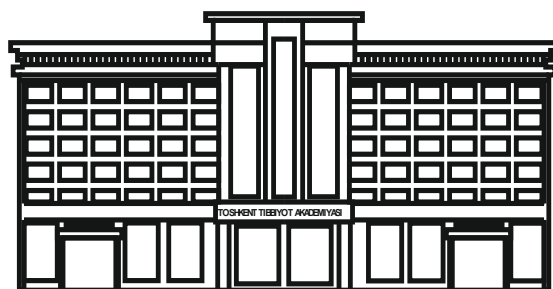


TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

***“Bosh va bo‘yin tug‘ma nuqsonlarini
davolashda innovatsion yondashuv”
mavzusidagi xalqaro anjumani
ilmiy maqolalari***

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном
издательском комплексе
редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять
по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА, 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционного совета

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Доцент Жафаров М.М.

Herald TMA, 2022

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshae

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

A/Prof. Murod Jafarov (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Қириш. Сурункали ринитни даволаш ва олдини қолиш замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолишда давом этмоқда. Сурункали ринитнинг умумий таркибида беморлар ижтимоий фаоллигининг пасайишига ва яшаш сифатининг ёмонлашишига, шунингдек, бир қатор асоратларнинг ривожланишига сабаб бўладиган АР (аллергик ринит) анча катта қисмини эгаллайди. Бутун дунёда аллергия касалликларнинг тарқалиши барқарор ўсиб бормоқда. Дунёнинг турли мамлакатларидаги тиббий статистик маълумотларга кўра, иқтисодий ривожланган мамлакатларда яшовчи шахар ва қишлоқ аҳолисининг 10-30% ушбу касалликдан азият чекмоқда, экологик жиҳатдан ноқулай зоналарда эса, бу кўрсаткич 50% га етади ва ундан ошади.

Юқори нафас йўллари (ЮНЙ) микробиоти респиратор саломатлигининг жиддий омилидир [1]. Бурун бўшлиғининг микробли экотизими, одатда *Actinobacteria* (*Corynebacterium* spp. ва *Propionibacterium* spp.) ва *Firmicutes* (болаларда *Streptococcus* spp. ва катталарда *Staphylococcus* spp.) турларидан ва *Bacteroidetes* турига мансуб кам сонли анаэроблардан иборат бўлади [5]. Протеобактерияларнинг (*Proteobacteria*) сони жуда ўзгариб туради: соғлом катта ёшли одамларда *Enterobacteriales* ва *Pseudomonadales* авлоди вакиллари кўп ва *Gamma*proteobacteria синфи вакиллари кам учрайди. Бурун даҳлизидagi ёғ безларининг ажралмаси *Propionibacterium* spp. липофил бактерияларига бой бўлади [2-6]. *Propionibacterium* spp. липидга бой тери ёғини гидролизлаш қобилиятига эга, бунинг натижасида қисқа занжирли эркин ёғ кислоталари ажралиб чиқади. Натижада, рН пасаяди, коринебактериялар ва коагулазаманфий стафилококклар ўсиши бошланади. Бурун бўшлиғи олд қисмининг нисбатан нам ва кислородга бой шароити *Staphylococcus aureus* ва коринебактериялар ривожланиши учун қулай ҳисобланади [10].

Шиллиқ қават табиий қаршилигининг номахсус механизмини мукоцилиар транспорт тизими, бурун шиллиқ қавати хужайралари томонидан ишлаб чиқариладиган микробларга қарши ажралмаларнинг (муцин, лизоцим, лактоферрин, интерферонлар, сиал кислоталар ва бошқалар) бактерицид хусусиятлари, фагоцитлар тизими ва семиз хужайралар таъминлайди. Махсус маҳаллий иммунитет В-хужайралар (*IgA*, *IgM*, *IgG*, *IgD*, *IgE*, *sIgA*, *sIgE*) ва лимфокинлар томонидан ишлаб чиқариладиган бурун шиллиқ қавати лимфоид хужайраларининг умумий иммун жавобидан иборат бўлади [7-11]. Санаб ўтилган омиллар микроблар учун ўзига хос тўсиқ бўлиб, уларнинг организмга кириб боришини чеклайди, шунингдек, бурун шиллиқ қаватининг микробли фони шаклланишида иштирок этадиган бактерияларнинг миқдорини таъминлайди.

АР билан оғриган беморларда юзага келадиган сурункали аллергия яллиғланишда бурун шиллиқ қава-

тини бактериал микрофлорадан ҳимоя қилувчи маҳаллий иммунитет механизмлари бузилиши мумкин, бу эса шикастланган бурун шиллиқ қаватида бактериал суперинфекцияни келтириб чиқаради [8-11].

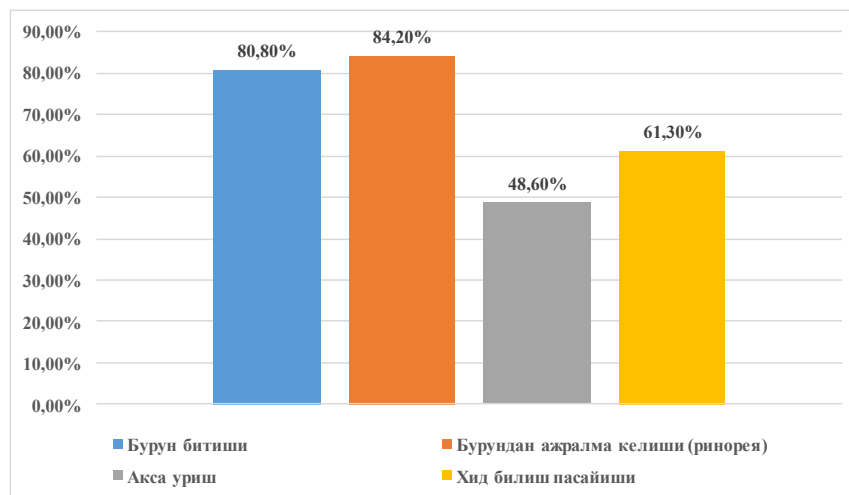
Аллергия ва инфекция ўртасидаги ўзаро боғлиқлик мутахассисларда доимо қизиқиш уйғотади [4]. Кўпгина бактериал кўзғатувчилар бронхиал астма, атопик дерматит ва АРнинг кўзғатувчиси бўлиши мумкинлиги аниқланган. Кўпгина ҳолларда ушбу касалликларнинг кўзиши *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* бактериялари билан боғлиқ. Бу ва бошқа бактериал кўзғатувчилар инфекция асоратларни юзага келтириши ва клиник белгиларнинг персистенцияси, касалликнинг тез-тез кўзиши ва ривожланишини келтириб чиқариши мумкин. Юқумли агентлар шиллиқ пардалар ва терида патологик жараёни кучайтириб ва қўллаб-қувватлаб, иммун реакциялар каскадини кўзғатади [3].

Тадқиқот мақсади сурункали риносинусит билан оғриган беморларда клиник ва микробиологик текширувлар ўтказиш ва ўрганиш ҳисобланади.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқот мақсадига мувофиқ ва қўйилган вазибаларни бажариш учун АДТИ клиникаси ЛОР бўлимида 2021-2022 йилларда ётган, сурункали риносинусит билан оғриган 50 нафар беморда клиник тадқиқотлар ўтказилди. Барча беморлар шикоятларни йиғиш, ЛОР аъзоларни текшириш, бурун шиллиқ қаватини функционал текшириш, бурун бўшлиғининг эндоскопияси ва микробиологик текширувларни ўз ичига олган кенг қамровли текширувдан ўтказилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. “Шикоятлар” тоифасининг маълумотларини йиғиш тадқиқот учун махсус ишлаб чиқилган, ҳар бир бемор учун тўлдирилган тематик харитага киритилган “Аллергик ринит симптомларининг оғирлигини баҳолаш” SNOT-22 сўровномаси асосида амалга оширилди.

Касалликнинг икки ёки ундан ортиқ асосий симптомларининг бўлиши АР ташхисини қўйишга имкон беради, ушбу ҳолат текширилган барча 96 нафар беморда (57 та (59,4%) аёллар ва 39 та (40,6%) эркекларда) қайд этилди, ушбу беморларда тез-тез қайталанадиган ўртача ва оғир даражадаги ПАР, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати микробли манзарасининг бузилиши кузатилди. Асосий симптомларга бурун битиши, ажралма (шиллик ва сероз), аксириниш ва бурунда қичишиш, ҳид билишнинг пасайиши ёки умуман бўлмаслиги, конъюнктивит белгилари киради. SNOT-22 сўровномасига асосланиб, бурун шиллиқ қаватининг микробли манзараси бузилган ПАР бўлган беморларнинг яшаш сифатига энг катта таъсир кўрсатадиган бешта асосий симптомни аниқлаш мумкин бўлди (1-диаграмма).



1-диаграмма. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати микробли манзараси бузилган ПАР билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатига энг кучли таъсир кўрсатадиган симптомлар.

Расмдан кўриниб турибдики, касалликнинг энг кўп учрайдиган симптомлари: бурундан ажралма оқиши ва томоқнинг орқа қисмидан шилимшиқ оқиши текширилганларнинг 42 тасида (84%) бир хил даражада учради. Бироз камроқ даражада - текширилганларнинг 40 тасини (80%) бурун битиши безовта қилди. Аксириш ва хид билишнинг пасайиши мос равишда 26 та (52%) ва 29 та (58%) беморда яшаш сифатини ёмонлаштирди. Тестнинг умумий ўртача балли 47,2 (максимал 110) баллни ташкил этди.

Асосий ва назорат гуруҳларида сўровномадан ўтказилганларнинг 84% да (42 киши) алергологик анамнез мавжуд эди. 9 та беморга (18%) ташхис расман биринчи марта қўйилди. Ринит симптомлари маиший чанг, уй ҳайвонлари юнги билан контактда бўлганда пайдо бўлди ва нам ҳавода кучайди.

Текширувнинг бошида беморларнинг 21% шифокорга мурожаат қилмаган ва вақти-вақти билан томир торайтирувчи томчиларни бурунга томизиш, мустақил даволанган. Қўпгина беморларда томирларни торайтирувчи томчиларининг самарадорлиги паст бўлиб, доза оширилганда бурун орқали нафас олиш бироз яхшиланган. Беморларнинг 79% амбулатория шароитида турли усуллар билан даволанган, даво самараси сезиларсиз даражада ва қисқа муддатли бўлган.

Эндоскопик текширувда асосий ва назорат гуруҳларида ҳеч қандай жиддий патология аниқланмади. Риноскопик манзара яққол шиш, бурун шиллиқ қаватининг оч пушти рангда бўлиши, ўрта бурун йўлида полиппга ўхшаш қалинлашиш, димоқ шиллиқ қавати, хоаналар ички қирраси, пастки бурун чиғаноқлари орқа учлари, найча валикларининг шишиши ва гипертрофияси билан характерланди, бурун йўллари ва бурун-ҳалқумда тиниқ сероз - шиллиқ ажралма тўпланганлиги аниқланди.

Рентгенологик текширувда 41 та текширилувчида (82%) ғалвирсимон ва юқори жағ синуслари шиллиқ қаватининг шишиши ва девор олди қалинлашиши аниқланди, 9 та беморда (18%) булардан ташқари фронтал бўшлиқ ва камроқ даражада понасимон бўшлиқнинг пневматизацияси камайди.

Қоннинг клиник таҳлилида барча беморларда организмда алергик яллиғланиш мавжудлигига шубҳа қилиш имконини берадиган қуйидаги ўзгаришлар: ўртача лейкоцитоз ($15-20 \times 10^9/\text{л}$), эозинофиллар нисбий сонининг кескин кўпайиши ($>5\%$), қизил қон таначалари, тромбоцитлар ва гемоглобин даражасининг нормал қийматларида эритроцитлар чўкиш тезлигининг (ЭЧТ) бироз ошиши (эркакларда > 10 мм/соат ва аёлларда > 15 мм/соат) аниқланди.

Бурун шиллиқ қавати бактериал колонизацияси таркибини ўрганиш учун АР нинг доимий қайталанувчи кечиши ва анъанавий антиалергик терапияга чидамлилиги бўлган 50 нафар беморда културал бактериологик текширув ўтказилди.

Бурун шиллиқ қаватининг АРга микробли хилма-хилликнинг паст даражаси хослиги аниқланди. Шуниси эътиборга лойиқки, умумий бактериал юклама ва бактерия турларининг кўплиги доимий бўлиб қолади, шу билан бирга алоҳида бактерия турларининг нисбий миқдори ўзгаради. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасида асосан *Staphylococcus* ва *Streptococcus* spp каби анаэроблар кўп бўлади, *Rothia* ва *Corynebacterium* авлодлари бактериялари кам учради. Гистограммада текширилаётганларда микробиоценоз бузилганлиги, микроорганизмлар умумий сонининг кўпайганлиги акс этади. Текширилувчиларнинг 62,5%да ўртача бактериал ифлосланишнинг Ig кўрсаткичи ўртача 7,7 қийматдан ошади. Одатда, бурун шиллиқ қаватининг микробли манзараси жуда кам сонли бўлади, шунинг учун ҳатто минимал оғишлар ҳам дисбиотик бузилишларнинг индикаторлари бўлиши мумкин.

Тарқалиш зичлиги графиги бир нечта чўққиларга эга ва Гаусс тақсимотига тўғри келмайди, шунинг учун текширилаётганлар бурун шиллиқ қаватининг ўртача бактериал ифлосланиши Ig меъёрий тақсимот қонуниятига бўйсунмайди. Бу ўртача арифметик, мода, медиана, асимметрия ва эксцесс қийматлари билан ҳам тасдиқланади:

- ўртача қиймат 7,7; мода 9; медиана 8.2. Кўрсаткичлар бир-биридан фарқ қилади → маълумотлар меъёрий тақсимот қонуниятига бўйсунмайди;

- асимметрия -0,9; эксцесс -0,3. Асимметрия ва эксцесс кўрсаткичлари "0" га яқин эмас → меъерий тақсимот қонуниятига бўйсунмайди.

Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати суртмаларини бактериологик таҳлил қилиш натижалари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Аллергик ринит билан оғриган беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати суртмаларини бактериологик текшириш натижалари

Микроорганизм номи	Учраш частотаси, абс. (%)	Ўртача ифлосланиш lg
Staphylococcus spp.	76	-
S. aureus	27,1	8,4
S. epidermidis	20,8	7,8
S. haemolyticus	28	9,2
S. hominis	11,3	8,1
S. warneri	17,6	7,6
S. cohnii	15,8	5,8
S. capitis	21,7	6,2
Streptococcus spp.	15,4	8,7
Enterococcus spp.	12,3	1,8
Micrococcus spp.	26	3,4
Enterobacteriaceae spp.	24,5	4,5
Neisseria spp.	19,7	6,9

Жадвал АР нинг доимий қайталанувчи кечиши бўлган беморларда Staphylococcus ва Streptococcus, Enterobacteriaceae оиласи микроорганизмларининг сезиларли устунлигини кўрсатади.

Staphylococcus авлоди бактериялари беморларнинг аксариятида (74%) асосий флора ҳисобланади. Ушбу турга мансуб микроорганизмлар турларининг кўрсаткичларини аниқлашда коагулаза-мусбат S.aureus (28,1%; ўртача бактериал ифлосланиш қиймати lg 8,3) ва коагулаза-манфий S.epidermidis (19,8%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 7,9) ва S.hemolyticus (27%; lg ўртача бактериал ифлосланиш 9,1) штамлари сонининг кўпайганлиги қайд этилди. Кўпинча микроорганизмлар поликомпонентли ассоциацияларни ҳосил қилди. Кўпинча 2 компонентли - 40% (масалан, S. aureus, S. epidermidis) ва 3 компонентли - 13% (масалан, S. epidermidis, S. haemolyticus, S. hominis) ассоциациялар аниқланди, стафилококклар монокултуралари 32% ҳолларда ажратиб олинди.

Стафилококкларнинг агрессив хусусиятлари улар ишлаб чиқарадиган, бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватида яллиғланиш жараёнининг ривожланишида иштирок этадилар ферментларга боғлиқ. Ушбу зарарловчи таъсир аутофлоранинг фаоллашишига ва шиллиқ қаватнинг микробларга қарши чидамлилигини пасайишига ёрдам беради. Табиий иммунитет омилларининг бостирилиши микробиоценозларда мавжуд бўлган ассоциатив алоқаларнинг сезиларли даражада бузилишига, бу эса дисбактериознинг шаклланишига олиб келади.

Enterococcus авлоди бактериялари сонининг кўпайиши (14,6%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 1,7) дисбактериознинг мураккаблашган манзарасини акс эттиради, унинг нафас йўллари аллергия патологиясини бошлашдаги аҳамиятини таъкидлайди.

Грамманфий микрофлора: Enterobacteriaceae оиласи (25%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 4,2) ва Neisseria авлоди (13,5%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 6,8) сонининг ортиши ҳам дисбактериознинг кўринишларидан бири бўлиши мумкин, чунки улар ушбу биотопга хос эмас. Ушбу оилалар бактериялар персистрланишининг оқибатида яллиғланиш ривожланади. Бундан ташқари, Enterobacteriaceae spp. ва Neisseria spp. яққол сенсбилловчи фаолликка эга [103].

Тадқиқот давомида асосий ва назорат гуруҳларида эркаклар ва аёлларда бурун бўшлиғи микрофлорасида сифат жиҳатидан сезиларли фарқлар аниқланмади.

Шахсий тадқиқот натижаларини сарҳисоб қилсак, бурун шиллиқ қавати АР да, текширилувчиларнинг фикрига кўра, яшаш сифатига бешта симптом: бурундан ажралма оқиши, томоқнинг орқа қисмидан шилимшиқ оқиши ҳисси, бурун битиши, аксириш ва ҳид билишнинг пасайиши катта таъсир кўрсатади. Риноскопик манзара яққол шиш, бурун шиллиқ қаватининг оч пушти рангда бўлиши, ўрта бурун йўлида полипга ўхшаш қалинлашиши, бурун йўллари тиниқ шиллиқ ажралма тўпланиши билан характерланади. АРнинг доимий қайталанувчи кечиши бўлган беморларда бурун шиллиқ қаватининг микробли манзараси Staphylococcus ва Streptococcus, Enterobacteriaceae оиласи микроорганизмлари-

нинг сезиларли устунлиги билан тавсифланади. Enterobacteriaceae оиласи ва Enterococcus авлоди бактериялари сонининг кўпайиши дисбактериознинг мураккаблашган манзарасини акс эттиради, ушбу оилаларнинг нафас йўллари аллергияси бошланишидаги аҳамиятини таъкидлайди. Зардобдаги ЭКО бурун шиллиқ қавати сурункали доимий эозинофилли яллиғланиши кўзишининг маркери ҳисобланади ва у бактериал ифлосланиш даражасига корреляцион боғлиқ. Шунинг учун АРни даволаш тактикасини аниқлаш ва самарадорлигини назорат қилиш учун зардобдаги ЭКО концентрацияси ва бурун шиллиқ қаватининг бактериал ифлосланиши кўрсаткичларидан фойдаланиш мумкин.

Беморларни клиник кўриқдан ўтказишда бурун шиллиқ қаватининг АР касаллигида яшаш сифатига бешта симптом: бурундан ажралма оқиши, томоқнинг орқа қисмидан шилимшиқ оқиши ҳисси, бурун битиши, аксириш ва ҳид билишнинг пасайиши катта таъсир кўрсатади. Риноскопик манзарага яққол шиш, бурун шиллиқ қаватининг оч пушти рангда бўлиши, ўрта бурун йўлида полиппа ўхшаш қалинлашиш, бурун йўллари тиниқ шиллиқ ажралма тўпланиши хос. Лаборатор текширув усуллари қуйидаги ўзгаришларни: эозинофиллар фракциясининг устунлиги билан (>5%) ўртача лейкоцитоз ($15-20 \times 10^9/\text{л}$), эритроцитлар чўкиш тезлигининг (ЭЧТ) бироз ошиши (эркакларда > 10 мм/соат ва аёлларда > 15 мм/соат), қон зардобдаги ЭКО даражасининг ошиши (>24 нг/мл), бурун секретиди эозинофилларнинг юқори фоизини (>10%) аниқлади.

Асосий ва назорат гуруҳидаги эркаклар ва аёлларда бурун бўшлиғи микрофлорасининг сифат таркибида сезиларли фарқлар бўлмади. АРнинг доимий қайталанувчи кечиши бўлган беморларда бурун шиллиқ қаватининг микрофлораси Staphylococcus (74% текширилганларда) ва Streptococcus (20,8% текширилганларда), Enterobacteriaceae (25% текширилганларда) оиласи микроорганизмларининг сезиларли устунлиги билан тавсифланди. Staphylococcus авлоди бактериялари орасида энг кенг тарқалгани коагулазамусбат S.aureus (28,1%; ўртача бактериал ифлосланиш қиймати lg 8,3) ва коагулазаманфий S.epidermidis (19,8%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 7,9) ва S.hemolyticus (27%; lg ўртача бактериал ифлосланиш 9,1) бўлди. Кўпинча микроорганизмларнинг 2 компонентли (40% текширилувчиларда) ва 3 компонентли (13% текширилувчиларда) ассоциациялари аниқланди, стафилококклар монокултуралари 32% ҳолларда ажратиб олинди.

Enterococcus оиласи бактериялари сонининг кўпайиши (14,6%; lg ўртача бактериал ифлосланиш 1,7 КХҚБ/мл) дисбактериознинг мураккаблашган манзарасини акс эттиради, ушбу оилаларнинг нафас йўллари аллергияси бошланишидаги аҳамиятини таъкидлайди. Грамманфий микрофлора: Enterobacteriaceae оиласи (25%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 4,2) ва Neisseria авлоди (13,5%; ўртача бактериал ифлосланиш lg 6,8) сонининг ортиши ҳам дисбактериознинг кўринишларидан бири бўлиши мумкин, чунки улар ушбу биотопга хос

эмас. Ушбу оилалар бактериялар персистрланишининг оқибатида яллиғланиш ривожланади. Бундан ташқари, Enterobacteriaceae spp. ва Neisseria spp. яққол сенсбилловчи фаолликка эга.

Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати АР билан оғриган беморларни тадқиқотга киритиш мезонларидан бири қон зардобдаги ЭКО даражасининг ошиши ҳисобланди. Шунга кўра, текширилганларнинг 100%да ушбу кўрсаткичнинг қиймати референт қийматдан (24 нг/мл) ошиб кетди ва асосий гуруҳда ўртача 47,2 нг/мл ни, назорат гуруҳларида 46,6 нг/мл ни ташкил этди. ЭКО концентрациясининг икки бараваргача ортиши (24 нг/мл дан 48 нг/мл гача) беморларнинг атиги 32%да қайд этилди. Бошқа ҳолларда, унинг қиймати 48 нг/мл дан ошди, максимал 63 нг/мл ни ташкил этди. АР билан оғриган беморларда бурун шиллиқ қаватининг бактериал ифлосланиш даражаси ва қон зардобдаги ЭКО концентрацияси ўртасида статистик аҳамиятга эга ($p \leq 0,01$) тўғри кучли корреляция ($r=0,8$) аниқланди. Бактериал агентнинг касалликнинг ривожланишидаги этиологик аҳамиятини фақат микробиологик текширув натижалари билан исботлаб бўлмайди.

Топилган корреляция бизга қон зардобдаги ЭКО ни бактериал микрофлоранинг бурун шиллиқ қаватига бевосита таъсирини акс эттирувчи биомаркер сифатида кўриб чиқишга ва бу кўрсаткичлардан АР даволаш самарадорлигини баҳолаш учун лаборатория мезони сифатида фойдаланишга имкон берди.

АР шаклланишидаги бактериал агентларнинг этиологик аҳамияти ва бурун бўшлиғида маҳаллий яллиғланишнинг ўзига хос хусусиятлари, инфекцияга қарши ҳимоя кўрсаткичларининг пасайиши билан тавсифланади, даволашни такомиллаштириш ва даволаш схемасига антибактериал ва иммунокоррекцияловчи препаратларни киритиш зарурлигини таъкидлайди.

Хулоса

Аллергик ринит билан оғриган беморларда бурун шиллиқ қаватидан олинган суртмаларни бактериологик текшириш натижалари граммусбат коксимон флора, асосан Staphylococcus авлодига мансуб микроорганизмлар, шунингдек ушбу биотоп учун хос бўлмаган ва яққол сезувчанликка эга Enterobacteriaceae spp. ва Neisseria spp мавжудлиги билан яққол дисбиоз мавжудлигини кўрсатади. Бурун бўшлиғи микрофлораси ўзгарган аллергия ринит билан оғриган беморларда қон зардобда эозинофиллар катион оксиленинг кўпайиши ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватидаги микробли юклама кўрсаткичлари ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p \leq 0,01$) тўғри корреляцион боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Аллергик ринит билан оғриган беморларда қон зардобда эозинофиллар катиони оксиленинг концентрацияси ва бурун шиллиқ қаватининг бактериал ифлосланиши кўрсаткичлари сурункали эозинофил яллиғланиш фаоллигининг объектив мезонлари бўлиб, АРни даволаш тактикасини аниқлаш ва самарадорлигини назорат қилиш учун ишлатилиши мумкин. Доимий қайталанадиган кечиш ва анъанавий антиаллергик терапияга чи-

дамлилиқ билан тавсифланган аллергия ринит билан оғриган беморларга бурун шиллиқ қавати суртмасини бактериологик текшириш тавсия этилади ва агар микрофлоранинг бузилиши аниқланса, қон зардобида эозинофилларнинг катион оқсилли концентрацияси аниқланади. Бурун шиллиқ қаватининг микрофлораси бузилган аллергия ринит билан оғриган беморларда терапия самарадорлигини назорат қилиш учун бурун шиллиқ қаватидаги микробли юклама кўрсаткичларини ва қон зардобида эозинофиллар катион оқсилли концентрациясини кузатиш тавсия этилади.

Адабиётлар

1. Губанова С.Г. и др. Современные диагностические исследования в ринологии: необходимое и достаточное // Педиатрическая фармакология. – 2020. – Т. 17. – №. 5. – С. 450-454.

2. Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Антибактериальная терапия при острых и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей у взрослых // Медицинский совет. – 2017. – №. 16. – С. 73-77.

3. Максименя М.В. и др. Особенности продуцирования белка теплового шока HSP-70 И АтHSP-70 в крови и в клетках слизистой оболочки носа при ринитах и риносинуситах различной этиологии // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. – 2018. – С. 184-186.

4. Один В.И. Клинический анализ гемограммы / В.И. Один, Н.Ю. Демьяненко, А.М. Живописцева / Под. Ред. Профессора В.В. Тыренко. – СПб.: ООО «Медиздат-СПб», 2020. – 152 с.: ил.

5. Пробст, Р. Оториноларингология в клинической практике / Р. Пробст, Г. Греверс, Г. Иро; пер. с англ. под ред. А.С. Лопатина. – М.: Практическая медицина, 2012. – 384 с.

6. Тулебаев Р.К. и др. Лечение хронических риносинуситов природными факторами // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2018. – Т. 8. – №. 3. – С. 294-300.

7. Хохлова Н.Н. и др. Особенности биопленкообразования микрофлоры верхних дыхательных путей у детей 2-6 лет // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2016. – №. 2. – С. 14-17.

8. Hoggard M. et al. Chronic rhinosinusitis and the evolving understanding of microbial ecology in chronic inflammatory mucosal disease // Clinical microbiology reviews. – 2017. – Т. 30. – №. 1. – С. 321-348.

9. Hoggard M. et al. Inflammatory endotypes and microbial associations in chronic rhinosinusitis // Frontiers in immunology. – 2018. – Т. 9. – С. 2065.

10. Nayak N. et al. Clinical implications of microbial biofilms in chronic rhinosinusitis and orbital cellulitis // BMC ophthalmology. – 2016. – Т. 16. – №. 1. – С. 1-10.

11. Vlad D. et al. The Effect of Spray Cryotherapy on Microbial Biofilms in Chronic Rhinosinusitis // Current Infectious Disease Reports. – 2018. – Т. 20. – №. 10. – С. 1-8.



СОДЕРЖАНИЕ

Юз–жағ ва пластик реконструктив хирургия

Абдуқодиров А, Қурбонов Ф.Р., Абдуқодиров Д.А. АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ПАЦИЕНТЛАРНИ ОРТОГНАТИК ОПЕРАЦИЯЛАРГА ТАЙЁРЛАШНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА БУГУНГИ ҲОЛАТИ (АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ)	4
Батырова С. З., Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТЕЗ-ОБТУРАТОРА ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТЕОМИЕЛИТА И ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	9
Ибрагимов Д.Д., Боймуратов Ш.А., Мавлянова У.Н., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ.	11
Ибрагимов Д.Д. Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОКОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРАВМЫ ЗОНЫ ЛИЦА	14
Matanazarov A.N. “COVID 19 BO’LGAN BEMORLARDA YUZ-JAG’ SOXASINING YIRINGLI YALLIG’LANISHLARINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH “	16
Боймуродов Ш А ¹ ., Рустамова Д А ² ., Бобамуратова Д Т ² Умаров Р З ³ КАЧЕСТВО КОСТЕЙ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ	20
Рустамова Д.А., Қурбонов Ё.Х., Махмадалиева Д.О., Джурраев Ж.А., Юсупов Ш.Ш. ЮЗ ЖАҒ СОҲАСИДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР БЎЛГАН БЕМОРАЛАР MTHFR ГЕНИДА RS1801133 ПОЛИМОРФИЗМИ ЧАСТОТАСИННИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	24
Рустамова Д.А., Қурбонов Ё.Х., Махмадалиева Д.О., Джурраев Ж.А., Юсупов Ш.Ш. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР БЎЛГАН БЕМОРАЛДАР MTR ГЕНИДА RS1801394 66A>G ПОЛИМОРФИЗМИ ЧАСТОТАСИННИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	27
Юсупов Ш.Ш., Нармуротов Б.К., Каримбердиев Б.И., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СТЕНОК ОРБИТЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ	30
Yusupov Sh.Sh., Bobamuratova D.T., Narmurotov B.K. , Kurbanov Y.Kh. RECONSTRUCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AND LOWER JAW RAMUS USING A PATIENT SPECIFIC TITANIUM IMPLANT	35
Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э. ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	40
Билял Н.М. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО АППАРАТА TWIN-BLOCK	44
Pulatova B.Zh., Achilova N.G. X-RAY FEATURES OF THE USE OF DENSITOMETRY IN OSTEOPOROSIS IN THE CLIMACTERIC PERIOD OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE MAXILLOFACIAL REGION	47
Хасанов А.И., Хакимов А.А., Маматалиев А.Р., Пулатов Н.Х., Юсупов Ш.Ш. ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ МАХАЛЛИЙ МИНИПЛАСТИНАЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ	50
Юсупов Ш.Ш., Боймуратов Ш.А., Нармуротов Б.К., Нигматов И.О., Каримбердиев Б.И., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D ТЕХНОЛОГИЙ	55
Элтазарова Г.Ш. ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ ОРАСИДА ҚУЁН ЛАБ-БЎРИ ТАҒЛАЙ АНОМАЛИЯСИННИНГ УЧРАШИ	60

Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Ф. БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИДА ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА НАТИЖАЛАРНИ ЎРГАНИШ	64
Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Мадазимов К.М., Назиров С.У. ИЗ ОПЫТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ	67
Ортикова Н.Х., Ризаев Ж.А. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРАХ И БЕСПОКОЙСТВО У ДЕТЕЙ, ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ	70
<i>Оториноларингология</i>	
Шаумаров А.З., Джуроев Ж.А., Ходжанов Ш.Х., Ахунджанов Н.А., Ботиров А.Ж. ҚЎШМА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА БУРУН БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИ МОРФОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ	74
Khasanov U.S., Djuraev J.A., Zulunov B.S. METHODS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS	77
Khasanov U.S., Djuraev J.A., Ibadullaev Sh.O. CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC TONSILLITIS	80
Шайхова Х.Э., Мадаминова Н.Э., Джуроев Ж.А. СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРДА КЛИНИК ВА МИКРОБИОЛОГИК МАНЗАРАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	83
Axmedova Z.A. Haydarova G.S. ALLERGIK RINIT. KECHISHI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI	88
M.M. Jafarov TASHQI QULOQ PLASTIK OPERASİYASINI O'TKAZGAN BEMORLARDA OPERASIYADAN KEYINGI XOLATINI BOSHQARISH	92
Нурмухамедова Ф.Б. ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	94
Эргашев У.М., Хасанов У.С. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	99
Эргашев У.М., Рахматова А.Х. ВВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ	102
Хасанов Ж.И., Аvezов М.И. ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИ КЎП ТАРМОҚЛИ СТАЦИОНАРИ ЛОР-БЎЛИМИ ФАОЛИЯТИНИ БАҲОЛАШ	104
Амонов Э.И., Шайхова Х.Э., Хайдарова Г.С., Джаббаров Н.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19	107
Xasanov U.S., Djurayev J.A., Abdullayev U.P. O'TKIR SENSONEVRAL GARANGLIKDA STEROID DORI VOSITALARNI NOG'ORA BO'SHLIG'IGA QO'LLANILISHINI SAMARADORLIGINI VANOLASH	112
<i>Офтальмология</i>	
Ibragimova N.N. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ASORATGA OLIV KELUVCHI DIABETIK RETINOPATIYALAR	116
Абдуллаев Ш. Р., Максудова Л.М., Икрамов О.И., Нурматов Ш.Ш. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА В СОЧЕТАНИИ С ДЕМОДЕКОЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	119
Mukhamadiev R.O. CRYSTALLOGRAPHY OF LACRIMAL FLUID IN PATIENTS WITH DIABETIC RETINOPATHY OF THE RETINA	123
Mukhamadiev R.O. CRYSTALLOGRAPHY OF A TEAR IN CHORIORETINAL RETINAL DYSTROPHY	126
Dusmukhamedova A.M., Turchibaeva D.M., Khadzhimetov A.A. EFFICACY OF NEUROPROTECTION IN PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA	128

Зокирходжаев Р.А., Камилов Х.М., Билалов Э.Н., Асрорхужаева И.Р. КЎРУВ НЕРВИ ТУҒМА ГИПОПЛАЗИЯСИНИНГ КЛИНИК-ТАШҲИСИЙ МЕЗОНЛАРИ	132
Икрамов А.Ф., Умарова Б.З., Икрамов Д.А., Икрамов О.А. ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ	137
Набиев А.М., Захидов О.У. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «АРТИФАКИЧНОЙ» ГЛАУКОМА ПОСЛЕ ФЭК	141
Рустамбекова Ш.И., Икромов А.Ф., Икромов Д.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИФРОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В НОРМЕ И ПРИ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ	143
Абдирашидова Г.А., Гаффаров Г.К. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ЖЕНЩИН КАШКАДАРЙИНСКОЙ ОБЛАСТИ	146
Ташматов С.А. СЛУЧАЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ ПРАВОГО ГЛАЗА	150
Yangiyeva N.R., Agzatova S.S., Hikmatov M.N. TRAVMATIK OPTIK NEYROPATIYADA TO'R PARDA NERV TOLALARI VA GANGLIOZ HUYAYRALAR MAJMUASINING PROGRESSIV YURQALASHISHI: 2 TA KLINIK HOLAT	152
Профилактика ва лаборатория текширувлари	
Туймачев У.А., Ашуров Т.А. ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ	155
Боборахимова У.М. СЕМИЗЛИКНИ АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ	157
Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Шоахмедова К.Н., Махкамова О.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА	160
Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М. 15 ЁШЛИ БОЛАДА АЛПОРТ СИНДРОМИ ПОЛИДИСЭМБРИОГЕНЕЗ СТИГМЛАРИ	165
Садикова Д.И., Косимхожиев М.И. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА	167
Бобомуратов Т.А., Самадов А.А., Даниелова Е.А. СОСТОЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	170
Нурматова Н.Ф. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	174
Ганиева Ш.Ш., Наврузова Ш.И., Эргашева М.У. САЛИВАТОРНАЯ ЦИТОКИНОДИАГНОСТИКА ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	179
Наврузова Ш.И., Ганиева Ш.Ш., Эргашева М.У. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	181
Ташматов С.А., Абдуллаев Д.Э. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ ТКАНЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	186
Akbarov A.N., Zakirova Kh.X., Ibragimov A.X. DETERMINATION OF ALLERGIC REACTION TO DENTURE BASIS MATERIALS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA	189
Алимухамедова М.Р., Тажиева З.Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	191
Shayxova G. I., Xolmatova B.T., Tajiyeva Z.B. MAKTAB YOSHIDAGI BOLALARDA SIYDIK SHIQARISH TIZIMI KASALLIKLARI SHAKLLANISHINING HOZIRGI TENDENTLARI VA ULARNING KECHISH XUSUSIYATLARI.	193

МУАЛЛИФЛАР УЧУН МАЪЛУМОТ
МАҚОЛАЛАР ФАҚАТ ЮҚОРИДА КЎРСАТИЛГАН ҚОИДАЛАРГА
ҚАТЪИЙ РИОЯ ҚИЛИНГАН ҲОЛДА ҚАБУЛ ҚИЛИНАДИ!

ҚЎЛЁЗМАНИ ТАЙЁРЛАШ ҚОИДАЛАРИ

“Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi” jurnali 2 oyda 1 marta chop etiladi. Jurnalga respublika oliy o‘quv yurtlari va tibbiyot markazlari xodimlari, qo‘shni davlatlardan kelgan mutaxassislarining maqolalari qabul qilinadi.

Maqola kompyuterda Word dasturida yozilishi kerak. Hoshiyalar: yuqoridan va pastdan 2 sm, chapdan 3 sm, o‘ngdan 1,5 sm asosiy shrift Times New Roman, asosiy matnning shrift o‘lchami 14, qator oralig‘i bir yarim, matnni kengligi bo‘yicha tekislash, paragrafning chegarasi (qizil chiziq) 1,5 sm.

Sahifani raqamlash amalga oshirilmaydi. Rasmlar matnga kiritilishi, har bir rasmda rasm ostida imzo bo‘lishi kerak.

Alifbo tartibida tuzilgan adabiyotlar ro‘yxatiga muvofiq kvadrat qavs ichida [1,2] adabiyotlarga havolalar avval rus tilidagi, keyin chet tilidagi manbalar yoziladi. Adabiyotlar ro‘yxati Davlatlararo standart talablariga muvofiq tuziladi.

Vestnik TMA jurnalida sarlavhalari mavjud:

“Yangi pedagogik texnologiyalar”

“Sharhlar”

“Eksperimental tibbiyot”

“Klinik tibbiyot”

“Gigiena, sanitariya, epidemiologiya”

“Amaliyotchiga yordam”,

“Yoshlar tribunasi”.

Maqolalar hajmi 20 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati 40-50 manba. Maqolalarga sharh uchta tilda (o‘zbek, rus, ingliz) sharh maqolalari kalit so‘zlar bilan (3-5) 0,3-05 sahifadan oshmasligi kerak.

“Eksperimental tibbiyot”, “Klinik tibbiyot”, “Sanitariya, gigiena, epidemiologiya” (o‘z material) bo‘limlarida nashr etish uchun mo‘ljallangan maqolalar hajmi - 9-12 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati - 12-15 manbadan ko‘p bo‘lmagan. alifbo tartibida. O‘z materiallarini o‘z ichiga olgan maqolalarga izohlar tuzilgan bo‘lishi kerak, ya‘ni. o‘z ichiga oladi (qisqacha): maqsad, material va usullar, natijalar, xulosalar, kalit so‘zlar. Ular, shuningdek, uch tilda tuziladi.

Ilmiy maqolani loyihalashga umumiy talablar.

Maqolada quyidagilar bo‘lishi kerak:

- qisqa kirish (alohida emas),
- tadqiqotning maqsadi,
- materiallar va tadqiqot usullari
- tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish
- xulosa

Oxirida muallifning telefon raqamini ko‘rsatishi kerak, u bilan tahririyat bilan ish olib borish mumkin bo‘lishi ucun.

Maqolalarning mazmuniga javobgarlik mualliflarning zimmasidadir.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ
СТАТЬИ ПРИНИМАЮТСЯ ТОЛЬКО ОФОРМЛЕННЫЕ
В СТРОГОМ СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ ПРАВИЛАМИ!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии» выходит с периодичностью 1 раз в 2 месяца. В журнал принимаются статьи сотрудников вузов и медицинских центров республики, а также специалистов из ближнего зарубежья.

Статья должна быть набрана на компьютере в программе Word. Поля: верхнее и нижнее 2 см, левое 3 см, правое 1,5 см. Основной шрифт Times New Roman, размер шрифта основного текста 14 пунктов, межстрочный интервал полупетельный, выравнивание текста по ширине, абзацный отступ (красная строка) 1,5 см. Статья должна быть сохранена в формате РТФ.

Нумерация страниц не ведется. Рисунки внедрены в текст. Каждый рисунок должен иметь подпись под рисунком и ссылку на него в тексте.

Ссылки на литературу в квадратных скобках [1,2] в соответствии с пристатейным списком литературы, который составляется в АЛФАВИТНОМ порядке, сначала русскоязычные, затем иноязычные источники. Список литературы оформляется согласно требованиям ГОСТ.

В журнале Вестник ТМА имеются рубрики:

- «Новые педагогические технологии»,**
- «Обзоры»,**
- «Экспериментальная медицина»,**
- «Клиническая медицина»,**
- «Гигиена, санитария, эпидемиология»,**
- «Помощь практическому врачу»,**
- «Трибуна молодых».**

Объем обзорных статей – до 20 страниц, список использованной литературы – 40-50 источников. Объем аннотаций на трех языках (узбекском, русском, английском) к обзорным статьям не должен превышать 0,3-0,5 страницы, с ключевыми словами (3-5).

Объем статей, предназначенных для публикации в рубриках **«Экспериментальная медицина», «Клиническая медицина», «Санитария, гигиена, эпидемиология»** (собственный материал) – 9-12 страниц, список литературы – не более 12-15 источников также в алфавитном порядке. Аннотации к статьям, содержащим собственный материал, должны быть структурированными, т.е. содержать (кратко): цель, материал и методы, результаты, выводы, ключевые слова. Оформляются также на трех языках.

Общие требования к оформлению научной статьи.

В начале статьи с выравниванием названия статьи по центру указываются с красной строки:

- номер по Универсальной десятичной классификации (УДК)
- название статьи на том, языке, на котором написана статья,
- фамилия и инициалы автора,
- название организации, в которой выполнялась работа.

Далее в той же последовательности информация приводится на русском и английском языках.

Статья должна содержать:

- краткое введение (не выделяется),
- цель исследования,
- материалы и методы исследования,
- результаты исследования и их обсуждение,
- заключение,
- выводы,
- литература.

В конце следует указать номер телефона автора, с которым можно будет вести редакционную работу.

Авторы несут ответственность за содержание статьи.