до 13% и сократить пребывание больных в стационаре с  $9,3 \pm 0,32$  до  $6,5 \pm 0,21$  койко-дней.

**Ключевые слова:** распространенный перитонит, осложнения, фотодинамическая терапия.

**ФОТОДИНАМИК ДАВОЛАШНИ ТАРҚАЛГАН ПЕРИТОНИТДА ҚЎЛЛАШДАГИ БИЗНИНГ ТАЖРИБА**

Тарқалган перитонитни даволашда қорин бўшлиғини фотодинамик санация усулидан фойдаланилган, фотосенсибилизатор сифатида метилен кўкининг 0,05% эритмаси ишлатилган. Нурлантириш манабаси «ФДУ-1» ускунаси бўлган, нур тўлқин узунлиги  $630 \pm 20$  нм, зарур бўлган параметрлар кўрсатилган: экспозиция вақти 3-5 минут ҳар бир майдонга, узлуксиз тартибда нурлантиришнинг чиқиш қуввати  $100 \text{ мВт/см}^2$ , қувват зичлиги 25 -  $35 \text{ Дж/см}^2$ . Таклиф қилинган қорин бўшлиғини санация усулини тадбиқ қилиниши натижасида операциядан кейинги асоратларни 23,5% дан 13% гача, беморларни касалхонада бўлиш вақтини  $9,3 \pm 0,32$  дан  $6,5 \pm 0,21$  кунгача қисқартиришга эришилди.

**Калит сўзлар:** тарқалган перитонит, асоратлар, фотодинамик терапия, метилен кўки.

**OUR EXPERIENCE OF APPLICATION PHOTODYNAMIC THERAPY IN SPREAD PERITONITIS**

Presented the experience of using photodynamic sanitation of the abdominal cavity by using methylene blue as a photosensitizer at a concentration of 0.05% in spread peritonitis. It was found that when using the "PDD-1" (Photodynamic devices) device with a wavelength of  $630 \pm 20$  nm as a radiation source, the following parameters are required: exposure time 3-5 minutes for each irradiation area, output radiation power in continuous mode  $100 \text{ m W / cm}^2$ , energy density from 25 to  $35 \text{ J / cm}^2$ . The introduction of the developed method of sanitation of the abdominal cavity made it possible to reduce postoperative complications from 23.5% to 13% and to reduce the average length of hospital stay from  $9.3 \pm 0.32$  to  $6.5 \pm 0.21$  bed-days.

**Key words:** widespread peritonitis; complications; photodynamic therapy; methylene blue.

**Актуальность.** В современных условиях не утратила значение проблема лечения распространенного гнойного перитонита [2, 3], так как сохраняются высокие показатели летальности от 11% до 53%, а при развитии полиорганной недостаточности (ПОН) цифра летальность доходит до 80-90% [11,12,14]. За последние десятилетия выявлены существенные изменения чувствительности основных возбудителей распространенного гнойного перитонита к антибактериальным препаратам [8,9,10]. Распространенный гнойный перитонит следует рассматривать как смешанную по-

лимикробную аэробно-анаэробную инфекцию. Доминирующая роль в развитии перитонита принадлежит кишечной палочке (54,9%) и бактероидам (63,4%) [6]. По мнению большинства авторов, санация брюшной полости является важнейшим звеном в комплексном лечении РГП. Однако даже тщательная санация брюшной полости при распространенном гнойном перитоните не позволяет полностью ликвидировать очаг инфекции [4,13]. Положительный результат в лечении перитонита, по данным В. С. Савельева (2007), на 80% зависит от качества санации во время операции и на 20% - от