

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

Филиал ташкил қилинганлигининг 25 йиллигига
бағишланган
“ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ”
мавзусидаги Республика илмий –амалий анжумани
тўплами

2017 йил 24-25 май

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ»
Материалы Республиканской научно-практической
конференции посвящённой 25 летию основания
филиала

Тошкент тиббиёт академияси
Урганч филиали Кенгаши
томонидан 2017 йил 29 апрелда
чоп этишга тавсия этилган
(№ 11 баённома).

Урганч- 2017

Масъул мухаррир:

Рузибаев Р. Ю. -т.ф.д., профессор, ТТА Урганч филиали
директори

Тахрир ҳайъати:

Абдуллаев Р.Б. –т.ф.д., профессор, илмий ишлар бўйича директор
ўринбосари

Юсупова М.А. – т.ф.д., УАШ тайёрлаш кафедраси мудири

Қиличев И.А. –т.ф.д., профессор, асаб ва руҳий касалликлар
кафедраси мудири

Исмоилов С.Р. -т.ф.д., фармакология, клиник фармакология ва
патологик физиология кафедраси мудири

Шукурлаев К.Ш. -т.ф.д., микробиология, нормал физиология ва
биологик кимё кафедраси мудири

Сапаев О.К. -т.ф.д., болалар жарроҳлиги, анестезиология ва
реаниматология, стоматология кафедраси
мудири

Аллаберганова З.С. -б.ф.н., микробиология, нормал физиология ва
биологик кимё кафедраси доценти

Хаджиева Н.М. -фан ва илмий педагогик кадрлар тайёрлаш
бўлими бошлиги

Ушбу илмий ишлар тўплами Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалининг 25 йиллигига бағишланади. Тўпланда Республикамиздаги тиббиёт олий ўқув юртлари ва ТТА Урганч филиалида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчиларнинг бажараётган илмий тадқиқот ишлари натижалари нашр қилинган.

Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

КИРИШ СЎЗИ

Т.ф.д., профессор Рузибаев Рашид Юсупович
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
директори

*Ассалому алайкум мухтарам анжуман меҳмонлари ва
иштирокчилари.*

Ўзбек халқининг азалий орзуси ушалиб, истиқлолга эришган табарруқ кунларда мамлакатимизда жуда катта ижобий ўзгаришлар рўй бериб, илм-фан, маърифат учун янги уфқлар очила бошлади. Юртимизда ташкил этилган ўнлаб янги университетлар, минглаб касб-хунар коллежлари билимга чанқоқ ёшларни ўз бағрига олди. “Таълим тўғрисида”ги Қонун ва “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури” ни амалга оширишга киришилиши натижасида баркамол авлодни тарбиялаш жараёнлари янада изчил йўлга қўйилди.

Ана шундай дориламон кунларда истиқлол шарофати билан Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1992 йил 8 февралдаги “Янги олий ўқув юртларини ташкил этиш тўғрисида”ги РФ -356 сонли Фармонида асосан очилиши режалаштирилган 16 та университет ва бир нечта бошқа олий ўқув юртлари қаторида I –Тошкент Давлат тиббиёт институти Урганч филиали ҳам бор эди.

Хоразмда тиббиёт институти бўлимини очишдан кўзланган мақсадлар қаторида: юқори малакали шифокор кадрларга бўлган талабни тўлдириш; экологик ноқулай шароитга эга бўлган ҳудудда инсонлар саломатлигини сақлаш ва муҳофаза қилишни таъминлаш; даволаш ва профилактика чора – тадбирлари учун илмий мезонларни ишлаб чиқиш каби вазифалар турарди.

Мана шундан бери орадан 25 йил вақт ўтди. Ана шу 25 йиллик даврни сарҳисоб қиладиган бўлсак, Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали жамоаси ҳам олий маълумотли шифокорлар тайёрлаш ишига ўз муносиб улушини қўшиб келмоқди. Жамоанинг 25 йил давомидаги меҳнати маҳсули сифатида 3 мингга яқин ёш мутахассислар Республикаимизнинг турли даволаш муассасаларида халқимизнинг саломатлигини сақлаш ва муҳофаза қилиш борасида фаолият кўрсатмоқдалар.

Филиал тарихи нисбатан қисқа бўлса ҳам, аммо йўқдан бор қилинган, зарурлиги ва ишлаш сифати шубҳа остига олинб, бугунги

кунда келажига катта ишонч ва умид билан қаралаётган жамоанинг меҳнат ютуқлари таҳсин ва олқишга сазовордир.

Филиалда ўқув – тарбиявий жараёнларни такомиллаштириш билан бир қаторда илмий – тадқиқот ишларини юқори даражада амалга оширишга жиддий эътибор бериб келинмоқда. Шу ўтган давр мабойнида филиалда 15 та докторлик, 54 та номзодлик диссертациялари ҳимоя қилинган. Шулардан 2 нафар фан доктори, 17 нафар фан номзодлари филиални тугатган ёш шифокорлардир.

Шу ўтган давр ичида филиал талабалари орасида Президент, Ибн Сино ва Врачлар ассосацияси “Фан бюллетени” стипендияларига сазовор бўлганлар кўпчиликини ташкил қилади.

Ёшлар камолоти, манфаати, ёруғ иқболи, бахту саодати- “Ўзбекистон – келажак буюк давлат”ни барпо этишдек улуғвор мақсадимизнинг мазмун – моҳиятини ташкил этади. Чунки давлатимиз раҳбари таъкидлаганидек “ёшлар эртанги кунимизнинг ишончи ва таянчидир”.

Эътиборга сазовор ишлардан яна бири филиалда ҳар йили анъавий тарзда ўтказиб келинаётган талабалар, магистрлар, клиник ординаторлар ва ёш олимларнинг “Тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги илмий – амалий анжуманидир. Бу анжуманнинг моҳияти жуда каттадир. Ёш олимлар, клиник ординаторлар ва талабалар илмий жамиятининг фаол, иқтидорли талабалари анжуманда ўзлари бажараётган илмий тадқиқот ишлари натижаларини тақдим қиладилар. Бу эса уларни янада изланишга, кенг аудиторияда ўзлари бажараётган ишларини баён қилишга, фикрларини ҳимоя қилишга ўргатади. Анжуман материалларини эса тўплам кўринишида чоп қилиниши талабаларни мақола ва тезислар ёзиш тартибига ўргатади. Албатта, эътибор бор жойда ўсиш, ўзгариш бўлади. Агар бизда ҳар қанча истеъдод, ҳар қанча иқтидор бўлмасин, у қўллаб қувватланмаса, сайқал топмайди. Бундай анжуманларда фаол қатнашиб келаятган иқтидорли талабалар келгусида албатта илмий изланишлар олиб бориб фан номзодлар ва докторлари бўлиб етишишларига Биз ишонамиз.

Бугунги илмий – амалий анжуман ўзгача тарзда ўтказилапти. Чунки бу йилги анжуман Филиалнинг 25 йиллик юбелейига бағишланади.

I-СЕКЦИЯ: ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА МАГНИТОТЕРАПИЯ ВА ИГИР ЎСИМЛИГИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Абдуллаев Р.Б., Яқубова А.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Илмий текшириш ишимиздан мақсад экологик жихатдан ноқулай ҳисобланган Хоразм вилояти шароитида сурункали гепатит (СГ) касаллигини даволашнинг самарали усулини таклиф этишдан иборат.

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.

Магнитотерапия Россия Федерациясида ишлаб чиқарилган АМТ- 01 магнитер асбоби ёрдамида амалга оширилди. Бунинг учун 15 кун давомида, кунига бир маротаба, ўнг қовурга ости соҳасига 30смГа 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.

Игир – кўп йиллик ўтсимон ўсимлик бўлиб, Марказий Осиё, Қозоқистон, Сибирда, Европа қисмининг асосан жанубида учрайди. Дарё, қўллар, ховузлар ва ботқоқликларнинг қирғоқларида ўсади. Илдизпоясида: 5% гача эфир, анорин гликозиди, 25%гача крахмал сақланади. Баргида эфир мойи, танидлар ва 150 мг% гача витамин- С бор. Табобатда игир илдиз поялари 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: куришиб 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.

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 камайиши 4-гуруҳда энг кам вақтни ташкил этди. Худди шундай ижобий кўрсаткичлар клиник сиптомларнинг сўниш муддатида, лаборатор кўрсаткичларнинг яхшиланишида ҳам 4-чи гуруҳда яққол намоён бўлди.

СГ касаллигини даволашда умумий даволаш мажмуасига магнитотерапия ва ватанимизда ўсадиган даволовчи ўсимлик сифатида кўлланиладиган игир дамламасини кўллаш ишончли ижобий объектив ва клиник самара беради.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПТРАЛА И ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Абдуллаев Р.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полное патогенетическое излечение болезни, значительное место отводится правильной целенаправленной организации лечебного питания. Отмечено, что в последнее десятилетие наблюдается значительный рост числа больных хроническими заболеваниями печени и желчевыводящих путей среди населения республик Центральной Азии, особенно тенденция к росту заболевания хронического гепатита (ХГ) наблюдается в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья.

Актуальность поиска новых методов лечения заболеваний печени несомненна, ибо известно, что, несмотря на наличие широкого арсенала современных медикаментозных средств, отмечается неуклонный рост заболеваемости.

Целью проведения настоящей научно –исследовательской работы была разработка комплексного метода лечения ХГ, включающего в себя диетотерапию и новое медикаментозное лечение.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 61 больных с ХГ в возрасте от 16 до 60 лет, проживающих в регионе Южного Приаралья. Все больные лечились в гастроэнтерологическом отделении Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра. Для диагностики ХГ использовали общеклинические, лабораторные, биохимические, иммунологические и ультразвуковые исследования с помощью современных общепринятых методов.

Критерием терапевтической эффективности явилась клиническая ремиссия, проявляющаяся в исчезновении жалоб, улучшении самочувствия, нормализации лабораторно-биохимических и иммунологических показателей, пребывание больных ХГ в стационаре. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на 4 группы: В первую (контрольную) группу включены 13 пациентов, которым назначено только общепринятое лечение (ОЛ). Вторую группу составили 19 больных ХГ, в лечении которых, кроме ОЛ, использован разработанный нами метод диетотерапии с применением диеты №5 Хз (хорезмский). В третью группу вошли 17 пациентов получавших кроме ОЛ, гептрал по 1 таблетке 3 раза в день между приёмами пищи. Четвертую группу составили 12 больных, получавших, кроме ОЛ, гептрал и диету №5 Хз. Половозрастной состав контрольной и обследуемых групп был идентичным.

Результаты. Из данных нашего исследования установлено, что применение гептрала и диетотерапии с применением диеты № 5 Хз в комбинации с общепринятой традиционной терапией повышает эффективность лечения, ускоряет нормализацию лабораторно-диагностических показателей, сокращает срок нормализации объективных и субъективных признаков. Рекомендуется весь лечебный комплекс назначать больным ХГ с первого дня поступления в стационар.

Таким образом, приведенные исследования позволяют предположить новый обоснованный, высокоэффективный метод лечения больных хроническим гепатитом.

Вывод. Применение в комплексе с общепринятым лечением препарата гептрал и диеты №5 Хз способствуют скорейшему улучшению самочувствия, объективных и лабораторно-диагностических показателей и ускорению среднего пребывания в стационаре больных ХГ, проживающих в условиях Южного Приаралья.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Абдушукурова К.Р., Исламова К.А., Ахмедов И.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить результаты индексов WOMAC, Лакена и показателей экспертных признаков у больных гонартрозом с ожирением и определить их диагностическое значение при определении функционального состояния больных.

Материал и методы. Было обследовано 80 больных (23 мужчин, 28,8%, 57 женщин, 71,2%) в возрасте от 48 до 75 лет (средний возраст 58,5±0,8 лет) с остеоартрозом коленных суставов. Индекс массы тела варьировал от 19 до 39. У 22 (27,5%) больных ИМТ соответствовал

нормальному показателю (по рекомендациям ВОЗ - 18,5-24,9), у 23 (28,8%) – избыточной массе тела (предожирение - 25-29,9), у 15 (25,0%) – ожирению I (первой) степени (30-34,9) и у 20 (12,2%) – ожирению II (второй) степени (35-40).

Результаты и обсуждение. Установлено, что по ВАШ степень боли у больных ОА в среднем составляет $65,5 \pm 5,5$ мм (умеренная боль), выраженность утренней скованности - $35,6 \pm 3,5$ мм (слабая скованность), степень ограничения функциональной способности суставов – $75,5 \pm 6,6$ мм (выраженное ограничение). Результат самооценки общего состояния по ВАШ составила $76,5 \pm 6,3$ см, что соответствует тяжелому состоянию. По результатам оценки индекса Лекена у 15,0% больных ОА был легким, у 41,3% – умеренным, у 20% – тяжелым, у 16,3% – очень тяжелым и у 7,5% – крайне тяжелым. При нормальной массе тела легкий ОА (1-4б) диагностирован – у 18,2%, умеренный (5-7б) – у 63,6%, тяжелый (8-10б) – у 18,2% больных. При нормальной массе тела очень тяжелый (11-13 б) и крайне тяжелый (14 б) ОА не был обнаружен. Увеличение массы тела больных способствовало повышению тяжести ОА.

По результатам индекса WOMAC выраженность болевого синдрома (5 вопросов) в среднем составила - $6,5 \pm 0,5$ см, скованность (2 вопроса) – $3,5 \pm 0,3$ см, степень ограничения функциональной способности (17 вопросов) - $7,5 \pm 0,6$ см. Выраженность болевого синдрома у лиц с нормальной массой тела в среднем составила $5,8 \pm 0,4$ см, повышенной массой тела - $6,3 \pm 0,3$ см, I степенью ожирения - $6,7 \pm 0,2$ см, II степенью ожирения – $7,2 \pm 0,4$ см (выраженная корреляция $r=0,8$); выраженность скованности соответственно - $3,2 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,3$; $3,5 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,3$ см (слабая корреляция $r=0,2$); степень ограничения функциональной способности – $6,9 \pm 0,4$; $7,2 \pm 0,5$; $7,8 \pm 0,6$ и $8,2 \pm 0,5$ см (умеренная корреляция $r=0,6$).

Выводы. Таким образом, ожирение является одним из наиболее серьезных факторов риска прогрессирования ОА, развития функциональных нарушений коленных суставов, реактивного синовита и варикозного расширения вен нижних конечностей. ОА и ожирение способствуют снижению профессиональных способностей, и даже к утрате возможности больных к самообслуживанию. Показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертных признаков являются высокоинформативными для оценки функционального состояния больных.

РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА ОСТЕОПОРОЗ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ

**Абдушукурова К.Р., Султонов И.И., Тоиров Э.С., Ишонкулова Н.Н.
Самаркандский государственный медицинский институт**

Ревматоид артрити (РА) касаллигида ногиронликни камайтириш, беморлар хаёт сифатини яхшилаш ва даволаш самарадорлигини оширишда остеопороз (ОП) жараёнини олдини олиш муҳим роль ўйнайди.

Ишнинг мақсади. РА касаллигининг клиник, лаборатор ва инструментал белгиларига асосланган ҳолда компьютер денситометрия текширувини утказиш, ҳамда суяк зичлигининг пасайиш даражасига кура остеопороз жараёнини тарқалиши ва оғриқ даражасини аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. СамДТИ клиникаси I терапия бўлимида РА касаллиги билан даволанган 70 нафар бемор (56 аёл, 80%, 14 эркак, 20%) клиник, лаборатория ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Остеопороз гумон қилинган беморлардан анамнез йиғишда «Остеопороз халқаро фонди» суровномасидан фойдаланиб, остеопорознинг ривожланиш хавфи аниқланди. Бир ёки икки саволга ижобий жавоб олинганда, лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилди. Инструментал текширувлардан ОП диагностикаси учун бел соҳаси «BrightSpeed 16 MDCT» қурилмасида компьютер-томографик денситометрия текшируви ўтказилди.

Олинган натижалар ва таҳлили. «Остеопороз халқаро фонди» суровномаси ўтказилганида 56 нафар (80,0%) бемор ушбу саволноманинг 2 та саволига ижобий жавоб беришди. Клиник текширувларда остеопороз жараёнини ривожланишига ҳос - тик турганда белда оғриқ бўлиши, вақт ўтган сари белдаги оғриқ кучайиб (34 беморда, 48,6%), беморни ётган вақтида ҳам безовта қилиши, қўл ва оёқлардаги характери жихатидан доимий бўлмаган, ҳар-хил интенсивликдаги, жисмоний меҳнат ва совуқ хавода кучаявчи оғриқ (30 бемор, 42,8%), «ўрдаксимон юриш», оксоқланиш (22 беморда, 31,4%) буғимлар деформациялари яққол ва аниқ ривожланган бўлмасида беморларни тўшакда ётиб қолиши, умуртқа поғонасининг тортилишлари, кўкрак қафаси деформацияси, эгилиб юриш ҳолати, «қориннинг осилиб қолиши» ва бемор бўйининг пасайиши (12-14 беморда, 17,1-20,0%) каби белгиларни аниқлаш имконини берди. Лабораторик текширувлардан кон плазмасида умумий кальцийнинг ўртача кўрсаткичи $1,8 \pm 0,02$ ммоль/л бўлиб, 19% беморда - нормал кўрсаткични (2,15-2,9 ммоль/л) ташкил этди ва 81% беморда - 1,6-1,9 ммоль/л атрофида бўлди (гипокальциемия). Компьютер томографик рентгенденситометрия текширувида (30 нафар беморда ўтказилган) барча беморларда суяк зичлиги курсаткичи ЖССТ тавсия этган курсаткичларидан паст булиб, турли даражада ривожланган остеопороз жараёнини аниқлаш имконини берди. Ушбу текширувда I даражали остеопороз 40%, II даражали остеопороз - 26,7%, III даражали остеопороз - 33,3% беморларда кузатилди.

Хулоса. РА касаллиги билан касалланган беморларда ОП жараёнини аниқлаш мақсадида стандарт текширувларга «Остеопороз халқаро фонди» суровномасини киритиш, бир ёки икки саволга ижобий жавоб олинганда, лаборатор-инструментал текширувлардан кон зардобиди кальций, фосфор, ишқорий фосфатаза микдорини аниқлаш, инструментал текширувлардан бел соҳаси компьютер остеоденситометрия текширувини ўтказилиш лозим. Остеопороз диагнози аниқланганда самарали даво ўтказиш учун

беморларга уларнинг пархези, овқат рационини, овқатланиш тартиби, рационда сут ва сут махсулотларининг булиши, кабул қилиниши лозим булган суюқлик миқдори, жисмоний фаоллик даражаси, машқлар кулами, тана вазнининг назорат қилиш ва турар-жойидаги суяк синишларига қарши хавсизлик чоралари ҳақида маълумот берилиши лозим.

**КУКРАК УМУРТҚАЛАРИ ОСТЕОХОНДРОЗИ,
ГИПЕРТРОФИЯЛАНГАН САРИҚ БОЙЛАМ, УМУРТҚА КАНАЛИ
ИККИЛАМЧИ СТЕНОЗИ МАСАЛАСИ**

**Аллаберганов О.С., Эшчанов Б.С., Рузметов К.С.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Мавзуни долзарблиги. Кейинги пайтда умуртка погонаси остеохондрози ва унинг асоратлари спинал нейрохирургиянинг асосий масалаларидан бири булиб қолмоқда. Замонавий тиббий диагностика КТ, МСКТ кейинги пайтда МРТ диагностикани кириб келиши остеохондроз даврларини, остеохондроз натижасидаги купол асоратларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш масалалари ишлаб чиқишга қаратилади.

Текширувдан мақсад: кукрак умурткалари соҳасида гипертрофияланган сарик бойламда хирургик даволашни баҳолаш.

Материаллар ва методлар: Хоразм вилоят куп тармоқли тиббиёт марказида 2015-2016 йиллар мобайнида кукрак умурткалари остеохондрози, гипертрофияланган сарик бойлам, умуртка канали иккиламчи стенози, спондилоген миелопатия асоратлари билан 11 та бемор даволаниб чиқди.

Бу 45-65 ёшдаги беморларни ташкил этди. Шулардан 6 (54%) таси эркак, 5 (45,5%) та аёлларда учраши аниқланган.

Кукрак умурткалари соҳасида гипертрофияланган сарик бойлам бу беморларда купинча юқори кукрак ва пастки кукрак умурткалари соҳасида купрок учраган. Шулардан 7 (64%) тасида пастки кукрак умурткалари соҳасида, 4 (36%) тасида юқори кукрак умурткалари соҳасида гипертрофияланган сарик бойлам, умуртка каналини иккиламчи стенозига сабаб булган.

Бу беморларда бир вақтда факат остеохондроз касаллиги булиб қолмай, ёндош касалликлар ҳам учраган, 4 (36%) та беморда гипертония касаллиги билан, 3 (27%) та беморда қандли диабет касаллиги билан даволаниб чиққан.

Хамма беморлар клинико-неврологик ва МРТ текширувдан утган.

Торокальгия, спондилоген миелопатия натижасида пастки сушт парапарез чанок аъзолар фаолияти бузилиш каби ташхислар тасдиқланди.

Бундан ташқари гипертрофияланган сарик бойлам 2 (18%) та беморда факат бир умуртка танаси соҳасида, 6 (54,5%) та беморда иккита умуртка танаси сатҳида, 3 (27%) та беморда уч умуртка танаси соҳасида учраши аниқланди.

Бу беморларга режали равишда оператив амалиёт утказилди, хаммасига декомпрессив ламинэктомия, умуртка канали стенозини бартараф этиш ва 3 та беморда ТПФ система билан стабилизация килиш операциялари утказилди.

Хулоса: операциядан кейин илдизча огриклари бирламчи суткаларда йуколиб бошлади, умуртка канали стенози натижасидаги асоратлар (пастки суст парепарез, ЧАФ бузилиши), агарда касаллик канчалик эрта аникланиб операция килинган булса, неврологик симптоматикани регреси кузатилди.

Ёндош касаллиги хисобига кандли диабет, диабетик нейропатия билан узок вақтдан бери консерватив даволаниб операция булган беморда неврологик статусида илдизча огриклари камайди, харакат сфераси тургун узгаришсиз колди.

TRIGENICS®: НОВАЯ МЕТОДОЛОГИЯ В МИОНЕВРОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Аллан О. Остин, президент Института функциональной мионеврологии (Торонто, Канада), Мальцев Н.Ф., доктор медицинских наук, профессор (Торонто, Канада),

Абдуллаев И.Р. магистр отделения нейрохирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра (Узбекистан).

За минувшее столетие произошли огромные подвижки в развитии реабилитационной и восстановительной медицины, в медицинском обеспечении тренировочного процесса спортсменов. Манипуляционные технологии при суставной дискинезии неизмеримо усовершенствовались.

Тренировочные и лечебные методы стали намного более научно обоснованными. Сейчас, в наступившем 21-м веке мир увидел также резкий скачок в разделе функциональной неврологии. Методы коррекции аберрантных неврологических состояний при выполнении людьми физических нагрузок различной степени быстро развиваются. Эти методы, в первую очередь, применимы в реабилитации больных в лечебной сфере; но они также должны быть использованы при выборе тренировочно-восстановительных подходов у спортсменов.

Немного коснемся в этой связи исторических аспектов терминологии. Специальный термин «реабилитация» в медицине стал употребляться с 1918 года в США, а как отдельная медицинская дисциплина – после Второй мировой войны. В 1958 году состоялось первое заседание комитета экспертов ВОЗ по реабилитации. В 1960 году было создано международное общество по реабилитации – ИСРД, которое стало проводить регулярные конгрессы (каждые три года). В период между конгрессами начал функционировать Совет и Исполнительный комитет

Совета ИСРД. Эти структуры на постоянной основе стали заниматься практическими вопросами медицинской реабилитации.

В последующих международных форумах под эгидой ВОЗ (1963, 1966) обращалось внимание на необходимость дальнейшего развития реабилитационной службы, и реабилитация рассматривалась как «система мероприятий, направленных на профилактику инвалидности в период лечения заболевания и помощь больным в достижении максимальной физической, психической, социально-экономической и профессиональной полноценности, на которую они будут способны в рамках существующего заболевания».

Известный российский ученый В.Н. Ярыгин (1999) подчеркивает, что «реабилитация в мире сейчас переживает период своего бурного развития и глубокого внедрения практически во все направления современной медицины. Мы уже привыкли читать в зарубежной литературе, что реабилитация, как это ни парадоксально звучит, начинается чуть ли не с первого дня лечения заболевания».

Особенно активно развивалась медицинская реабилитация в странах североамериканского континента. Как отмечает Эллиот Дж. Саймон (2000), в последнее время в США в больницах существуют исчерпывающие программы реабилитации острых состояний. Там также организованы и активно действуют «всеобъемлющие службы медицинской реабилитации в условиях скоромощной больницы».

Что касается моего опыта медицинской помощи в реабилитации пациентов, то она стала приобретать нынешние черты еще в 80-е годы прошлого века. Именно тогда я задумался о методике, которая может позволить решать проблемы людей с патологиями опорно-двигательного аппарата, вызванных поражением мышечной и нервной ткани в различной степени.

На своем собственном жизненном опыте, активно занимаясь спортом (каратэ-до и таэквондо), я видел также и проблемы спортсменов – то есть, относительно здоровых людей, которые использовали субмаксимальные и максимальные физические нагрузки.

Раздел так называемого «нейропластического» лечения получает все возрастающее признание благодаря своей критической роли в комплексной терапии больных, а также в проведении тренировок у спортсменов.

В развитии и применении «нейросуммативной» методологии, названной мною *Trigenics*®, основная роль принадлежит усилению стимуляции нервных путей различных отделов нервной системы и результатов, основанных на воздействии на головной мозг. Причем, эти методы отнюдь не параллельны и не подменяют друг друга.

Названием «Trigenics» мы обращаемся к тому факту, что терапия – очень синергистическое, целостное, холистическое содержание и

взаимодействие многих компонентов. Мы выделяем из них всего три, но важных, компонента.

Первым, которое называют «Neurogenics», является использование пациентом движения, с сопротивлением. Это используется для того, чтобы провести нейромышечное тестирование, определить мышечную силу, гипер- или гипотонус, то есть вялость или, наоборот, спастические параличи, выявить нейромышечный ответ (так называемые «мионевральные отражения») на воздействие стимула. Наряду с этими отражениями, Trigenics® использует процедуру проведения определенных манипуляций с мускулом под названием «проприоцептивная дисторсионная мионевральная манипуляция» (PDM), которая непосредственно стимулирует механорецепторы в мышцах. Точное применение PDM согласуется с соответствующими этой методике мионевральными реакциями пациента вовремя ее проведения. «Myogenics» является еще одной составляющей методики Trigenics®. В-третьих, взаимодействие Neurogenics и Myogenics значительно взаимоусиливается при помощи определенных сосредоточивающих дыхательных и релаксирующих методов. Эту заключительную руку Trigenics® называют «Autogenics».

В Trigenics® эти три метода сразу используются для того, чтобы восстановить, изменить или усилить тон мускула, ускорить исцеление пациента, уменьшить или вообще устранить боль. Судя по нашему многолетнему опыту применяя методики, в умелые действия врача приводят к удивительно эффективным и быстрым результатам: более эффективным, чем мы ожидали бы от одиночного применения этих трех методов. Другой пример суммации находится в травяных формулах – лекарственных сборах. Когда мы тщательно комбинируем травы, мы получаем результаты, которые во много раз более эффективны, чем одно лекарственное растение.

Trigenics® включает на неврологической основе многомодальную методологию для оценки существующего заболевания, ортопедического и неврологического тестирования организма и последующего лечения и реабилитации. Процедуры оценки и лечение основаны на принципах функциональной неврологии. Trigenics® – это не техника диагностики и лечения патологии мягких тканей организма, хотя результатом применения этой методики часто является именно лечение заболеваний мышц, сухожилий, связок и самой суставной капсулы.

Другими словами, именно поэтому мы нуждаемся во всех частях методологии Trigenics®, работающей в совокупном и гармоничном унисоне, истинно синергистическом, холистическом подходе к лечению и реабилитации пациента.

Методика Trigenics®с за свою многолетнюю практику убедительно показала правильность «нейросуммации» путем комбинированного воздействия на пациента нервно-мышечного

стимулирования/манипуляции, дыхательных и нагрузочных физических упражнений.

ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF LOWER EXTREMITIES

**Mardieva G.M., Askarova N.R.
Samarkand State Medical Institute**

Chronic venous insufficiency of the lower extremities is the most common pathology of the human vascular system. Rejuvenation of the contingent of patients, progressing growth of morbidity and significant economic costs for their treatment testify about significance of the problem.

Purpose of the study. To study the possibilities of Ultrasound dopplerography in the diagnosis of chronic venous insufficiency of the lower extremities.

Materials and methods. The results of a survey of 176 patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities were analyzed, of which 106 were women and 70 men. Ultrasound dopplerography was conducted on a MINDRAY DC-3 scanner with a linear format sensor operating at 7.5 MHz.

Results of the study. As the most important problem, which has a negative influence on the development and progression of chronic venous insufficiency, it is noted the later appeal of patients for medical assistance. A significant proportion of the patients contacted believed that the symptoms of chronic venous insufficiency are a normal consequence of fatigue and prolonged static exertions. Some misjudged the severity of the pathology and did not realize what complications could cause chronic venous insufficiency. The main group of patients were patients aged 40-60 years (40%), and 9% of the examined patients were adolescents. Patients often complained of a feeling of heaviness, pain in the leg, pastosity of the foot and lower leg in the evening. Telangiectasis and reticular widening veins with localization on the skin of the lower leg and popliteal areas were noted in 95.4% of cases, in 63.3% - flat feet were detected. To assess the tone of the venous wall, the elasticity index of the total femoral and popliteal veins was determined. The elasticity index was calculated as the ratio of the diameter of the vessel in the vertical position to the diameter in the horizontal position of the patient.

In the control group, the indicator did not exceed 1.37 ± 0.09 . The increase in elasticity index was above 1.37 in 79.0% of patients: for the general femoral vein 1.7 ± 0.042 ; for the popliteal vein - 1.6 ± 0.028 . To study the anatomical structure of the large saphenous vein on the thigh, both in the presence of retrograde relief and in its absence, in the clinostasis were determined the ratio of the diameter of the large saphenous vein in the lower third of the femur to the diameter in the upper third (index of vein hypoplasia), which was higher than 1.2 (at a rate not exceeding 1).

Conclusions. To study of the tonic-elastic properties of the venous wall with the help of ultrasound dopplerography is one of the important moments in the diagnosis of the state of the venous system of the lower limbs and has the great practical importance for verifying of diagnosis.

КОГНИТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ 1 И 2 ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Ф.Ш., Пайгамова Г.Ж., Кушаков Н.Х.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Поражение нервной системы является одним из наиболее ранних и частых осложнений сахарного диабета. Проблемы, связанные с познавательными и эмоциональными состояниями у пациентов пожилого возраста с сахарным диабетом остаются сложными.

Цель исследования: Выявить клинические и когнитивные особенности функционирования центральной нервной системы при сахарном диабете 1 и 2 типа у лиц пожилого возраста и определить факторы риска.

Материалы и методы исследования. Две группы пациентов пожилого возраста с диабетом 1 и 2 типа, сравнивали с группой соответствующего возраста, не страдающих диабетом по широкому спектру когнитивных параметров. Кроме того, были оценены уровни физических и психологических жалоб. МРТ головного мозга была проведена с целью изучения наличия отклонений в структуре мозга (атрофия или поражение белого вещества).

Результаты и обсуждение. Количественный анализ предыдущих результатов показывает, что диабет 1 типа связан с малыми когнитивными нарушениями у молодых и у пациентов среднего возраста. Снижение когнитивных способностей было связано с наличием микрососудистых осложнений, но не с возникновением тяжелых гипогликемических эпизодов. Более или менее те же самые дефициты были обнаружены у пожилых людей с сахарным диабетом 1-го типа. Удивительно, но величина этих дефицитов была аналогична величине отмеченной у пациентов молодого возраста. Кроме того, эти когнитивные нарушения не сопровождалось очевидными изменениями в структуре мозга. Существует четкая взаимосвязь между когнитивными нарушениями и аномалиями МРТ головного мозга у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Пациенты имели значительные корковые и подкорковые атрофии, более глубокие поражения белого вещества и инфаркты, чем контрольные. У пациентов с сахарным диабетом 2-го типа выявились нарушения в нескольких когнитивных областях, в частности в скорости обработки информации, обучения и поиска информации, а также исполнительного функционирования. Оказалось, что пациенты имеют сниженную способность эффективно обрабатывать данные и гибко использовать сохраненную информацию.

Выводы. Когнитивные и мозговые нарушения при сахарном диабете 1-типа являются едва различимыми и когнитивные нарушения могут быть лучше всего охарактеризованы как психические замедления в отличие от диабета 2-типа. Факторами риска развития энцефалопатии являются хроническая гипергликемия и атеросклеротические сосудистые заболевания.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.

Самаркандский медицинский институт

Ведущим фактором в патогенезе панкреатита является эндотоксикоз. Отсюда эффективность терапии данного заболевания, безусловно, зависит от возможности лечебного воздействия на весь спектр патогенетических факторов, в том числе и на синдром эндогенной интоксикации. Один из принципов детоксикационной терапии - влияние на процессы, приводящие к повышенной продукции токсических субстанций, в частности на мембранодеструктивные явления, которые зависят и от объема хирургической агрессии.

Цель исследования: Изучить влияние сукцинасола эндогенной интоксикации при остром панкреатите.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты лечения 44 больных, разделенных на две группы: первую группу (сравнения) составили 24 (54,5%) пациента с острым тяжелым панкреатитом, которым проводили базисную стандартизированную комплексную терапию; во второй группе (основной) – 20 (45,5%) больных, комплексная терапия включала сукцинасол (ежедневные внутривенные капельные введения 400,0мл). В контрольные сроки исследовали уровни маркеров эндотоксикоза в плазме крови, показатели активности перекисного окисления липидов (ПОЛ), каталазы и супероксиддисмутазы плазмы крови.

Результаты. Исследования показали, что у больных острым панкреатитом поступление в клинику выявляли выраженные расстройства гомеостаза. Было выявлено, что при остром панкреатите в самые ранние сроки послеоперационного периода расстройства гомеостаза прогрессируют, что, безусловно, обусловлено хирургической агрессией (больным проводили лапароскопическое дренирование брюшной полости). Использование базисной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных острым панкреатитом позволило уменьшить выраженность эндотоксикоза, активность свободно-радикальных процессов липоперекисления и восстановить состав липидного спектра плазмы крови. Включение сукцинасола в комплексную терапию острого панкреатита позволило в послеоперационном периоде в более ранние сроки уменьшить воспалительные процессы в брюшной полости. Это подтверждалось укорочением температурной реакции, уменьшением продукции экссудата

брюшной полости, сравнительно быстрым восстановлением функции кишечника. Клинический положительный эффект препарата с изменениями исследованных биохимических показателей. На фоне использования сукцинасол у больных острым панкреатитом синдром эндогенной интоксикации был выражен в меньшей степени.

Выводы. Включение сукцинасол в комплексную терапию больных острым тяжелым панкреатитом и использование миниинвазивных вмешательств позволяет оптимизировать лечебный процесс. Подтверждением является улучшения клинического течения раннего послеоперационного периода и сравнительно быстрое восстановление гомеостаза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бабамурдова З. Б.

Самаркандский медицинский институт

Сахарный диабет (СД) - часто встречающееся заболевание, поражающее 5-6% населения земного шара. Больные с ХСН и СД относятся к наиболее тяжелой группе больных вследствие сочетания метаболических нарушений, микро - и макро сосудистых осложнений, нарушение липидного и гликемического спектра. По данным многих эпидемиологических исследований ХСН является причиной смерти 75% лиц, страдающих СД.

Цель и задачи исследования: Изучить распространение ХСН и его признаков у больных страдающих СД 2 типа с различной степенью тяжести и длительностью заболевания.

Методы и материалы: Было обследовано 98 больных ХСН с СД 2 типа. Среди обследованных было 56(57%) женщин и 42(43%) мужчин в возрасте от 50 до 70 лет. В наблюдаемой группе больных были проанализированы случаи возникновения или ухудшения сопутствующих заболеваний, которые явились причиной госпитализации. Проведено исследование выраженности симптомов ХСН у мужчин и женщин в сравнении.

Результаты: У больных ХСН с СД 2 типа было изучено встречаемость комбинаций симптомов: одышки, слабости, сердцебиения, отеков. Распространенность ХСН в общей популяции составила 8,9%. При СД три симптома ХСН зарегистрированы у 29,9%; четыре - у 9,03% пациентов. Исследована выраженность симптомов ХСН у мужчин и женщин с ССЗ и СД (36,5% мужчин и 40,5% женщин). Сочетание одышки, слабости, сердцебиения выявлено у 26,3% мужчин и 30,4% женщин. Комбинация из четырех симптомов наблюдалась у 12,3% мужчин и 7,5% женщин. Проведен анализ госпитализаций больных с ХСН, связанных с декомпенсацией СД (11,8%). Чаще всего госпитализировались больные с

2Б стадией ХСН 42 больных (42,8%) и 2А стадией - 24 больных (24,4%). Причем у больных с 2А стадией ХСН значительно возрастает число с 2,6 до 7,4%. У больных с 2Б стадией ХСН отмечается дальнейший рост госпитализаций, связанных с декомпенсацией СД (до 16,4% случаев). У больных с 3-ей стадией ХСН декомпенсация СД явилась причиной госпитализации в 32.6% случаев.

Выводы: Таким образом, СД является одной из наиболее частой причиной развития хронической сердечной недостаточности. Чаще сочетание данной патологии встречается у женщин, но тяжелее протекает у мужчин. Полученные результаты свидетельствуют, что роль СД в госпитализации больных с ХСН высока. Количество госпитализаций, связанных с декомпенсацией СД увеличивается с ростом тяжести ХСН и возрастом больных.

ДИСЦИРКУЛЯТОР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ I, II ДАРАЖАСИДА АНТИОКСИДАНТ ВА МЕМБРАНА СТАБИЛИЗАЦИЯЛОВЧИ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Балтаев Э.

Хива туман тиббиёт бирлашмаси

Текширув мақсади: ДЭ I ва II босқичида этил метил гидроксипиридин сукцинат (ЭМГПС) препаратининг эффективлигини ўрганиш.

Текширув материали: текширувга Хива туман тиббиёт бирлашмаси Неврология бўлимида 2015-2016 йиллар мобайнида “Дисциркулятор энцефалопатия I, II босқич” ташхиси билан стационар даволанган 44 ёшдан 75 ёшгача (ўртача ёши $63,7 \pm 5,7$ ёш) бўлган 30 нафар бемор киритилди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди: биринчи гуруҳ 15 та бемордан иборат бўлиб, уларга традицион терапия фонида 250 мг/5,0 мл ЭМГПС препарати 0,9%-100,0 натрий хлорид эритмасида 14 кун давомида вена ичига томчилаб қилинди, кейинчалик 2 хафта мобайнида $m\o$ га 100мг/2,0 мл қилинди. Иккинчи гуруҳ беморлар таққослаш гуруҳи бўлиб, 15 та бемордан иборат, уларга фақат традицион терапия ўтказилди. **Текширув методлари:** беморларда асосий субъектив белгиларнинг намоён бўлиш даражаси, невростатус, стандартлаштирилган 5 баллик шкала. Давонинг умумий эффективлигини баҳолаш учун 5 поғонали шкаладан фойдаланилди: 0-ёмонлашиш, 1- ўзгаришсиз, 2- кониқарли (озроқ яхшиланиш), 3 - яхши (анча яхшиланиш), 4 – аъло даражада (касалликлар симптомлари йўқолиши). Бундан ташқари неврологик статусни аниқлаш учун Е.И. Гусев ва В.И. Скворцованинг оригинал шкаласидан, когнитив шкалани баҳолаш қисқа шкаласи (MMSE)дан фойдаланилди.

Текширув натижалари: ЭМГПС препаратининг у ёки бу даражада ижобий таъсири 14 (93,3%) та беморда кузатилди. Эффект йўқлиги фақат 1 та беморда (6,7%) кузатилди. ЭМГПС препарати фонида даволанишдан сўнг беморларнинг когнитив сферасида ишонарли ижобий ўзгаришлар

кузатилди: вербал хотира (даволанишгача $4,0 \pm 1,0$, даводан сўнг $4,8 \pm 0,6$), хисоблаш операцияси ($3,1 \pm 0,6$ ва $4,7 \pm 0,3$), гностик функция ($4,2 \pm 1,1$ ва $6,5 \pm 1,4$). MMSE шкаласи бўйича асосий гуруҳдаги беморлар даволанишгача $24,1 \pm 0,5$ балл, даводан сўнг эса $27,9 \pm 1,7$ балл, таққослаш гуруҳдаги беморлар даволанишгача $24,2 \pm 0,5$ балл, даводан сўнг эса $25,3 \pm 1,7$ балл тўплашди.

Хулосалар: 1. Антиоксидант ва мембраностабилизацияловчи таъсирга эга ЭМГПС препаратини дисциркулятор энцефалопатия касаллигида қўллаш беморлар клиник ҳолатининг яхшиланишига олиб келади ва ушбу патологияда учрайдиган клиник симптомлар – бош оғриғи, бош айланиши, кулоқда шовқин, тез чарчаш, уйқу бузилиши ва хотира сусайишининг намойиш бўлиш даражасини ишонарли даражада камайтирди. 2. Дисциркулятор энцефалопатияда ЭМГПС препаратини қўллаш ушбу патологияда кўп учрайдиган когнитив бузилишларни сезиларли даражада камайишига олиб келди.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Балтаев Э.

Хивинское районное медицинское объединение

Цель исследования: изучение эффективности препарата Церебролизин у больных с хронической ишемией мозга.

Материал исследования: в исследование были включены 32 пациентов (14 мужчин и 18 женщин), находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Хивинского районного медицинского объединения (2016 г), в возрасте от 47 до 71 лет, (средний возраст составил $60,2 \pm 6,4$ лет), страдающих дисциркуляторной энцефалопатией, которые были разделены на 2 группы: основную группу составили 16 пациентов, которым на фоне традиционной терапии был назначен препарат Церебролизин 10,0 мл внутривенно струйно в течение 14 дней, контрольную группу составили 16 пациентов, которым проводилась традиционная терапия.

Методы исследования: Для оценки эффективности терапии до начала лечения и после его окончания определяли выраженность основных субъективных проявлений заболевания (головной боли, головокружения, шума в голове, нарушений сна, утомляемости, снижения памяти и настроения, эмоциональной лабильности), а также показателей неврологического статуса с помощью 5-балльной рейтинговой шкалы со стандартизированными критериями оценки выраженности каждого симптома (0 - симптом отсутствует, 1 - легкие проявления, 2 - умеренные проявления, 3 - значительные проявления, 4 - грубые проявления). Общая эффективность лечения оценивалась исследователем и пациентом по 5-

ступенчатой шкале: 0 - ухудшение, 1 - без динамики, 2 - удовлетворительно (небольшое улучшение), 3 - хорошо (заметное улучшение), 4 - отлично (исчезновение симптомов). **Результаты:** При общей оценке эффекта лечения было выявлено четкое превалирование положительных результатов при использовании Церебролизина (89,6%) по сравнению с группой сравнения (57,8%). Разница суммарного балла, отражающая динамику субъективных проявлений заболевания до и после лечения, в группе больных, получавших Церебролизин, оказалась достоверно большей, чем в группе сравнения ($5,8 \pm 2,7$ и $2,8 \pm 2,0$ соответственно, $p = 0,0041$).

Выводы: Применение нейропротекторного препарата Церебролизина у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями приводит к улучшению состояния пациентов и уменьшению выраженности наиболее часто встречающихся клинических проявлений данной патологии – головной боли, головокружений, шума в голове, эмоциональной лабильности, утомляемости, нарушений сна и снижение памяти.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Беккулова М.А., Абдушукурова К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

Для лечения психосоматических нарушений в клинике внутренних болезней рекомендован ряд фармакологических и нефармакологических методов. Однако, методы улучшения невротического статуса больных с заболеваниями внутренних органов, мало приемлемы у больных ревматоидным артритом (РА), т.к. заболевание существенным образом отличается более длительным и тяжелым течением заболевания, выраженной дезадаптацией, нарушениями психологического статуса и значительным ухудшением качества жизни.

Цель работы. Изучение клинической эффективности медикаментозных методов психотропного лечения (ПТЛ) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 168 больных: 113 (67,3%) - женщин, 55 (32,7%) - мужчин. Возраст больных составил 16-83 лет (в среднем – $42,1 \pm 1,3$ лет), продолжительность заболевания – от 6 месяцев до 30 лет (в среднем – $6,5 \pm 0,5$ лет). При исследовании невротического состояния у 65,6% пациентов РА были выявлены невротические нарушения: у 22,6% - слабой, у 31,7% - средней и у 14,9% - выраженной степени (НН). При НН легкой степени комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии и лечебной физкультуры, средней степени – седативными средствами (новопассит, седавит, глицин, настойка пиона), выраженной

степени – антидепрессантами и транквилизаторами. Курс лечения зависел от вида терапии (10-21 дней).

Результаты и обсуждение. Присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов, в первую очередь, способствует более быстрому снижению невротической напряженности и улучшению общего состояния больных, что создает благоприятный психоэмоциональный фон для продолжения дальнейшего лечения. Методы ПТЛ оказывают болеутоляющее и седативное действие, и способствуют усилению анальгетического эффекта НПВП. Поэтому при их назначении, по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное улучшение ряда показателей суставного синдрома, и при этом, особенно ощутима динамика снижения боли и улучшения общего состояния больных по ВАШ. Применение ПТЛ уменьшает клинику ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности на ГКС. ПТЛ безопасно в отношении развития нежелательных явлений. ПТЛ также обладает миорелаксирующим действием и улучшает двигательную активность, что открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов.

После курса лечения из всех больных с НН у 66 (54,1%) наблюдалась полная, у 44 (36,1%) – значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не улучшалась симптоматика НН. После курса психотерапевтического лечения у 11,5% больных результат был оценен как неудовлетворительный, у 26,2% - удовлетворительный и у 62,3% - положительный. В контрольной группе (46 больных без НН) эти результаты были получены соответственно у 10,8, 37,0 и 52,2% больных.

Выводы. Таким образом, присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов улучшает течение суставного синдрома, снижает боль, уменьшает симптоматику психогенных реакций на препараты. Это способствует значительному улучшению общего состояния больных и качества их жизни.

ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОСТИ ВЕСА **Бекматова Ш.К.**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: выявить влияние степени избыточного веса на выраженность гипертрофии (ГЛЖ) и диастолическую дисфункцию (ДДЛЖ) миокарда левого желудочка у женщин страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: Обследовано 120 женщины от 50 до 70 лет (средний возраст-52 года) с ГБ II стадии, из них 30 пациенток с ИМТ-менее 25.0, 33 пациентки с ИМТ-25.1-30.0 (1 группа), 36 пациенток с ИМТ-30.1-40.0 (2 группа) и 15 с ИМТ -40.1 и выше (3 группа). Проводили

эхокардиографическое исследование сердца с определением ММЛЖ, ИММЛЖ, максимальных скоростей раннего и позднего наполнения Е/А, время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT), показатель жесткости миокарда (ЖМ) и градиент модуля упругости ЛЖ (МУ), определяли среднесуточное систолическое (САД) и диастолическое давление (ДАД), индекс времени систолического (ИВСАД) и диастолического АД (ИВДАД). Группы сравнивали по отношению к группе больных ГБ и ИМТ менее 25.0 (нормальная масса тела).

Результаты: в 1 группе выявлено увеличение ММЛЖ: на 17,2%, ИММЛЖ оказался увеличен на 15,4%, САД/ДАД составили – 148/97 мм рт.ст., ИВСАД-13 %, ИВДАД-16 %. Во 2 группе ММЛЖ: увеличена на 34,5%, ИММЛЖ на 31,2%, Е/А снижен на 40,6%, ЖМ увеличена на 8,5%, МУ уменьшился на 9,1%, САД/ДАД составили – 168/108 мм рт.ст., ИВСАД-

56%, ИВДАД-64 %. Во 3 группе ММЛЖ: увеличена 69,8%, ИММЛЖ на 62,5%, Е/А снижен на 57,9%, IVRT увеличен на 45%, ЖМ увеличилась на 14,5%, а МУ уменьшился на 15,2%

САД/ДАД составили – 183/116 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 %.

Выводы: при разной степени избыточности веса у женщин с ГБ имеются значительные признаки ГЛЖ и ДДЛЖ, они нарастают при более высокой степени ожирения и при более высоких цифрах АД. ДДЛЖ особенно выражена при высокой степени ожирения.

ПОЛЬЗА И ВРЕД ФАСТФУДА

Джуманиязова З.Ф., Ибраимова Н.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Современное общество слишком часто стало прибегать к быстрому питанию, несмотря на некоторые проблемы связанные с потреблением фаст-фуда. Самая главная проблема, это проблема со здоровьем.

Изучая тему фастфуда, мы пытались определить положительные стороны этого явления, но, к сожалению, кроме того, что это вкусно и быстро, ничего так и не смогли для себя найти. Ни одного слова о пользе мы так и не встретили. А еда, кроме удовольствия и вкуса должна приносить пользу для нашего организма.

Изучив состав продуктов фастфуда, мнения врачей и диетологов по этому вопросу, мы выявили, что еда быстрого приготовления имеет следующие отрицательные характеристики:

- неправильное сочетание углеводов, жиров и белков;
- фастфуд очень калориен за счет высокого содержания животных жиров, углеводов, усилителей вкуса и высокой энергетической ценности;
- наличие пищевых добавок;
- низкое содержание клетчатки;
- отсутствие важнейших питательных веществ, минералов и витаминов.

Таким образом, изучив теоретический материал и проведя клиническое исследование, убедились, что **гипотеза** – употребление фаст-фуда неблагоприятно отражается на нашем здоровье **-верна**.

Рекомендации: совсем отказаться от быстрого питания не нужно. Однако необходимо соблюдать несколько правил.

1. Заказывайте блюда из нежирного мяса без майонеза или кетчупа.
2. Заправка для салатов не должна быть острой и жирной.
3. Не ешьте жареных блюд.
4. Берите только маленькие порции, не пере едайте.
5. Не заказывайте блюда с сыром и беконом.
6. Не пейте газированных сладких напитков, типа колы. Замените их холодным чаем, к примеру, или просто минеральной водой, желатель но без газа.
7. Не спешите, тщательно пережёвывайте пищу.

Используя наши советы, Вы сможете значительно уменьшить вред фастфудов. И давайте помнить, что перекусить в течение дня, можно не заходя в фастфуд – главное иметь желание питаться здоровой пищей.

СУРУНКАЛИ МИЯ ИШЕМИЯСИДА КОГНИТИВ-ДИСМНЕСТИК ФЕНОМЕНЛАРНИ ЭРТА АНИКЛАШ

Жаббаров М.Т.

Тошкент тиббиёт тиббиёт академияси Урганч филиали

Тадқиқотнинг мақсади. Ўртача когнитив бузилишларнинг клиник-неврологик, нейропсихологик аниқлаш ҳамда деменция олди бузилишларининг зўрайиши ва томир деменциясига ўтишини эрта клиник белгиларини аниқлаш ва эрта ташхислашдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Биз олдимизга қўйган мақсадни бажариш учун ХВКТТМ асаб касалликлари бўлимида даволанган мия сурункали ишемияси сабабли ривожланган ўрта даражадаги когнитив дисмнестик бузилишлар аниқланган, ўртача ёши 65 75 оралиғида бўлган 32 нафар бемор, жумладан, дисмнестик белгилар бўйича 13 нафар (40,7 %) ва касалликда когнитив белгиларнинг учраши бўйича 19 нафар (59,3 %) бемор, шунингдек назорат гуруҳи қилиб 15 нафар соғлом кишилар танлаб олинди,

Олинган натижалар. Текширилган беморлардаги асосий субъектив клиник кўринишлар бош оғриғи, бош айланиши, кулоқдаги шовқин, хотира ва эътиборнинг пасайиши, эмоционал ҳолатнинг бузилиши, иш қобилиятининг пасайиши бўлиб ҳисобланди. Церебрал характердаги шикоятларнинг энг кўпи дисмнестик синдром устунлик қилган гуруҳга нисбатан когнитив бузилишли беморларида кўпроқ кузатилди, хотиранинг пасайишига шикоят қилган 1-гуруҳдаги барча (100%) беморларни дисмнестик гуруҳига ажратиш имконини берди. MMSE тести бўйича когнитив бузилишларнинг келиб чиқишини

Ўрганиш таҳлили 1-гурухга нисбатан 2-гурух беморларида когнитив етишмовчилик юқориқроқ эканлигини кўрсатди. Нейропсихологик текширув праксис ва соат чизиш тести бўйича фазодаги мўлжални текшириш усуллари ўз ичига олди. Праксис ва фазодаги ориентация бузилиши ривожланганлиги таҳлили 1-гурух беморларига нисбатан 2-гурух беморларида ушбу кўрсаткичлар яққолроқ ривожланганлигини кўрсатди. 10 та сўзни эслаб қолиш бўйича ўтказилган тест таҳлилида қизиқарли натижалар олинди. Маълумки, соғлом одамларда ҳар бир такрорлашда тўғри айтилган сўзлар сони ошиб боради, «ортиқча» сўзлар қўшилмайди. Назорат гуруҳи шахслари одатда учинчи марта қайтаргандан сўнг ўртача 9та гача сўзни тўғри айтади. Нейропсихологик тест ҳар иккала гуруҳ беморларида ҳам қисқа муддатли, ҳам узоқ муддатли хотира, шунингдек, эслаб қолиш самарадорлиги кўрсаткичларининг пасайишини кўрсатди.

Хулоса. Шундай қилиб, бош миянинг сурункали ишемияси билан беморларда ўзига хос когнитив бузилишларни ташхислашнинг янги мезонларини ва когнитив бузилишларни деменция билан қиёслаш ва сурункали мия ишемиясида когнитив дисмнестик бузилишларга эга беморларга эрта ташхис қўйиш имконини беради.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРБАЛЕКС ПРИ МОНОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ

Жаббаров М.Т.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования—оценить и изучить эффективность препарата карбалекс, как монопрепарат при лечения эпилепсии, а также в зависимости от времени возникновения припадков – суточных ритмов и наличия сопутствующей соматической патологии.

Материал и методы. Обследованы 56 больных эпилепсией (32 с идиопатической, 20 с симптоматической и 4 с криптогенной) в возрасте 18-68 лет. (22 женщин и 34 мужчин). У всех пациентов было в среднем 1-3 эпилептических припадков в месяц на фоне антиэпилептической терапии, которые принимали других АЭП. У 31 (55,4%) больных была сопутствующая соматическая патология. У всех пациентов был проведен полный комплекс исследований: нейрофизиологические исследования (ЭЭГ в динамике). Всем обследуемым назначен карблекс по 1 таблетке (200мг) два раза в день непрерывно, в течение 3 мес.

Результаты и обсуждение. В результате лечения в течение 3 мес положительная динамика клинического течения заболевания (частота приступов) и нейрофизиологических показателей отмечена у 32 (57,1%) больного, учащение приступа – у 2 (3,6%). При анализе результатов в зависимости от суточных ритмов были получены интересные данные: у большинства (14 (25%) больных с положительной динамикой имелась

эпилепсия пробуждения - приступы обычно происходили в первые часы после пробуждения. У 2 пациентов с эпилепсией пробуждения на фоне применения карбалекса частота припадков не изменилась, но приступы стали беспокоить во время сна.

При сравнении нейрофизиологических данных до и после лечения отмечены улучшение частотно-амплитудных спектров, изменения баланса в сторону увеличения активирующих – десинхронизирующих систем.

Если учитывать, что система противоэпилептической защиты в значительной степени зависит от базового функционального состояния мозга – баланса активирующих и деактивирующих (синхронизирующих) влияний, то эффективность применения карбалекса объясняется устранением дефицита активирующих систем и переходом от вялого в активное бодрствование.

Выводы. Таким образом, карбалекс является препаратом выбора при лечении различных форм эпилепсий и эпилептических припадков и представляет препаратом широкого спектра действия. При лечении карбалексом наблюдается хорошая корреляция клинического улучшения с улучшением нейрофизиологических и когнитивных показателей.

РОЛЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)

Ибадова О.А., Курбанова З.П.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд

Цитокины это универсальные регуляторы жизненного цикла клеток способные влиять на пролиферацию, дифференцировку, функциональную активность и апоптоз клеток. Актуальность выбранной темы связана с возникающими трудностями диагностики анемической кардиомиопатии (АКМП) у больных с ЖДА в практической деятельности врача-терапевта, кардиолога, гематолога.

Цель. Изучить роль провоспалительных цитокинов в развитии и прогрессировании поражения сердца у больных ЖДА в зависимости от наличия или отсутствия КМП.

Материалы и методы. В этой связи нами было изучено содержание ряда провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а) и противовоспалительного (ИЛ-4) интерлейкинов в сыворотке крови у 33 больных ЖДА различной степени тяжести в зависимости от наличия или отсутствия КМП - 18 и 15 пациентов, соответственно, и у 15 здоровых лиц.

Результаты. Установлено, что содержание ИЛ-1 в сыворотке крови превышало показатель контроля у больных ЖДА, имеющих клинико-инструментальные симптомы КМП, на 71,5 %, а у пациентов анемией без КМП - на 28,5 % ($p < 0,001$). Содержание ИЛ-4 у больных ЖДА практически не изменялось. Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови у больных

ЖДА с КМП превышал контрольный показатель на 30,3 %, у пациентов без КМП - на 24,1 % ($p < 0,001$). Что касается ФНО-а, так называемого домена «смерти», то его содержание в сыворотке крови пациентов ЖДА без КМП не отличалось от показателя контроля. У больных АКМП уровень ФНО-а превышал на 25,4 % и 19,7 % показатели контрольной группы и больных ЖДА без КМП, соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, у пациентов анемией, не имеющих клинико-инструментальных симптомов КМП, происходит увеличение содержания в сыворотке крови ИЛ-1 и ИЛ-6, а с развитием признаков КМП ещё больше возрастает уровень ИЛ-1 и повышается содержание ФНО-а.

Выводы. Ключевыми механизмами, запускающими каскад метаболических и морфофункциональных изменений в сердце у больных ЖДА, являются гемическая гипоксия и возникающая вследствие этого активации симпатико-адреналовой системы, увеличивается продукция провоспалительных цитокинов, играющих роль в деградации фибриллярного коллагена и усилении апоптоза кардиомиоцитов, что также приводит к формированию АКМП.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

Исюмов Д.П.

Хорезмский Областной Многопрофильный Медицинский Центр.

Цель исследования - изучить когнитивные нарушения и нейрофизиологические показатели при гипертонической энцефалопатии.

Материал и методы исследования: Обследовано 80 больных в возрасте от 45 до 80 лет с дисциркуляторной энцефалопатией II ст., которые составили основную группу. Группу сравнения составили 20 лиц идентичного возраста без признаков УКР. Средний возраст больных составил $62,3 \pm 3,7$ лет. Распределение по полу выявило преобладание мужского пола в соотношении 1:2. Всем исследованным были проведены клинико-биохимические, лабораторные, инструментальные, клинико-неврологическое, исследование нейропсихической сферы, а также нейрофизиологическое обследование. Нейрофизиологические исследования проводились методом ЭЭГ. При обследовании больных мы обращали внимание на течение и стаж основного заболевания.

Результаты: Как показали наши исследования, при нейропсихологическом тестировании по шкале MMSE средний показатель исходных данных у больных основной группы составил $20,7 \pm 1,6$ баллов, и соответствовали УКР. В группе сравнения данный показатель составил $27,6 \pm 1,2$ баллов. Детальное изучение показателей выявило, что чаще всего у больных с УКР страдают такие функции как фиксирование в памяти, концентрация внимания, копирование рисунка, серийный отсчёт,

повышенная импульсивность, что типично для комбинированного и дизрегуляторного типов УКР.ЭЭГ картина у больных ДЭ II ст. сопровождается усилением восходящих активирующих влияний неспецифических структур мозга на кору больших полушарий, что сопровождается преобладанием медленно-волновой активности (тета-активности) мозга. Изменения альфа диапазона у данных больных свидетельствовало о нарушении связей, как между внутрислошарными, так и отделёнными точками коры. Данное снижение оптимизации деятельности коры приводит к нарушению корково-подкорковых связей, что выражалось в нарушении интегративной деятельности головного мозга

Выводы. Таким образом, у обследованных больных выявлялись когнитивные нарушения в виде лобно-подкорковой дисфункции. Учитывая высокий риск развития деменции при наличии хронической кардиоцеребральной патологии, особенно важным является своевременная диагностика и терапия сосудистых когнитивных расстройств.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ.

**Изюмова Г. А., Изюмов Д. П.
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Цель исследования - выявить клиничко-неврологические критерии прогнозирования повторных мозговых инсультов у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Нами произведён проспективный и ретроспективный анализ 78 больных, поступивших в отделение экстренной неврологии Хорезмского филиала РНЦЭМП с повторным мозговым инсультом. Мужчин было 41(52,6%), женщин-37(47,4%). По типу нарушения кровообращения- геморрагический инсульт был у 21(26,9%) больных, ишемический- у 57(73,1%).

Результаты и обсуждение. Анализ локализации патологического очага выявил поражение в каротидной системе в зоне средней мозговой артерии справа у 24(30,7%) больных, слева- у 54(69,2%). Из 21 больного с геморрагическим инсультом у 12(57,1%) отсутствовала сопутствующая соматическая патология. Из них 17(65,4%) больных госпитализировано по линии скорой медицинской помощи. Общая летальность у этих больных составила 4,7%. Из 57 больных с ишемическим инсультом у 31(54,3%) больных выявлена артериальная гипертензия, у 18(31,6%)- сахарный диабет, ревматизм с пороком сердца- у 8(14%). Необратимый неврологический дефект наблюдался у 36(46,2%) больных, а обратимый неврологический дефект- у 42(53,8%). Полученные результаты выявили ряд критериев, имеющих большое значение для прогнозирования повторных мозговых инсультов и для его профилактики: 1-повторные мозговые инсульты чаще развиваются на фоне артериальной

гипертензии; 2-развитие мозгового инсульта на фоне поражения магистральных сосудов головы сопровождается с прогрессирующим когнитивным дефектом и обратимой неврологической симптоматикой; 3-корреляционный анализ показал высокую эффективность сочетания общесоматического и неврологического обследований с целью профилактики повторных мозговых инсультов.

Выводы. Таким образом, выявленные клиничко-неврологические критерии прогнозирования повторных мозговых инсультов помогают быстро и эффективно в оценке функционального состояния ЦНС, диагностике и в выборе тактики дифференцированного лечения.

СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У МАТЕРИ

**Ишанджанова С.Х., Махмудова А.И.
Ташкентская медицинская академия**

Хронические заболевания печени у матери оказывают неблагоприятное влияние на постнатальное развитие органов и систем, в том числе и иммунной системы. Вместе с тем, механизмы влияния заболеваний печени у матери на иммунную систему потомства остаются не выясненными. В работе экспериментально изучено влияние хронического гепатита у крыс-самок на структурное состояние органов иммунной системы их потомства в раннем постнатальном онтогенезе. Результаты показали, что ХТГ у матери приводил к выраженным структурным изменениям динамики постнатального становления органов иммунной системы потомства. В тимусе отмечено достоверное снижение плотности распределения клеток в корковом веществе по сравнению с контролем. Обращало на себя внимание числа деструктивных тимоцитов, которые в различные сроки после рождения в 2-3 раза превышали показатели контрольной группы. Наряду с этим на срезах тимуса опытной группе значительно чаще, чем в контроле, встречались крупные макрофаги с плотным включением в цитоплазме, по-видимому, также являющимся признаком усиленного тимоцитоза. Выраженность описанных изменений уменьшалась только к 30-м суткам постнатального онтогенеза. При исследовании периферических органов иммунной системы опытных крысят отмечалась значительная задержка постнатального формирования структурно-функциональных зон. На 7-14-е сутки опытов паренхима лимфатического узла состояла в основном из лимфоидной ткани. Отсутствие сформированных лимфатических фолликулов в этот период было характерно также для селезенки. Даже к 21 суткам постнатального периода у крысят опытной группы наблюдалась гипоплазия лимфоидной ткани в периферических органах иммунной

системы. Таким образом, при ХТГ у матери существенно замедляется формирование структурно-функциональных зон органов иммунной системы потомства.

К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ И ВОЗРАСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Кадиоров Р.Р., Шодиев А.Ш.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) характеризуются скоплением крови между твердой и паутинной мозговыми оболочками, проявляются местной и общей компрессией головного мозга. Отличительной особенностью ХСГ является наличие капсулы гематомы, формирующиеся на протяжении двух недель. Несмотря на наличие многочисленных исследований, посвященных различным аспектам ХСГ, до сих пор существуют противоречивые сведения о причинах их возникновения, особенностях возрастного распределения среди населения.

Целью нашего исследования является изучение этиологических и возрастных особенностей ХСГ.

Нами было изучены истории болезни 65 больных, принимавших стационарное лечение в нейрохирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского медицинского института в период 2012-2017 гг. с диагнозом «Хроническая субдуральная гематома» установленного на основании клинико-неврологических обследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Преобладали мужчины (83,1%), по сравнению с женщинами (16,9%), из них дети до 18 лет составили – 23 (35,4%), от 18 до 60 лет – 35 (53,8%), старше 60 лет – 7 (10,7%), что свидетельствует о том, что ХСГ в подавляющем большинстве случаев наблюдаются у лиц наиболее трудоспособного возраста (53,8%) и у детей (35,4%).

Основной контингент этих больных в клинику поступил через месяц и более - 48 (73,9%) времени после травмы, в течение более двух недель поступили - 11 (16,9%).

Изучение этиологических особенностей ХСГ показало, что наиболее частой причиной возникновения ХСГ являются черепно-мозговые травмы (ЧМТ) (84,6%), далее следуют спонтанные (9,3%) и вследствие артериальной гипертензии (6,1%). Проведенный анализ по видам травм головы показал, что среди 65 случая преобладали бытовые (36,4%), затем - дорожно-транспортные происшествия (25,5%), уличные (14,5%) осложненные родовые (9,1%), спортивные (7,3%), производственные (5,4%) и послеоперационные (1,8%) травмы.

Таким образом, можно отметить что ХСГ развиваются вследствие травм головы и артериальной гипертензии, встречаются часто у лиц трудо-

способного возраста и у детей. Определение указанных закономерностей ХСГ способствует разработке профилактических мер по их снижению.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ (СТЕНОКАРДИЯ).

Каримов Р.Х., Эгамбердиев Қ.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Юрак ишемик касаллиги (ИЮК) ривожланган давлатларда ўлимга сабаб бўлувчи асосий хасталиклардаги биридир. У ўрта хисобда юрак қон томир касалликларидан ўлишнинг 53-65% ни ташкил этади. Ривожланган давлатларда юрак касалидан ўлим 40-45% га тенг. ЮИК катталар орасида кенг тарқалган бўлиб, 11-20% одамда кузатилади. ЮИК ёш ўтган сари кўпайиб боради. Томирларнинг тикилиши, спазми ва улардатромб хосил бўлишига тож томирлар атеросклерози сабаб бўлади. ЮИК билан хасталанган беморларнинг 95% да тож томирлар атеросклерози аниқланади. Атеросклероз тушунчаларининг хосил бўлишида қон томир деворининг барча қобиклари қатнашади. Томирлар эндотелийси жароҳатланишида репаратив реакция атеросклероз тугунларини шакллантиради. Тромбоцит ва моноцитлар фаоллашади, силлиқ мушак хужайралари пролиферацияси юзага келади. Силлиқ мушак хужайралари ўз навбатида коллаген ва эластин ишлаб чиқаради. Коллаген липопротоидлар билан боғланиб, жароҳатланган жой ўзини хужайравий тузилишини йўқотади. Коллагенли тур пайдо бўлиб, унда липид кампонентлари ўтириб қолади, натижада томирнинг шу ерида спазмга мойиллик ортади. Атеросклероз тугунчасининг хосил бўлиши кўп босқичли бўлиб, у кўп йиллик жараёндир. Бошида томирлар ичида ўзгариш бўлмайди. Аста-секин липидлар тўпланиши билан эндотелий бутунлиги бузилади, тугунларда яралар пайдо бўлиб, фиброз қавати ёрилади, эритроцитлар ва фибрин билан қопланади. Бу эса ўз навбатида тромбоцитлар тўпланишига ва микротромблар хосил бўлишига сабаб бўлади. Жараён шу ерда тўхташи ёки тромб ва ангиопастик реакциялар бошланишига тўртки бўлиши мумкин. Тож томирлар органик стенози кичик ўлчамдан то томирни тўлиқ ёпиб қўядиган даражада бўлиши мумкин. Кўпгина беморларда ЮИК нинг биринчи белгиси бўлганида пайдо бўлади. Жароҳат проксимал жойлашган бўлса, миокарднинг шунчалар кўп жойида ишемия бўлади. Дастлаб миокард ишемия белгилари фақат зўриқишда аниқланади. Кейинги йилларда ЮИК патогинезида тож томирлар спазми муҳим аҳамият касб этиши исботланган. Селектив коронарография ёрдамида тож томирлар спазмини кўриш мумкин. Тож томирлар спазми натижасида юзага келган стенокардия хуружи тинч ҳолатда тўсатдан бўлади. Атеросклероз билан жароҳатланган ва жароҳатланмаган тож томирлар ўз тонусини ўзгартириш қобилиятига эга. Тож томирлар спазмини ҳар томонлама ўрганиш уларда органик ўзгариш бўлган беморларда спазм кўп бўлишини кўрсатади. Ҳақиқатдан ҳам, тож

томирлар спазми тож томирлар тикилмаган беморларда жуда кам учрайди. Томирлар спазмида простагландин ва тромбоксан орасидаги муносабатнинг бўлиши мухим роль ўйнайди. Простациклик томирлар ички қаватида ишлаб чиқарилади. У кучли антиагрегант бўлиб, простагландин E₂ билан бирга тож томирларни кенгайтиради. Тромбоксан тромбоцитларда ишлаб чиқарилади ва кучли вазоконстриктор ҳамда тромбоцитлар агрегацияси стимулятори хисобланади. Меъёрда простациклик ва тромбоксан орасида мувозанат сақланади. Шу мувозанатнинг бузлиши жарохатланган эндотелийда тромбоцитлар агрегациясига яхши шароит яратилади.

ПРИМЕНЕНИЕ МУСКОМЕДАВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ,

Киличев И. А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Болевой синдром, особенно хронический, очень часто приводит к спазму мышц, что в свою очередь, способствует развитию патологических механизмов обратной связи и формированию «порочного круга», проявляющегося усилением боли, гипоксическими сдвигами на тканевом и клеточном уровнях (за счет спазма кровеносных сосудов), прогрессированием нарушений двигательной функции. При этом уменьшение мышечного напряжения, может способствовать улучшению кровотока лимфообращения, уменьшению болей и воспалительного отека суставов; улучшению поступления противовоспалительного средства к пораженному участку и увеличению объема движений в нем.

Целью. Настоящего исследования было изучение эффективности препарата Мускомеда(тиококолизид) при лечении лиц, страдающих БНЧС.

Материалы и методы. Наблюдалось две группы больных, обратившихся к неврологу с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника: группа А (20 больных) наряду с НПВП получала мускомед по 8 мг 2 раза в сутки, а группа Б (20 больных) комплексное лечение без мускомеда. Лечение продолжалось в течение всего периода сохранения болевого синдрома; как правило, курс лечения составлял от 10 дней до нескольких недель.

Результаты. В результате данного наблюдения отмечено отчетливое снижение интенсивности боли — в покое и при движении. Положительный эффект в группе А отмечался уже на 3-й день от начала лечения а в группе Б только на 5-7-й день. На фоне лечения мускамедом уменьшается необходимая доза НПВП. Нужно отметить удовлетворительную общую переносимость препарата мускомеда.

Заключение. Результаты данного наблюдения позволяют сделать выводы, что при болезненном мышечном спазме обавление к стандартной терапии (НПВП, лечебная гимнастика, физиопроцедуры) препарата мускомеда приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника. Мускомед эффективен как при остром болезненном мышечном спазме, так и при хронической спастичности спинального генеза.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУДРОЖНЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Киличев И.А.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Целью данной работы явилось изучение клинико-инструментальных особенностей сосудистой эпилепсии у лиц пожилого возраста.

Материал и методы. Комплексное клинико-электроэнцефалографическое и нейровизуализационное обследование выполнено у 36 больных эпилепсией старше 65 лет на фоне хронических сосудистых заболеваний головного мозга (23 с последствиями ОНМК, 2 с последствиями нетравматического субарахноидального кровоизлияния и 11 с дисциркуляторной энцефалопатией I ст).

Результаты и обсуждение. При анамнестическом обследовании больных с сосудистой эпилепсией установлено достоверное преобладание (в 3,4 раз) частоты встречаемости приобретенной предрасположенности над наследственными факторами. Общая частота встречаемости факторов приобретенной предрасположенности в группе обследованных больных с сосудистой эпилепсией составила 77,8 %, причем 3 и более разнообразных фактора предрасположенности было зафиксировано в 67,1 % наблюдений. Клиническая феноменология эпилептических припадков в 76,5 % случаев характеризовалась сочетанием нескольких разновидностей приступов, которые в 39,4 % проявлялись бессудорожными и в 60,6 % – судорожными пароксизмами. Кроме того, в 20,6 % наблюдений была установлена многоочаговая эпилепсия, сопровождавшаяся полиморфными припадками (простыми и сложными парциальными с вторичной генерализацией). Общая частота встречаемости неврологической симптоматики во всех группах обследуемых больных составила 100,0 %, причем наиболее часто она была представлена церебрально-очаговым (30,4 %), ликвородинамическим (28,4 %), вегетативно-дистоническим (13,7 %), астеническим (10,8 %) и психоорганическим (16,7 %) синдромами. При электроэнцефалографическом исследовании у больных с сосудистой эпилепсией очаговая пароксизмальная активность наблюдалась в 61,7 % случаев, в то же время парциальный компонент в структуре припадков отмечался в 83,3 % наблюдений.

Выводы. Таким образом, острая или хроническая сосудистая недостаточность головного мозга является достоверным фактором появления эпилептических припадков и формирования сосудистой эпилепсии, развивающейся у лиц преимущественно пожилого возраста на фоне совокупности имеющихся факторов предрасположенности и значительного церебрального морфологического дефекта.

ВЕСТИБУЛЯР БОШ АЙЛАНИШИДА ВЕСТИНОРМ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Матёкубов М.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Системали ёки вестибуляр бош айланишлар узок давом этиши ва кўпинча мувозанат бузилиши, меҳнат қобилиятининг йўқолишига сабаб бўлганлиги туфайли бугунги кунда тиббиёт фанининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Ишдан мақсад: ветибуляр бош айланишларда вестинорм препаратининг самарадорлигини аниқлаш ва баҳолаш.

Материал ва усуллари: Олдимизга кўйилган мақсадни амалга ошириш учун Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази неврология бўлимида даволанган 42 нафар бемор кузатувимизда бўлди. Беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. Бир гуруҳ (21 та) беморларга фақат вазоактив ва нейропротектор препаратлар, иккинчи гуруҳ (21 та) беморларга юқоридагилар билан бирга вестинорм препарати (кунига 48 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: Вестинорм препаратини қабул қилган гуруҳдаги 12 та беморда, қабул қилмаганларининг 6 тасида даволашнинг 7 кунидан бошлаб шикоятлари камайиши ва ўзини яхши ҳис қилиши кузатилди. Даволашнинг 15 кунидан кейин ўтказилган текширувларда эса вестинорм қабул қилган 18 та беморда, қабул қилмаганларининг 12 тасида Ромберг ҳолатида олдингига нисбатан турғунлик аниқланди.

Хулоса. Ўтказилган текширув натижаларини таҳлил қилиб шундай хулосага келдик. Вестибуляр бош айланишини комплекс даволашда Вестинорм препаратини қўлланилиши беморлар тузалишини тезлаштириб, даволаш самарадорлигини янада оширади.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИФОДИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Матёкубов М.О.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования - оценить эффективность терапии с применением зифодина в комплексном лечении хронической ишемии мозга (ХИМ) или ДЭ I-II стадии на фоне атеросклероза сосудов головного мозга и артериальной гипертензии и ее влияние на клиничко-неврологические и нейропсихологические показатели у больных.

Материал и методы исследования. Обследованы 57 (37 мужчин и 20 женщин) больных в возрасте 40-65 лет (средний - $54 \pm 3,8$ года), которые были разделены на основную группу (получившие традиционную терапию: при необходимости гипотензивные препараты, и зифодин 5,0 мл внутривенно струйно в течение 10 дней) и контрольную группу (получившие только традиционную терапию). Верификация диагноза ХИМ осуществляли по общепринятым критериям. Оценивали динамику клиничко-неврологическое состояние с обязательным анализом динамики когнитивных нарушений по краткой шкале психического статуса (Mini-MentalStateExamination-MMSE)

Результаты и обсуждение. Положительные результаты терапии отмечались к 7-8-му дню от начала лечения. В первую очередь нивелировались субъективные проявления: больные отмечали улучшение общего самочувствия, нормализацию ночного сна, уменьшение ощущения тяжести в голове, снижение интенсивности головных болей, прекращение или значительное ослабление головокружения, прекращение «шума в голове», снижение эмоциональной лабильности, стабилизация показателей артериального давления, появлялось утраченное чувство бодрости.

Наряду с субъективным улучшением прослеживалась тенденция к регрессу выраженности очаговой симптоматики преимущественно у больных с ДЭ I: уменьшение выраженности пирамидных, экстрапирамидных и координаторных расстройств.

Согласно данным исследования нейропсихологического состояния с учетом международной шкалы MMSE, наиболее отчетливое улучшение наблюдалось в показателях памяти, концентрации внимания, что свидетельствовало о повышении умственной работоспособности больных, снижении утомляемости, свободе мышления, расширении круга интересов, повышении активности и настроения.

Выводы. Таким образом, применение зифодина уменьшая тканевую гипоксию, благотворно влияет на клиничко-неврологическое и нейропсихологическое состояние, что позволяет предотвратить дальнейшее усугубление ДЭ.

METABOLIC SYNDROME AND IDENTIFICATION THE CAUSES OF METABOLIC SYNDROME.

Matmuratova S.O. , Khudayberganov Q. Q.

Department of Propaedeutics Internal Medicine, Skin and Internal diseases.

Aim. The study of the prevalence of metabolic syndrome among women of childbearing age and identification of ways of prevention.

Materials and methods. Before the test, to carry out research among women aged 15-49 was studied 200 women of childbearing age. They were examined socio-demographic characteristics of women, harmful habits, diet, obstetric history, heredity, previous diseases, and care about their health and observance advices of doctors. The methods of determining blood lipids, immunoreactive insulin, cortisol levels in the blood, glucose tolerance after 2 hours were performed.

Results. The weight increasing of women is a major problem in nowadays. The weight increasing is found women over the age of 30 years. Hormonal abnormalities were identified, accompanied by abdominal visceral obesity, in accordance with an increase in cortisol, insulin, testosterone, progesterone and norepinephrine, androstenedione decrease among women. Hormonal disorders in the first place, leads to the accumulation of fat in the visceral region, as well as a direct or indirect cause of insulin resistance and causes a metabolic disorder. Visceral adipose tissue plays an important role in the formation and development of insulin resistance. Metabolic syndrome in women generally occurs more frequently after age 30, it is connected with the violation of lipid metabolism in the blood have been found elevated cholesterol and triglyceride levels. Cortisol affects metabolism differently. According to the data, from 14% hypercholesterolemia is 20% hypertriglyceridemia among women.

Conclusion. The accumulation of fat tissue in the abdominal area, accompanying with neurohormonal disorders, and increased activity of the sympathetic nervous system plays an important role among women. It shows signs of metabolic syndrome. Moreover, it shows that the search for the study of the prevention of metabolic syndrome's symptoms is important.

БУХОРО ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЖИГАР ИЧИ ХОЛЕСТАЗИ СИНДРОМИНИНГ УЧРАШИ

Нуриллоева Ш.Н.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Жигар ичи холестази (ЖИХ) - ўт суюқлиги синтези, секрецияси ва унинг оқшанинг қийинлашуви билан кечадиган синдром. Зимдан кузатилганда жигар турли патологиялари ЖИХ билан асоратланиши мумкин. Жигар ичи холестази гепатитларнинг 75,8 %ида; жигар циррозларининг 24,9%ида; стеатогепатитнинг 19%ида; холангитнинг 7,7%ида; жигарнинг бошка касалликларининг 4,7%ида учрайди. ЖИХи гепатит сабабларига боғлиқ равишда куйидаги

кўрсаткичларни: ўткир гепатит 5,5 %,сурункали гепатит 59,1%, вирусли гепатитда 37,7%, аутоиммун гепатит 5.5%, токсик гепатит 20.9%,бошқалари 5,5 % ташкил қилади. ЖИХ синдроми аҳолининг навқирон ёшдаги меҳнатга лаёқатли қатламини зарарлаб, иқтисодий ва социал йўқотишларга сабаб бўлмоқда. Адабиёт манбаларида ЖИХ синдроми регионал сабаблари ҳақидаги маълумот деярли учрамайди.

Мақсад: минтақада ЖИХ синдромининг жинсга нисбатан учраш частотасини аниқлаш.

Материал ва усуллар: Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида 80 нафар (32 нафари эркак, 48 нафари аёллар) ЖИХ синдроми мавжуд бўлган жигарнинг диффуз хасталиги билан хасталанган беморларнинг 2014 йил октябр ойидан 2017 йил март ойигача касаллик тарихлари ретроспектив ўрганиб чиқилди.

Изланиш натижалари ва таҳлили: минтақада ЖИХ синдромининг жинсга нисбатан учраш частотаси қуйидагилардан иборат бўлди. Эркакларда ўртача ёш 51.3 ± 8 ни ташкил этиб, шундан нафар беморда 13 (40,5%)вирусли гепатит, 12(37,5%) нафарида бирламчи билиар цирроз, қолган 7(22%) нафар беморда медикаментоз холестаза кайд этилди.

Аёлларда эса ўртача ёш 41 ± 9 ни ташкил этиб, шундан 11(23%) нафар беморда вирусли гепатит, 9(19%) нафарида бирламчи билиар цирроз, 8(17%) нафар беморда медикаментоз холестаза, қолган 20(41%) нафарида хомилдорлик ЖИХи кайд этилди.

ЖИХ синдромининг асосий сабабчи омили эркакларда вирусли гепатит бўлиб, аёлларда эса хомилдорлик устунлик қилди.

Шундай қилиб олинган дастлабки маълумотлар натижасида хулоса қилиб айтиш мумкинки, кенг клиник амалиёт жараёни давомида ЖИХ синдромининг учраш нисбати эркакларга нисбатан аёлларга (1:1,5) кўп учрайди.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА УРСОСАНОМ

Орзиев З.М., Орзиева Ш.З.

Бухарский государственный медицинский институт

Продолжительный прием гормональных препаратов может сопровождаться нарушением холестеринового гомеостаза с последующим развитием гиперсатурации желчи. Вслед за этим, наступает дисбаланс в динамическом равновесии показателей солюбилантов (холестерин) и солюбилизаторов (желчные кислоты, фосфолипиды), что является пусковым моментом в процессах нуклеации и преципитации кристаллов моногидрата холестерина. Таким образом, запускается сложный процесс формирования различных патологических образований в желчи, коим является и билиарный сладж (БС).

Цель исследования. Изучить эффективность конечных результатов урсотерапии БСу лиц с продолжительным приемом оральных контрацептивов.

Материалы и методы. Для разрешения поставленных задач были изучены результаты динамического исследования клинико – эхографических признаков БС у 53 больных в возрасте от 24 до 52 лет (средний возраст $37,0 \pm 5,6$) на фоне применения урсотерапии. В качестве холелитолитического препарата применялся урсосан в капсулах по 250 мг (фирмы PRO.MED.CS Praha a.s.), в дозе 10 мг/кг массы тела, ежедневно в два раза в сутки с приемом основной ее части в вечерне – ночное время. Все больные были распределены на 2 группы, репрезентативные по средним показателям возраста, ИМТ (индекс Кетле), форме БС, количеству родов и продолжительности интервалов между ними и т.д. В первую группу (основная) вошли данные клинико – эхографического исследования 28 больных БС, у которых в прошлом имели места неоднократные эпизоды длительного приема различных видов оральных контрацептивов. Вторую – контрольную группу составили результаты клинико – эхографического исследований 25 больных БС, у которых в прошлом отсутствовали эпизоды приема контрацептивов.

Результаты. Из общего количества 28 больных основной группы у 22 (79%) из них результаты оральной литической терапии (ОЛТ) оказались удовлетворительными. В то же время по выраженности подобные показатели больных контрольной группы явно уступали таковым данным пациентов основной группы. Так, из общего количества 25 больных контрольной группы лишь у 12 (48%) из них были констатированы положительные результаты ОЛТ. Полагаясь на предварительные данные настоящего исследования можно заключить, что преимущественная эффективность ОЛТ у больных основной группы связана как с качеством орально – литической терапии, так и своевременной остановкой приема контрацептивов, нередко индуцирующих формирования БС.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ И ИММУНОКОРРЕКЦИИ.

Отажанова А.Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Согласно современным представлениям желудочно-кишечный тракт считается важным иммунным органом. В толще слизистой оболочки тонкой кишки находятся групповые лимфатические узелки - пейеровы бляшки (Пб). Иммунные нарушения занимают одно из ведущих мест в

патогенезе острого и хронического заболевания печени, особенно при гепатитах типа В и С. Из экспериментальных токсических гепатитов гелиотринная модель по своим патогенным механизмам является наиболее адекватной активному хроническому гепатиту, что подтверждается общностью развития аутоиммунных нарушений в организме. Однако механизмы реакции Пб на хроническую интоксикацию гепатотропным ядом до сих пор остаются не изученными. Целью исследования явилось выяснение структурно-функциональных перестроек Пб при экспериментальном хроническом токсическом гепатите(ХТГ) и последующая их коррекция иммуномодулирующими препаратами. Установлено, что ХТГ приводит к выраженным изменениям морфологических и морфометрических показателей Пб. Эти изменения наиболее выражены на 60-90 сутки эксперимента. Они проявлялись в виде гипертрофии и гиперплазии В - зависимых зон, при одновременном, уменьшении пролиферации, дифференцировки и усилением гибели клеток и уменьшением площадей Т - зависимых зон органа. Результаты иммунокоррекции тактивинном и тималином показали, что использованные препараты способствовали достоверному увеличению площади Т - зависимой зоны, снижению степени деструкции клеток в этих зонах, в то время как площадь В - зависимых зон под влиянием иммуномодуляторов имела тенденцию к уменьшению. Таким образом, полученные данные указывают на то, что ХТГ приводит к значительным структурным перестройкам Пб. Иммунокоррекция тимическими препаратами приводит к восстановлению иммунного статуса в организме.

ГУМОРАЛЬНЫЕ АУТОИММУНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ В СОЧЕТАНИИ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФАРИНГИТОВ

Рахманова С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

До настоящего времени нет достаточно полной информации, к каким антигенам формируются аутоиммунные реакции при хронических тонзиллитах и фарингитах, в каких формах они проявляются и какова их роль в возникновении и течении заболеваний и их осложнений. Обследовано 34 пациента с диагнозом “хронический декомпенсированный тонзиллит”, 27 из которых имели осложнения в форме фарингитов: атрофического (АФ), катарального (КФ) и гипертрофического (ГФ). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц без ЛОР-патологии. В план исследования входило определение в сыворотке крови и ротовой жидкости аутоантигена, свойственного глотке, антител к этому антигену и результата взаимодействия антигена и антител - циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В ротовой жидкости у 25 обследованных (73,5%) был обнаружен антиген, свойственный ткани глотки. При КФ антиген обнаруживался реже (66,6%), при АФ - чаще

(87,5%). Следует отметить, что глоточный антиген был обнаружен у 4 обследованных контрольной группы, что могло быть связано с поступлением антигена при микротравмах или репаративных процессах. В отличие от ротовой жидкости, в сыворотке крови антиген был выявлен только в единичных случаях и в следовых концентрациях. В сыворотке крови и ротовой жидкости в 47,1% и 28,6% случаев были выявлены ЦИК. Чаще всего ЦИК были обнаружены при КФ, что позволяет предположить, что аутоиммунная реакция носит защитный характер. Поскольку в ротовой жидкости выявлялся антиген и ЦИК, но не было антител, а в сыворотке крови выявлялись антитела и ЦИК, но антиген отсутствовал, можно заключить, что в ротовой жидкости антиген находится в избытке по отношению к антителам, а в крови преобладают антитела, формирующие ЦИК в избытке и не обладающие аутоагрессивными свойствами. Через 1 месяц после тонзиллэктомии позитивных изменений со стороны слизистой оболочки глотки не отмечено. Этому соответствует отсутствие динамики аутоиммунных показателей: на этом сроке у 86,7% обследованных в ротовой жидкости обнаружен антиген, свойственный ткани глотки, у 63,3% - ЦИК. В сыворотке крови обследуемых в 65,5% случаев обнаружены аутоантитела и в 37,9% - ЦИК.

Это указывает на то, что тонзиллэктомия не обеспечивает ликвидацию патологического процесса в глотке и прекращения аутоиммунной реакции, связанной с действием антигена глоточной ткани

РАЗРАБОТКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ТЕСТ- СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К МИКРООРГАНИЗМАМ ФАКУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Рахманова С.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Для постановки ИФА используют экспериментальную диагностическую тест-систему, иммуноферментную для определения антимикробных антител. Выявление специфических антител в сыворотках людей происходит за счет взаимодействия микробного антигена (ЛПС), адсорбированного на полистироловом планшете (плоскодонном) с антителами исследуемой сыворотки. Образовавшийся комплекс "антиген + антитело" выявляют с помощью антител против иммуноглобулинов человека, меченных пероксидазой хрена.

Тест-система представляет собой набор ингредиентов для проведения ИФА на твердофазном носителе и включает в себя: микробный ЛПС (либо планшет, сенсibilизированный этим антигеном), антитела против иммуноглобулинов человека, меченных пероксидазой (конъюгат), контрольные (положительную и отрицательную) сыворотки

человека, набор солей, необходимых для приготовления буферных растворов, субстрат - ортофенилдиндамин (ОФД). Твин-20, бычий сывороточный альбумин (БСА), планшеты для ИФА однократного применения.

Техника постановки ИФА.

1. Сенсibilизация твердой фазы. В лунки планшета вносят с помощью дозатора по 200 мкл раствора микробного антигена в концентрации 10 мкг/мл в 0,02М растворе фосфатно-солевого буфера (ФСБ), рН 7,2. Адсорбцию антигена на планшетах проводят в течение 2 часов в термостате при температуре 37 град. С или при 4 град. С в течение 18 часов. Затем антиген удаляют встряхиванием планшета с последующей трехкратной отмывкой (по 5 мин.) раствором ФСБ, содержащим 0,1% детергента - твит-20.

2. Внесение исследуемого материала. Испытуемые сыворотки, разведенные 1:25, вносят по 100 мкл в первую лунку ряда и далее последовательно путем двукратных разведений на ФСБ + твин, содержащий 1% бычьего сывороточного альбумина (БСА), раститровывают. Параллельно на каждом планшете ставят отрицательный и положительный контроль. Планшеты встряхивают и выдерживают при 37 град. С в течение 1 часа. После чего жидкость удаляют и отмывают планшеты, как указано в п. 1.

3. Внесение конъюгата. В каждую лунку планшета вносят по 100 мкл раствора конъюгата в рабочем разведении (конъюгат разводят на ФСБ + твин и 1% БСА). Планшеты помещают в термостат на 40 мин., после чего жидкость удаляют, а планшеты отмывают 4-5 раз, как указано в п. 1.

4. Проявление реакции. В каждую лунку вносят по 100 мкл субстратного раствора, содержащего 0,04% ОФД и 0,04% H_2O_2 в 0,1М цитратно-фосфатном буфере, рН 5,5. Инкубацию проводят при комнатной температуре 15-30 мин. и останавливают реакцию внесением 50 мкл 0,5 моль/л серной кислоты.

5. Учет и оценка результатов ИФА. Результат реакции можно учитывать визуально с помощью сравнения окраски в опытных и контрольных лунках, а также с помощью спектрофотометра типа Multiskan при длине волны 492 нм. Появление желто-оранжевого окрашивания в опытных лунках при его отсутствии в лунках с отрицательными контролями свидетельствует о положительной реакции. При фотометрическом учете результатов проба считается положительной, если оптическая плотность (ОП) в 2 и более раз превосходит наивысшее значение ОП отрицательных контролей.

Использование ИФА при массовых обследованиях.

При проведении массовых обследований для постановки ИФА может быть использована не сыворотка крови, а цельная кровь. Для этого кровь из пальца, с помощью микропипетки, в объеме 50 мкл вносится в

микропробирку с физиологическим раствором в объеме 1 мл. Пробирку встряхивают и затем либо центрифугируют при 1000 об./мин. 5 мин., либо дают отстояться в холодильнике при 4 град.С в течение 18 часов. Таким образом получают разведение сыворотки 1:40 – 1:50. Для постановки ИФА используют надосадочную жидкость. ИФА как скрининг-тест можно ставить в 2 лунках микропланшета, при получении сомнительного или положительного результата ИФА повторяют в количественном варианте с последующей раститровкой надосадочной жидкости. При получении положительного результата необходимо исследовать сыворотку крови.

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Рахметова М. Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Сахарный диабет, как и другая патология, протекает индивидуально у каждого человека в зависимости от его возраста, пола, национальности, пищевых привычек, профессии и т.д. Но даже у одного и того же человека течение болезни подвержено изменениям, и гликемия может колебаться в течение месяца, дня, суток. Эндокринолог консультирует пациента в среднем один раз в месяц, и эти изменения, конечно же, уловить не в состоянии. Современная диагностика сахарного диабета заключается в анализе тощакowej, прандиальной гликемии и определения гликированного гемоглобина. Последний метод считается наиболее информативным и чувствительным индикатором диабета. Однако HbA1c не показывает вариабельности гипергликемии и гипогликемии, и не у всех больных позволяет судить о течении болезни и правильности проводимой терапии. Поэтому целью нашего исследования явилось мониторингирование гликемии для уточнения изменений сахара в крови в течении суток в зависимости от лечения, питания и других факторов. Отобраны комплаэнтные пациенты, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в Хорезмском областном эндокринологическом диспансере по поводу сахарного диабета 2 типа, всего 50 человек: 27 мужчин и 23 женщин. Тощакowej гликемия оказалась в норме всего лишь у 3 (11,1%) мужчин и 15 (65%) женщин, хотя более половины пациентов считают течение болезни и лечение своего диабета удовлетворительным. Прандиальная гликемия компенсирована только у 3,7% мужчин и 4,3% женщин. 22% мужчин и 43% женщин имеют высокую прандиальную гликемию (выше 16 мм\л) до вечера.

Известно, что сахар в крови перед сном должен определяться обязательно во избежании ночных гипогликемических эпизодов. Как показало наше исследование, это коварное осложнение диабета, которое может привести к инсультам, инфарктам и другим катастрофам, не является

редким явлением: обнаружено у троих (11,1%) мужчин и двоих (8,6%) женщин.

Известно, что резкие колебания глюкозы более опасны, чем стабильная гипергликемия. Более половины наших исследуемых имели нестабильные сахара в течение суток.

Таким образом, исследование показало, что традиционное однократное измерение гликемии не дает полную картину ни об адекватности дозы сахаропонижающей терапии, ни о компенсации диабета; и недостаточно для профилактики осложнений диабета.

СЕРРАТА ПРЕПАРАТИНИ ҚРАНИОПЛАСТИКАДАН КЕЙИН ҚЎЛЛАШДАГИ ТАЖРИБАМИЗ

Рўзметов Б.Ш., Эшчанов Б.С., Рўзметов К.С.,

Самандаров Х.Х.Аллаберганов О.С.

**Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч Филиали
Хоразм Вилоят Кўп Тармоқли Тиббиёт Маркази**

Трансплантатларни қўлланилишида нейрохирургия соҳасида бошқа соҳалар каби перитрансплантат реакцияси, трансплантатнинг кўчиши, асептик ва кейинчалик йирингли яллиғланиш, атроф тўқималарининг трофикаси бузилиши реакциялари учраб туради. Замонавий кам аллерген, инерт материаллардан тайёрланган трансплантатларни қўлланилиши организм билан трансплантат орасидаги конфликтларни камайтиради. Аммо ҳар доим ҳам бундай материаллардан тайёрланган трансплантатлар бизнинг тиббий материаллар бозоримизда таъминланган эмас ва айрим беморларга моддий жихатдан қийинчилик туғдиради.

Турли хил трансплантатлар қўлланилганда, айниқса жароҳатлар ва бош мия хажмли жараёнларини олиш операцияларидан кейинги, қайта-қайта операциялардан кейинги чандиқлар туфайли тери, тери-апоневротик лахтақлар трофикаси бузулиши кузатилганда, трансплантат атрофига сероз-геморрагик суюқлик тупланиши, йирингли яллиғланиш хавфи кузатилади.

Бизнинг Хоразм Вилоят Кўп Тармоқли Тиббиёт Марказимиз нейрохирургия бўлимида охириги 10 йилда организмнинг бегона трансплантатларга реакциясини камайтириш, десенсибилизация мақсадида калла суяги ва умуртқа поғонасига трансплантатлар, яъни протакрил, титан, титан-никелид имплантатлар қўйилган беморларда шароитга қараб кортикостероидлар, антигистамин, кальций препаратлари ва заруратга қараб гемостатик-ангиопротектор (дицинон) препаратлари, димексид, актовегин, метилурацил препаратлари маҳаллий ва умумий қўлланилиб келинди.

Охириги 1 йилда бизда операциядан кейинги даврда трансплантатни кўчишини олдини олувчи, атроф реакциясини камайтирувчи, антибиотикларни касаллик ўчоғига киришини яхшиловчи ва кейинчалик йирингли яллиғланиш жараёнига утувчи асептик яллиғланиш жараёнини

олдини олувчи таъсирларга эга бўлган препарат Сerratа препарати кўлланила бошланди.

Сerratа таркибида Сerratииопептидаза - Serratia E15 нопатоген ичак бактериясидан ажратилган протеолитик фермент булиб таянч-харакат тизими патологиясида кўлланиладиган воситаларга кирази. Таъсири бўйича фибринолитик, яллиғланишга қарши, шишга қарши активликка эга, шунингдек қон ивишини чўзади, организмдаги кўпчилик патологияларда ишлатилади. Препаратни жароҳатлар ва операциядан кейинги шишларни камайтириш, гематомаларни тезроқ сўрилтириш, транслантатларни кўчиш хавфини камайтириш мақсадида кўлланилиши кўрсатилган.

Бизда ушбу препарат оҳирги 1 йил давомида 12 та беморда кўлланилди. Препарат антибиотиклар, аналгетиклар, симптоматик даъвога кўшимча 10мг –

1 таблеткадан 3 маҳал ичишга берилди, оғир ҳолларда актовегин инъекция ва мазь, крем билан бирга кўлланилди. Айниқса калла суяги дефектларини пластик операцияларидан кейин трансплантат атрофидаги реактив суюқлик тўпланиши камайиши, тери, тери апоневротик лоскутдаги олдинги чандиқлар ва операция вақтидаги гемостатик мақсаддаги электроқаогуляция сабабли трофик бузилишлар натижасидаги теридаги ёмон регенерация жараёнлари тезлашиб яхши битиши, препаратнинг самарадорлиги кузатилди. Айниқса ёши 40дан ошган ва гиперқаогуляция ҳолатидаги беморларда лаборатор тестлар назоратида кўшимча антиқаогулянтлар, антиагрегантларга эҳтиёжи камайди, таннархи арзон ва кўллаш усули оддий.

Тажриба кўп сонли беморларда кузатилмаган бўлсада ўз самарасини намоеън этди ва бошка соҳалар каби нейрохирургия соҳасида трансплантологияда ўз ўрнига эга деб ҳисоблаймиз.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ АДИПОНЕКТИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Сабирова Р.А., Турсунов Д.Х., Азизова Д.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Как показали исследования последних лет, жировая ткань является также эндокринной железой, секретирующей значительное количество гормонов и биологически активных пептидов, к которым относятся: лептин, пантофизин, резистин, фактор некроза опухолей-бета (ФНО-бета), адипонектин и др. Большое значение отводится адипонектину в регуляции биологического действия инсулина и состояния энергетического гомеостаза в организме. Снижение экспрессии гена адипонектина в жировой ткани и уровня адипонектина в плазме или сыворотке крови наблюдается у больных, страдающих СД 2 типа, ожирением и ишемической болезнью сердца. Адипонектин оказывает биологический эффект посредством комплексования с рецепторами двух типов,

приводя к повышению как активности АМФ киназы, так и активности PPAR α [Tschrutter O., Fritsche A., Thamer C. et al., 2003], что сопровождается снижением массы тела без уменьшения приема пищи, увеличением окисления жирных кислот в скелетных мышцах и печени, а также снижением их уровня в сыворотке крови. Наряду с этим наблюдается уменьшение содержания глюкозы в крови без увеличения секреции инсулина, а также снижения содержания триглицеридов в мышцах и печени, что является свидетельством повышения чувствительности тканей к инсулину и снижением инсулинорезистентности. В связи с вышеизложенными в работе поставлена цель - изучить динамику изменения адипонектина при экспериментальном аллоксановом диабете.

Для воспроизведения модели диабета 18 крысам после карантина вводили аллоксан в дозе 13 мг на 100 г массы тела, однократно, 6 составили интактную группу. О развитии диабета судили по содержанию глюкозы в крови, который определяли на биохимическом анализаторе с использованием наборов глюкозооксидазного теста фирмы Лахема.

Результаты исследования показали, что содержание адипонектина после введения аллоксана во все сроки исследования достоверно снижается по сравнению с интактной группой. На 7- и 21-сутки развития аллоксанового диабета его снижение составило 4,3 и 5,7 раза соответственно по сравнению с интактной группой. Наиболее выраженное снижение содержания адипонектина приходится на 14 сутки развития аллоксанового диабета, в этот срок содержание адипонектина снижено в 17,1 раз по сравнению с интактной группой.

Таким образом, аллоксановый диабет характеризуется снижением содержания адипонектина во все сроки его развития, наиболее выраженное снижение его содержания установлено на 14 сутки.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАТРАВКЕ ПЕСТИЦИДОМ НА ФОНЕ АЛЛОКСАНОВОГО ДИАБЕТА.

Сагатов Т.А. Хасанов Т.А.

Ташкентская медицинская академия

При острой затравке пестицидом «Омайт-57Э» на фоне аллоксанового диабета отмечаются кровенаполнение и увеличение диаметра сосудов (от 3 до 15 дней) во всех слоях стенки тонкого кишечника. В серозно-мышечной оболочке наблюдается извитой ход сосудов. Сосуды гемоциркуляторного русла кровенаполнены, местами встречаются экстравазаты, свидетельствующие о нарушении проницаемости стенки сосудов. Сосуды подслизистого сплетения кровенаполняются, расширяются, местами наблюдаются разрывы в порядковых сосудах.

Аналогичные изменения происходят и в сосудах слизистой оболочки по всей длине тонкой кишки. Плотность её микрососудов увеличивается, что свидетельствует о раскрытии ранее не функционировавших резервных микрососудов. Следует отметить, что вышеперечисленные изменения, несомненно, отражаются и на тканевых структурах тонкой кишки.

На всем протяжении тонкой кишки отмечаются воспалительно-деструктивные изменения в виде отечности и инфильтрации тканевых структур стенки тонкой кишки. Однако, следует подчеркнуть, что эти изменения по данным наших исследований, наиболее выражены в слизистой оболочке ДПК и проксимальной части тощей кишки. Следует особо подчеркнуть, что в последующие сроки наблюдения (30-60 дней) наряду с отечностью и инфильтрацией, отмечаются атрофические изменения тканевых структур тонкой кишки (особенно ДПК, тощей). Прогрессирует уменьшение высоты ворсинок и соответственно числа капилляров в строме ворсинок и крипт. Заметно утолщаются стенки, сужен просвет прекапилляров, встречаются экстравазаты, мало и без сосудистые зоны, которые приводят к атрофии эпителиальных клеток. Через 90 дней прогрессируют атрофические изменения во всех слоях гемокруляторного русла, особенно в слизистой оболочке. Ворсинки укорочены и имеют причудливую форму; соответственно снижается плотность сосудов, встречаются точечные экстравазаты. К концу исследования атрофические изменения всё более прогрессируют: заметно уменьшается плотность сосудов, стенки артериол и прекапилляров утолщены. Имеет место десквамация энтроцитов ворсинок и крипт, количественные и качественные изменения клеточных элементов, которые приводят к атрофии стенок тонкого кишечника.

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА ГИПОЛИПИДЕМИК ТЕРАПИЯ
БИЛАН БИРГА ЖИСМОНИЙ ФАОЛЛИКНИНГ ТАЪСИРИ.
Сабирова А.Д., Нуриллаева Н.М., Омаров Х.Б., Юнусова Ш.Ш.,
Тошкент Тиббиёт Академияси**

Текширув мақсади: Юрак ишемик касаллиги, Стабил стенокардия ФС II-III билан касалланган беморларда гипополипидемик терапия фониди индивидуал жисмоний юклама таъсири самарасини бахоллаш.

Материал ва методлар: Текширув учун 45 -60 ёшли Юрак ишемик касаллиги, Стабил стенокардия ФК II-III билан касалланган, умумий холестерин 5,2 ммоль/л дан юқори бўлган 50 та беморлар олинди. Асосий гуруҳга 30 та, назорат гуруҳига 20 та беморлар олинди. Иккала гуруҳга патогенетик даво сифатида 20 мг/сутка симвастатин берилди. Барча беморларга қуйидаги формула асосида, велоэргометрия текшируви орқали жисмоний юкламага толерантлик ва юришнинг оптимал темпи аниқланди. $X=0,042 \times M + 0,15 \times Ч + 65,5$. X – юришнинг оптимал темпи; M – велоэргометр орқали бериладиган бўсаға кучи кгм/мин ; Ч – велоэргометрия

текширувидаги максимал юрак қисқаришлар сони. Асосий гуруҳдаги беморларга 2 ой давомида жисмоний юклама берилди.

Натижа: Натижалар 2 ойдан сўнг текширилди. Асосий гуруҳдаги беморларда умумий холестерин 7.1 ммоль/л дан 5.1 ммоль/л (28%) гача камайди. Назорат гуруҳида эса 7.2 ммоль/л дан 5.75 ммоль/л (20%) гача камайди. Паст зичликдаги липопротеидлар асосий гуруҳда 4.75 ммоль/л дан 2.53 ммоль/л (46%) гача, назорат гуруҳида 4.45 ммоль/л дан 2.93 ммоль/л (34%) гача камайди. Асосий гуруҳдаги беморлар 2 ойдан сўнг қайта велоэргометрия текшируви ўтказилганда жисмоний юкламага толерантлиги 50 W (300 кгм/мин) дан 75W(450 кгм/мин) 50 % га ошди. Назорат гуруҳдаги беморларда жисмоний юкламага толерантлик 50W (300 кгм/мин) ўзгармади.

Хулоса: Дозаланган жисмоний юклама билан биргаликда гиполипидемик терапия амалга оширилса липидлар микдорининг камайиши фақат гиполипидемик терапияга нисбатан самаралироқ. Қолаверса мунтазам жисмоний фаолликда бўлиш жисмоний юкламага толерантликни ошириб, хаёт сифатини оширади.

ХОЛЕСТЕРИН И ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В МЕТАБОЛИЗМЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.

Сабилова А.Д, Нуриллаева Н.М.

Ташкентская медицинская академия

Сейчас во всем мире и, в первую очередь, в развитых странах атеросклероз считается болезнью №1. Известно, что холестерин является необходимым веществом для нормальной работы нашего организма, но если его образуется много, то он начинает откладываться на внутренней поверхности кровеносных сосудов в виде бляшек («плохой» холестерин), провоцируя развитие сердечно сосудистых заболеваний. Поэтому высокий уровень холестерина в крови называют «тихим убийцей».

Как известно, холестерин (холестерол) – это циклический одноатомный спирт животного происхождения, так как клетки растений его не синтезируют. Без сомнения, холестерин достоин уважения, так как в процессе развития человека он неоднократно был задействован в становлении различных биологических функций.

Основная же роль такого спирта, как холестерин в многоклеточном организме, состоит в переносе в крови и межклеточной жидкости жирных кислот, поступающих в организм человека с пищей. Это основной субстрат для получения энергии и пластического материала для образования клеточных мембран. В зависимости от физико-химических свойств жирные кислоты подразделяют на насыщенные, ненасыщенные и эссенциальные полиеновые, содержащие четыре, пять, шесть двойных связей. В силу физико-химических различий в клетках кишечника вначале

происходит реакция взаимодействия насыщенных и ненасыщенных жирных кислот с образованием триглицеридов, а только затем в крови протекает процесс этерификации эссенциальных жирных кислот с холестерином. Пищевые жирные кислоты, потребление которых является необходимым условием жизни человека, являются гидрофобными. Поэтому перенос их через водное пространство организма, например кровь или лимфу, представляет большие трудности. В силу этого, в клетках тонкого кишечника происходит связывание жирных кислот со спиртами – холестерином и глицерином и при этом образуются различные липиды – фосфолипиды, триглицериды и эфиры холестерина. В норме в молекуле триглицеридов этерифицирована одна молекула пальмитиновой и две молекулы олеиновой жирных кислот. И именно такие триглицериды активно поглощаются клетками.

Как известно, дефицит в клетках организма эссенциальных жирных кислот нарушает активность всех клеточных мембран, а также и белков, которые встроены в эти мембраны. Сегодня для идентификации жирных кислот широко используют метод высокоэффективной жидкостной хроматографии в тандеме с масс-спектрометрией, что позволяет получить достаточно полное представление о функциональной роли в организме человека такого соединения, как холестерин.

REGIONAL CAUSES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA

Suleymanova G.T.

Bukhara State Medical Institute, the city of Bukhara

The purpose: To study the development of iron deficiency anemia (IDA) in different age groups and their causes

The materials and methods of research: 480 people in age from 5 till 45 were clinical and laboratory-instrumental examined. Used general blood analysis, total iron binding properties of plasma and the amount of ferritin, out-patient retrospective analysis was performed on the basis of the cards.

Research results and discussions: the total level of IDA on the analysis, in 273 (57,3%) mild anemia, 153 (32,1%) average anemia, in 54 (11,6%) people severe anemia were identified. According to the age groups, in 6-7 years old 35,5%, in 11-12 years 30,7%, in 15-17 years 38,3% IDA were found. In the population from 18 years under age of 45 were examined and 23-28 years old men have IDA, from single 18-25 year-old girls 37,2%, from 18-35 years old married women 45,5%, from 35-45 years old 33,6% of them suffered with IDA. Cause of anemia in children and students by worm invasion (84,6%), and others by lack of nutrition. The teenagers IDA 45,3% instance increase in the demand for iron, 34,4% of worm invasion and 21,3% of the causes by nutritional deficiency. A common cause of anemia among men 2/3 gemorroidal, the rest of the digestive tract in cases of acute and chronic haemorrhagic. At the

single girls of childbearing ages IDA 51,5% because of methroragia, disgormonal bleeding, , and the remaining 35,5% of cases the worm invasion, the nutritional reasons (coffee, tea, soft drinks and sweets abuse). In women of childbearing age 18-35 age group play due to in appropriate use of the intrauterine device (IUD) (64,4%), abortion (38,2%) and the rest were not able to complete the course ferrotherapy. 51,3% of women aged 35-45 in appropriate use of the IUD application of the case, 21,4% of the cases of sexual organs in various diseases due to chronic bleeding, 18,3% of the cases of gastrointestinal tract bleeding and the rest of the cases, the full implementation of the ferrotherapy could cause to development of IDA

Conclusion: Development of IDA depend on mainly by worm invasion among the children , gynecological diseases among women of childbearing age, haemorroidal and gastroduodenal haemorrhagial causes among men in Bukhara.

УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАСИНИАСОРАТИ
Султанов. И.Т, Ярашов. Р.С, Эшчанов. Б.С, Собиров. У.К.
Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Илмий тадқиқот ишининг мақсади. Клиник кузатув асосида беморда умуртқалараро диск чуррасини асоратларини ўрганиш.

Илмий тадқиқот ишининг материали ва методи. Бемор 60 ёш, 10 март 2017 йил неврология бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: умуртқа поғонаси бел соҳасидаги оғрик, оғриқни икки оёғига узатилишига, асосий шикояти нажаснинг мустақил чикмаслиги ундан ташқари мустақил сийдикни чикмаслиги. Бемор ўзини касал деб 2015 йилнинг охиридан хисоблайди:

Илмий тадқиқот иши муҳокамаси. 2016 йил январь ойида урологга мурожаат қилган, УЗТ қилинган ва сийдик пуфагига катетр қўйиладиган жарроҳлик амалиётини ўтказишни тавсия қилишган, беморни розилиги билан ушбу амалиёт бажарилган ва неврологга мурожаат қилишни тавсия қилишган. Бемор сийдик пуфагидаги сийдикни катетр орқали чиқариб юрган, неврологга мурожаат қилган ва амбулатор шароитда даволанган, фақат 2016 йил 11 ноябрь куни МРТ текширувидан ўтган, Хулоса: Умуртқалараро диск чурраси Th2-Th3, L1-L2, L3-L4, L4-L5, L5-S1, диск протрузияси Th10-Th11, L2-L3 аниқланган. Ундан ташқари умуртқа каналини стенози Th10-Th11, L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1, Бемор яна амбулатор даволанган. 2017 йил март ойида неврологни қабулида бўлган, унинг тавсияси билан бемор ВКТТМни неврология бўлимига ётқизилди. Беморни лаборатор, рентгенологик, узт, мрт текширувларидан кейин невролог, нейрохирург биргаликда кўриқдан ўтказиб ташҳис қуйилди ва бемор нейрохирургия бўлимига жарроҳлик амалиётини бажариш учун ўтказилди.

Хулоса. Беморни умуртқалараро диск чурраси аниқланса ва у чанок аъзолари фаолиятига шикаст етказётган бўлса (мустақил сийдикни

чикмаслиги, нажасни чикишини кийинлашуви) дархол нейрохирург билан маслаҳатлашиб беморда жарроҳлик амалиётини қўллаш яхши самара беради.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ СПИНА БИФИДА **Султанов И.Т., Ли Д.Т.**

Хорезмский Областной Многопрофильный Медицинский Центр

К врождённым аномалиям позвоночника относятся: незаращение дужек позвонка, спина бифида, расщепление позвоночника, назращение дужки позвонка, спинальный дисрафизм, неполное закрытие позвоночного канала.

Материал и методы. Исследования и лечения проводились в отделениях физиотерапии и ортопедии Хорезмского областного многопрофильного центра. Были проведены клиничко-лабораторные и рентгенологические обследования у 12 больных с болезнью спина бифида скрытой формы. Возраст больных был в пределах от 1 года до 10 лет. Из них 5 мальчиков 7 девочек, 8 из них жители сельской местности, 4 больных жители города. После установления клинического диагноза.

Результаты и обсуждение. Всем больным было начато консервативное лечение с нестероидными противовоспалительными препаратами, препаратами кальция, комплексами витаминов, нейростимуляторов, рекомендовано было ношение ортопедической обуви с супинатором. Физиотерапевтические процедуры при болезни спина бифида уменьшают болевой синдром, мышечный спазм, воспалительные процессы, улучшают микроциркуляцию и трофику тканей. При спине бифиде применяются парафиновые аппликации, в области поясничного отдела позвоночника, электрофорез с мумие и раствором 10% кальция хлорида, массаж поясницы и обеих нижних конечностей, лазер паравертебрального отдела L5-S1. После обследования и установления клинического диагноза 12 больным начато консервативное лечение всем больным было начато консервативное лечение с нестероидными противовоспалительными препаратами, препаратами кальция, комплексами витаминов, нейростимуляторов, рекомендовано было ношение ортопедической обуви с супинатором и местное применение физиотерапевтических процедур в виде электрофореза с мумиё и раствором кальция хлорида 10%, в области поясницы, массаж поясницы и обеих нижних конечностей, лазер паравертебрального отдела L5-S1, парафиновые аппликации.

Выводы: 1. Комплексное, консервативное лечение и физиотерапевтические процедуры дали положительные результаты в динамике и лечения.

2. Во время лечения у больных побочных явлений не наблюдалось.

3. Раннее начатое лечение при болезни спина бифида дало удовлетворительные результаты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Султонов И.И., Ишанкулова Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявить частоту и характер клинических и лабораторных признаков метаболического синдрома у больных подагрой и оценить их взаимосвязь с возрастом больных, длительностью заболевания, индексов тяжести основного заболевания и нарушения функции нижних конечностей.

Материал и методы. Были обследованы 49 больных подагрой мужского пола. Возраст больных в среднем составил - $50,6 \pm 1,6$ лет, продолжительность заболевания - $9,4 \pm 1,7$ лет. На момент включения в исследование у всех пациентов были выявлены признаки артрита, вариант которого определялся по наибольшей длительности последнего обострения за истекший год. Среди больных ПА основные 3 клинические факторы МС (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) диагностированы у 49,0% больных (первая группа): у 30,6% - ожирение I и II степени, у 26,5% - артериальная гипертензия и у 12,2% - СД 2 типа.

Результаты и обсуждение. При ПА наблюдались повышение показателей липидного профиля - лабораторных критериев МС. Так, у больных ПА содержание общих липидов составило от 4,8 до 10,6 г/л, среднее содержание - $8,55 \pm 0,03$ г/л. У 32,7% больных уровень общих липидов был в пределах 4,8-8,4 г/л (нормальный уровень), у 67,3% - выше 8,4 ммоль/л (повышенный уровень). У больных первой группы уровень общих липидов ($9,60 \pm 0,04$ г/л) был в 1,28 раза выше чем у больных второй группы ($7,50 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,02$). Содержание холестерина при ПА составило 5,2-10,2 ммоль/л (в среднем - $7,2 \pm 0,05$ ммоль/л): у 34,7% больных - 5,2-6,5 ммоль/л (пограничный уровень), у 38,8% - 6,6-8,0 ммоль/л (повышенный уровень), у 26,5% - выше 8,0 ммоль/л (высокий риск развития МС).

У больных с основными клиническими факторами МС (ожирения, АГ и СД 2 типа) среднее содержание холестерина составила - $8,6 \pm 0,7$ ммоль/л, что было достоверно выше, чем у больных без клинических проявлений МС ($6,2 \pm 0,4$ ммоль/л, $P < 0,02$). Степень повышения общих липидов и холестерина в сыворотке крови имела прямую коррелятивную связь со степенью гиперурикемии ($r = 0,65$; $r = 0,54$) и давностью заболевания ($r = 0,72$; $r = 0,62$).

Больные с наличием клинических показателей МС были по возрасту старше ($54,6 \pm 3,2$ и $47,1 \pm 2,7$ лет, $P < 0,05$) и имели большее количество пораженных суставов ($4,6 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,7$, $P < 0,02$). Число подкожных тофусов (37,5 и 16,0%), частота артрита за последний год ($3,8 \pm 0,3$ и $2,2 \pm 0,1$ раз, $P < 0,02$), длительность последнего обострения ($3,6 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,1$ неделя,

$P < 0,02$) и собственный индекс тяжести подагры ($3,7 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,2$ б, $P < 0,02$) у больных МС были выше, чем у больных без МС.

При анамнестическом исследовании больных с гиперхолестеринемией и сопутствующими клиническими факторами МС наиболее часто выявлялись наследственная предрасположенность (наличие у родителей подагры, АГ, ИБС, СД), частые погрешности в питании и отсутствие базисного (аллопуринол, урикозурические препараты) лечения основного заболевания.

Выводы. Таким образом, подагра, заболевание обусловленное нарушением пуринового метаболизма и гиперурикемией сопровождается основными клиническими и лабораторными признаками МС. Очень часто коморбидное течение подагры и МС обусловлено наследственной предрасположенностью. Включение гиперурикемии в число факторов МС и наличие прямой коррелятивной связи между клинико-лабораторными показателями подагры и МС обуславливает включение подагры к клиническим критериям МС. Можно предположить, что методами профилактики МС при подагре могут служить сохранение двигательной активности, диетическая коррекция массы тела за счет снижения калорийности пищи и уменьшения ее объема, а также своевременное проведение базисного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКТОРА МЕТАБОЛИЗМА ИНОЗИЕ-Ф У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тогаева Б.М., Исламова К.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Препарат Инозие-ф является стимулятором окислительно-восстановительных процессов на клеточном уровне, повышает энергетический потенциал миокарда, улучшает коронарное кровообращение. Основным показанием к применению препарата является хроническая сердечная недостаточность (ХСН) обусловленная ишемической болезнью сердца. Однако эффективность применения корректора метаболизма Инозие-ф у больных гипертонической болезнью (ГБ) осложненной ХСН изучена недостаточно.

Цель исследования. Оценить клинико-инструментальную эффективность внутривенной инфузии корректора метаболизма Инозие-ф (синонимы инозин, рибонозин) у больных ГБ осложненной ХСН.

Материал и методы. Было исследовано 13 больных (8 мужчин, 5 женщин) с ХСН в возрасте от 51 до 68 лет. Больные находились на стационарном лечении в отделении терапии клиники СамМИ. У всех больных развитию ХСН способствовала гипертоническая болезнь. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 10 лет. Среди больных преобладали пациенты с III и IV функциональным классом

(соответственно 6 и 4 больных) ХСН. II функциональный класс ХСН был выявлен у 3 больных. Диагноз был установлен согласно рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ и Европейского общества кардиологов. Базисное лечение ХСН включало: нитраты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы медленных кальциевых каналов, диуретики и антикоагулянты. В зависимости от метода лечения все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 8 больных, которым на фоне базисного лечения, был назначен корректор метаболизма Инозие-ф (200-400 мг). Для капельного введения препарат разводили в изотоническом растворе натрия хлорида (200,0 мл). Контрольную группу составили 5 пациентов только с базисным лечением. Оценка эффективности лечения проводилась с учетом динамики клинических проявлений заболевания, показателей лабораторных и инструментальных данных (ЭКГ, ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение. У больных первой группы в ходе лечения были выявлены следующие преимущества Инозие-ф: значительное уменьшение интенсивности ангинозной боли (на 1-2 дня раньше), одышки (на 4-5 день), периферических отеков (на 7-8 день), гепатомегалии (на 7-8 день), застойных хрипов в легких (на 9-10 день) и увеличение двигательной активности (на 5-6 день). Динамика ЭКГ заключалась в урежении ритма (у 4 больных нормализация), в снижении сегмента S-T (у 7 больных) и эктопической активности (у 5 больных). У 6 больных с мерцательной аритмией первой группы, после курса применения Инозие-ф наблюдалось урежение ЧСС до нормальных показателей (60-80 раз). На ЭхоКГ (у 10 больных) отмечалось увеличение фракции выброса, увеличение конечного систолического и снижение конечного диастолического объема, а также уменьшение электрической активности миокарда левого желудочка.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать Инозие-ф в качестве средства вспомогательной – метаболической терапии больных гипертонической болезнью осложненной хронической сердечной недостаточностью и свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения возможных терапевтических эффектов препарата.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТРАШЕ 60 ЛЕТ

Тоиров Э.С., Беккулова М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Ревматоидный артрит (РА) относится к тяжелым заболеваниям лиц старческого и пожилого возраста, приносящий физические страдания, ограничивающий способность больных к самообслуживанию и передвижению, ухудшающий качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей РА у больных пожилого и старшего возраста и определение их взаимосвязи с невротическими и гормональными нарушениями.

Материал и методы. Под наблюдением находились 88 больных: 63 (71,6%)-женщин, 25 (28,4%) – мужчин. Возраст больных составил 16-73 лет (в среднем – $42,1 \pm 1,3$ лет), продолжительность заболевания – от 6 месяцев до 30 лет (в среднем – $6,5 \pm 0,5$ лет). Все больные РА разделены на 2 группы: в первую группу вошли 48 больных (32 - женщин, 16 – мужчин) в возрасте 60-73 лет (в среднем – $69,5 \pm 2,2$ лет), во вторую – 40 больных (31-женщин, 9-мужчин) в возрасте от 16 до 59 лет (в среднем – $34,2 \pm 3,2$ лет). Все больные подвергнуты клинико-лабораторному исследованию. Лабораторные исследования включали определение в крови показателей «воспаления», ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и иммуноглобулинов. В сыворотке крови исследовался уровень гормонов гипофиза (АКТГ, ТТГ и СТГ) и щитовидной железы (трийодтиронин, тироксин, кальцитонин). Диагностика НН основывалась на рекомендациях, разработанных НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского.

Результаты и обсуждения. У больных старше 60 лет чаще регистрировался высокая степень активности заболевания (по DAS 28), значительное ухудшение рентгенологических признаков и функционального состояния больных. Были характерны более острое начало болезни, частое поражение крупных суставов – коленные, плечевые, голеностопные, и развитие выраженного экссудативного компонента по типу ассиметричного олигоартрита. Частыми сопутствующими заболеваниями явились артериальная гипертензия (45,8%) и ишемическая болезнь сердца (41,6%). Отмечена нивелировка в половом соотношении м:ж = 1:1, в то время как в более молодом возрасте преобладают лица женского пола (м:ж=1:3-4). Проведенное исследование способствовало выявлению невротических нарушений у 72,7% больных: у 22,7% - слабой, у 35,2% - средней и у 14,8% - выраженной степени. В группе больных в возрасте до 60 лет невротическая симптоматика была выявлена у 60,0% больных, а в группе больных старше 60 лет - в 1,4 раза чаще, у 83,3% пациентов. В группе больных старше 60 лет содержание ТТГ, трийодтиронина, АКТГ и кортизола было достоверно ниже чем у больных до 60 лет ($P < 0,05$ и $P < 0,02$), а уровень тироксина не всегда коррелировал с возрастом и не соответствовал уровню ТТГ и трийодтиронина.

Выводы. Среди признаков неблагоприятного прогноза при РА одно из первых мест можно отвести пожилому возрасту. Суставной синдром имеет тяжелое течение, сочетается с большим количеством сопутствующими заболеваниями. На качество жизни пожилых больных огромное влияние оказывает невротические и психотические нарушения, которые характеризуется угнетенным, подавленным настроением, утратой

прежних интересов, повышенной утомляемостью, слабостью, нарушением сна, аппетита, снижением активности. Поэтому важной составляющей частью лечебной программы у пожилых должны входить методы по восстановлению психо-эмоционального фона, физической способности и трудовых навыков, а также правильное питание. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно – родственников.

ОСОБЕННОСТИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «РЕВМАТОЛОГИЯ» В САМАРКАНДСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Тоиров Э.С.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель освоения учебной дисциплины по ревматологии состоит в подготовке врача к практической деятельности для работы лечебно-профилактических учреждениях города и сельской местности, в приобретении комплекса знаний по особенностям клинической симптоматики ревматических заболеваний, формировании практических умений и навыков, необходимых в деятельности врача. Врач должен обладать профессиональным алгоритмом решения практических задач диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ревматических болезней у разных возрастно-половых групп, навыками по оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях, критериями выделения групп риска и диспансерного наблюдения за больными. Модульная учебная рабочая программа по ревматологии созданная в СамМИ четко регламентирована как аудиторную, так и самостоятельную части освоения материала и призвана для освобождения преподавателя от чисто информационных функций.

Изучение предмета начинается на 3 курсе с модуля 2 «Симптомы и синдромы при внутренних заболеваниях». На данном модуле изучаются основные симптомы и синдромы заболеваний опорно-двигательного аппарата. Предмет «Основы внутренней медицины» предназначенный для 4 курса состоит из четырех смысловых модулей. Смысловой модуль 2 включает в себя изучение основ диагностики, лечения и профилактики основных ревматологических заболеваний и состоит из шести занятий, которые включают в себя темы, охватывающие наиболее распространенные ревматологические заболевания. Материал занятий охватывает синдромы и симптомы ревматологии, диагностику, лечение и профилактику ревматической лихорадки, инфекционного эндокардита, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилоартрита, реактивных артритов, остеоартроза, подагры, системных болезней соединительной ткани и системных васкулитов. На шестом курсе студенты изучают модуль 3 "Современная практика в клинике внутренней медицины" и модуль 4

«Неотложные состояния в клинике внутренней медицины». Модуль 3 изучает ведение пациентов в ревматологической клинике и состоит из 4 занятий по данному материалу: ведение больных с суставным синдромом, некоронарогенными заболеваниями сердца, системными заболеваниями соединительной ткани и системными васкулитами. Модуль 4 изучает неотложные состояния в ревматологии. Состоит из двух тем (курация больных с аутоиммунными кризами и острым подагрическим приступом), изучающих наиболее опасные состояния в ревматологии, требующих безотлагательного лечения.

Каждое занятие состоит из методических указаний, методической разработки, материала к практическим занятиям студентов, опорного конспекта и видеоролика по данной теме. В конце каждого занятия студенты с целью закрепления теоретических данных самостоятельно решают тестовые вопросы, ситуационные задачи и практические навыки. Качество освоения учебного материала оценивается посредством рейтинговой системы контроля, учитывающей сложность модуля. При этом все этапы выполняемых слушателями работ оцениваются в установленном уровне баллов рейтинга, что обеспечивает постоянный контроль итогов учебной деятельности благодаря соответствующей структуре модульной программы.

Таким образом, система модульного обучения по ревматологии охватывает все основные положения типовой учебной программы, обеспечивает постоянную самодиагностику и стимулирование качественной и ритмичной работы, а для преподавателя позволяет осуществлять непрерывный контроль учебного процесса, диагностику текущего состояния успеваемости с использованием рейтинговой шкалы оценок.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНЕМИЕЙ

Таирова З. К.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучение особенностей комплексного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью и анемией.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 100 пациентов: 71,0% женщин и 29,0% мужчин, с установленным диагнозом хронической сердечной недостаточности (ХСН), развившейся на фоне хронической ревматической болезни сердца (ХРБС).

Результаты исследования: Применение диуретиков при гемодилюции (22 пациента) сопровождается положительной динамикой. После 7 дневной терапии диуретиками наблюдалось уменьшение степени отеков. На 9-11 день лечения у 10 (45,4%) больных уровень Hb повысился более чем на 10 г/л, у 12 (54,5%) – степень повышения была менее 10 г/л.

ФК снизился на 0,78 функциональный коэффициент. Количество больных с железодефицитной анемией составило 24 (24,0%). Через 3-4 месяца из 12 (50,0%) пациентов с железодефицитной анемией, которые получали таблетированные формы препаратов железа у 8 (33%) пациентов (прошедших обследование в динамике) наблюдалось достоверное изменение гематологических показателей, повышение уровней сывороточного железа. Уровень Hb повысился на 13,17 г/л, уровень сывороточного железа на 2,97 мкмоль/л. Уровень Hb у больных, получивших парентеральное введение железа через 2-4 месяца повысился на 17,7 г/л, а у больных, получивших препарат железа только per os повысился - на 13,17 г/л. ФК ХСН снизился на 0,88 функциональный коэффициент. Коррекция анемии у больных с кардиоренальным анемическим синдромом с применением Курантила 25 мг препарата эритропоэтина (Репо 2000 ЕД/мл) улучшила ФК ХСН по NYHA, способствовала значимому снижению дозы мочегонных препаратов, улучшила качество жизни, способствовало снижению прогрессирования ХБП. ФК ХСН снизился - на 0,85 функциональный коэффициент. После лечения анемии хронических заболеваний у повторно обследованных больных (26 пациентов из 35) уровень Hb повысился на 7.7 г/л, средний ФК ХСН снизился - на 0.8 функциональный коэффициент.

Выводы: Таким образом, включение в комплексное лечение больных ХСН антианемических методов лечения в зависимости от механизмов развития анемии способствуют снижению функционального класса ХСН и улучшению качества жизни больных.

COMPARATIVE EVALUATE PATHOLOGICAL Q WAVE MYOCARDIAL INFARCTION BASED ON LOCALIZATION LEFT VENTRICLE WALL.

Tursunov E.Y., Egamnazarova Z. R.

**Scientific advisor: Associate professor: D.Z. Yarmukhamedova
Tashkent medical academy**

Introduction: Diseases of the circulatory system remain as main causes of disability and death. Throughout the world the number of patients with coronary heart disease is very high, in some regions of the CIS this number is 32.1%. With such prevalence of coronary heart disease is the cause of death in 40% of cases, and myocardial infarction (MI) prevails in the structure of mortality. Hospital mortality from acute myocardial infarction period in recent years consistently maintained at a level of 17-18%, even in specialized units reaching 13-15%).

Purpose of the study: To study and estimate pathological Q wave myocardial infarction (PQWMI) based on localization left ventricle wall.

Materials and methods: According to the conditions and objectives of the study as the object was selected 48 patients with PQWMI men and women

enrolled in therapeutic departments Tashkent Medical Academy and 37- familiar polyclinic. Each patient fills a questionnaire to identify risk factors, bad habits and age indication. Localization of PQWMI was evaluated electrocardiogram (evaluate Q wave) and exocardiography examination (evaluate hypokinesia, akinesia and diskinesia).

Results: Myocardial wall was divided 2 group based on vascularization left ventricular wall. Posterior basal, posterior diaphragm, posterior septal and posterior lateral wall is considered posterior wall of left ventricle and anterior septal, anterior apex, anterior lateral were considered anterior wall. From 48 patients 14 patients diseased posterior wall PQWMI, 31 patients diseased anterior wall left ventricle PQWMI. Only in 3 patient's diseased circular PQWMI that injured posterior and anterior wall of left ventricle. All circular PQWMI patients were complicated cardiogenic shock

Conclusion: Anterior wall PQWMI occurred approximately 2 time more than posterior wall PQWMI of left ventricle. It depends on localization of coronary artery. In clinical practice patients who injured anterior wall left ventricle clinical symptoms were observed clearly than posterior wall forms. Depend on size of injured area early prevalence of early complication increased.

THE EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES OF RISK FACTORS AS MYOCARDIAL INFARCTION WITH PATHOLOGICAL Q WAVE

Tursunov E.Y., Egamnazarova Z. R.

**Scientific advisor: Associate professor: Yarmukhamedova D.Z.
Tashkent medical academy**

Introduction: Particularly acute question of the need for early detection and correction of risk factors in modern populations, exacerbating of severity of myocardial infarction with pathological Q wave (MIPQW). At the same time remain sensitive issue epidemiological study and control coronary heart disease at the population level for the prevention of MIPQW and cardiovascular complications, as epidemiological approach is an important informative and accessible method for assessing the prevalence MIPQW among population.

The purpose of study: to study and evaluate the risk factors and ways to optimize the treatment of MIPQW in the population of 30-70 age group.

Material and methods: According to the conditions and objectives of the study as the object was selected 48 patients with MIPQW men and women aged 30-70 years enrolled in therapeutic departments Cardiology in the 1st clinic for TMA and 37-familiar polyclinic of city of Tashkent . All patients will pass from relevant diagnostic tests, clinic laboratory, special questionnaire and instrumental examination.

Results: After examination we estimated risk factors in MIPQW. High prevalence risk factor is high blood pressure that found in 39 (81,25%) patients. 23 (47,9%) of patients had smoking and 11 (22,9%) of patients were found to have alcohol abuse with 5 year stage. Average percentages of physical

inactivity in patients with MI were equal to 18 (37,5%). In 17 (34,4%) patients were found diabetes mellitus. 15 (31,25%) patients were noted to be overweight. Only 7 (14,6%) patients were noted to have unmodified risk factor of familiar history. Based on questionnaire mainly part of this patients always have felt pschycoemotional stress due to their occupation.

Conclusion: The mainly risk factors of IMPQW among adult population of Tashkent city are: Arterial hypertension, smoking, obesity, alcohol abuse, pschycoemotial stress, insufficient medical control, low educational status, sedentary work, disadvantageous social status, drug abuse, low intake of vegetables and fruits, bad living condition and pathological condition.

К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Умаров Н.Н., Шодиев А.Ш.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Приобретенная гидроцефалия (ПГ) относится к числу серьезных нейрохирургических заболеваний, возникает вследствие острых или хронических инфекционно-воспалительных процессов (венитрикулит, менингит, абсцесс, туберкулез, энцефалит), черепно-мозговой травмы (ЧМТ), сосудистых заболеваний, сопровождающихся интракраниальными кровоизлияниями, или развивается вторично при опухолях (внутрижелудочковых, стволовых и парастволовых) головного мозга.

Несмотря на наличие достаточно многих работ, направленных на изучение этиологических особенностей ПГ до сих пор продолжают существовать взаимно исключаящие друг друга информации об особенностях ее этиологии.

Целью нашего исследования является изучение этиологии приобретенной гидроцефалии.

Под нашим наблюдением находилось 61 больных, госпитализированных в нейрохирургическое отделение клиники СамМИ за период с 2012 по 2017 гг в возрасте от 1 до 75 лет, с верифицированным диагнозом «Приобретенная гидроцефалия». Диагноз был установлен на основании имеющихся неврологических симптомов с применением компьютерно - и магнитно-резонансно томографических методов (КТ, МРТ) исследования.

ПГ наиболее часто (54,1%) возникала в результате опухолей головного мозга (33 больных), в 11 случаях (18,1%) вследствие тяжелой травмы головы, в 6 случаях (9,8%) за счет сосудистых катастроф головного мозга, в 5 случаях (8,2%) после перенесенных инфекционных заболеваний головного мозга, в 3 случаях (4,9%) причинами ее возникновения являлись неопухолевые объемные процессы, в трех случаях (3,3%) встречался как последствие аномалия развития головного мозга (Арнольда-Киари). В

клиническом проявлении ПГ почти у всех больных отмечались головная боль, головокружение, рвота, нарушение статики и координации. Парезы в конечностях, гипотония мышц отмечались у 42 (68,9%) больных, у 25 (40,9%) больных отмечался горизонтальный нистагм. Только у трёх больных отмечался нарушение сознания по типу сопора и поверхностного оглушения.

Таким образом, можно отметить, что приобретенная гидроцефалия часто развивается после опухолей задней черепной ямки (54,1%), перенесенных травм головы (18,1%) и сосудистых заболеваний (9,8%) головного мозга, проявляются в основном общемозговыми, очаговыми симптомами и координаторными нарушениями.

Определение причин возникновения приобретенной гидроцефалии представляет большое медикосоциальное значение, способствующее к снижению её распространения, предупреждению негативных последствий.

ИЗУЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛАТЕРАНОМ

Ўришбоев Р. Ш., Эгамназарова З. Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Атеросклероз является одним из актуальных проблем современной медицины. Несмотря на многочисленные исследования этого заболевания требует необходимость детального изучения патогенетических механизмов указанного заболевания, а также разработки мер по их профилактике, ранней диагностике и лечению.

Во всем мире в настоящее время принята липидная теория атеросклероза, утверждающая ведущую роль липопротеидов различных классов и в первую очередь холестерина в развитии биохимических и морфологических изменений в артериальной стенке, конечным проявлением которых становится формирование атеросклеротической бляшки. Считается общепризнанным, что повышение уровня холестерина в плазме крови на 1% во много раз увеличивает риск возникновения ИБС и других проявлений атеросклероза.

Цель. Ведущее место в развитие атеросклероза отводится нарушению липидного, в основном холестерина обмена, что проявляется, как правило, гиперхолестеринемией и дислипидотеинемией. Важным звеном в борьбе с указанными нарушениями являются нарушение транспорта холестерина апопротеинами.

Материалы и методы. В качестве объекта работы была выбрана Ферганская долина Узбекистана. Нами осуществлено специальное исследование экспериментальной гиперхолестеринемии. В связи с этим проводились исследования по определению содержания NO в аорте и сердечной мышце.

Результаты исследования. При развитии экспериментальной гиперхолестеринемии установлено понижение содержания NO в сыворотке крови в зависимости от срока исследования. Наиболее выраженное их снижение наблюдалось на 90, 120, 150 дни эксперимента (1,9; 2,2; 2,23 раза соответственно) по сравнению с интактной группой. При лечении флатероном установлено нормализация содержания оксида азота.

Выводы. Известно, что ацетилхолин взаимодействует с рецепторами клеток эндотелия кровеносных сосудов и приводит к образованию ЭФР, который стимулирует образование ЦГМФ и вызывает связывание NO с гемовой группой гуанилатциклазы.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШДА ЦЕФОТАКСИМ ВА ЛЕВОФЛОКСАЦИННИНГ НИСБИЙ ТАҚҚОСЛАМА АНТИБАКТЕРИАЛ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Хайтбоев Ж.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали.

Мақсад: Сурункали пиелонефритни даволашда Цефотаксим ва Левофлоксацин дори воситаларини қўллаб уларнинг нисбий таққослама антибактериал самарадорлигини аниқлаш.

Материаллар ва услублар: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида “Сурункали пиелонефрит, фаол яллиғланиш даври” ташхиси билан даволанаётган 46 та беморда текширув ишлари олиб борилди. Беморлар 23 та бемордан иборат 2 та (А ва Б) гуруҳга ажратилди. А гуруҳга цефалоспоринларнинг “Цефотаксим 1,0” дори воситаси физиологик эритмада эритилиб 2 махалдан в/и 5 кун тавсия қилинди. Б гуруҳга фторхинолонларнинг “Левофлоксацин 0,5%-100,0” дори воситаси 2 махалдан в/и 5 кун тавсия қилинди. Ўтқазилган антибактериал даволашнинг самарадорлигини баҳолашда қуйидаги, касалликнинг динамикадаги субъектив ва объектив белгилари, динамикадаги лаборатор текширувлар (Умумий қон тахлили, Умумий сийдик тахлили, Нечипоренко буйича сийдик тахлили, Сийдик бактериологик экмаси) асос қилиб олинди.

Натижалар: Даводан олдин: УҚТ:лей $10,8 \pm 0,7 \cdot 10^9$ та/мл, УСТ:лей $18,9 \pm 0,9$ та/1, Нечипоренко:лей 12510 ± 523 та/мл, Беморларнинг сийдиги бактериологик экма қилинганда: *Escherichia coli*(42,5%), *Enterobacter spp*(27,5%), *Staphylococcus hemaliticus*(10,0%), *Proteus vulgaris*(12,5%), *Staphylococcus epidermidis*(2,5%), *Pseudomonas aeroginosa*(2,5%), *Staphylococcus fecalis*(2,5%). Микроорганизмларнинг Цефотаксимга 57,5% да, Левофлоксацинга 30,0% да юқори сезувчанлик аниқланди.

А гуруҳ(Цефотаксим)нинг даводан кейинги лаборатор кўрсаткичлари: УҚТ:лей $5,5 \pm 0,2 \cdot 10^9$ та/мл, УСТ:лей $3,9 \pm 0,5$ та/1, Нечипоренко:лей

3030±224та/мл, Сийдик бактериологик экмасида патологик микроорганизмлар аниқланмади.

Б гурух(Левифлоксацин)нинг даводан кейинги лаборатор кўрсаткичлари: УҚТ:лей 7,7±0,5*10⁹та/мл, УСТ:лей 6,3±0,8та/1, Нечипоренко:лей 4155±312та/мл, Сийдик бактериологик экмасида 20,0% беморларда патологик микроорганизмлар сақланиб қолди.

Ўтказилган терапевтик муолажалардан А гурухда субъектив ва объектив белгилар яхшилана борди, Б гурухдаги беморлардаги беморларда белда оғрик, дизурик, яллиғланиш белгилари биров сақланиб қолди.

Хулоса: Левифлоксацинга караганда Цефотаксим дори воситасига микроорганизмларнинг сезувчанлиги юқори эканлиги аниқланди ва беморлар яхши қабул қилди, ноҳўя таъсирлар кузатилмади. Цефотаксим дори воситасини беморларда қўлланилганда клинко-лаборатор курсаткичлар ишончли даражада яхшиланди ва Левифлоксацинга караганда самаралироқ деб топилди.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ХамраеваН.А., ТоировД.Р., ТоировА.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт

Несмотря на интенсификацию исследований по изучению климатичности системной красной волчанки (СКВ), еще многие вопросы остаются малоизученными. Особенно, очень мало данных по изучению клинической характеристики, факторов тяжести СКВ у больных, проживающих в резко континентальном климатическом условии юго-западной части Центральной Азии, куда входит основная часть территории Узбекистана.

Цель исследования. Изучить особенности клинической характеристики системной красной волчанки у больных, проживающих в резко континентальных климатических условиях.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившихся на стационарном лечении в Республиканском ревматологическом центре при клинике №3 Ташкентской медицинской академии, в ревматологическом отделении клиники №1 Самаркандского Государственного медицинского института и в терапевтическом отделении клиники Андижанского Государственного медицинского института.

Результаты и обсуждение. Частота поражения кожи выявлена у 100%, артралгии и артриты - у 86,3%, поражение почек - у 85,0%, ЦНС - у 33,8%, пневмонит, плеврит, перикардит и васкулиты соответственно – у 45,0%, 30,0%, 22,5% и 20,0% больных. На ранней стадии заболевания развитие люпус нефрита, инфекционные осложнения, поражение ЦНС, висцериты, а на более поздних сроках ХПН усугубляют тяжесть течения

СКВ. Клинические признаки СКВ развиваются на фоне понижения уровня комплемента С3 и С4. В резко континентальных климатических условиях СКВ характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, ранним развитием висцеритов, высокой частотой кожных, суставных, почечных поражений. Частым неблагоприятным исходом СКВ является развитие ХПН. Все клинические признаки СКВ развиваются на фоне повышения провоспалительной (СРП) и воспалительной (повышение ФНО- α , понижение комплемента С3 и С4) иммунологической активности и указывают на иммунную дезадаптацию в резко континентальных климатических условиях.

Выводы. Таким образом, тяжесть СКВ на ранней стадии заболевания была связана с развитием волчаночного нефрита, присоединением инфекционных осложнений, поражением ЦНС, цереброваскулярных катастроф, а на более поздних сроках - с хронической почечной недостаточностью. Неконтролируемая активность волчаночного процесса явилась причиной раннего появления тяжелых проявлений, таких как пневмонит, плеврит и перикардит (серозиты и полисерозиты) и васкулиты. Сравнительно тяжелое течение СКВ с развитием полиморфизма признаков вполне может быть связано с влиянием факторов резко континентального климата – выраженными амплитудами дневных и ночных, летних и зимних температур, засушливой природы, низкой относительной влажностью воздуха, длительными весенними и летними солнечными днями.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Хамраева Н.А.

**Кафедра внутренние болезни №1 и фтизиатрии
Самаркандский государственный медицинский институт**

Введение. Поражение суставов занимает важное место в клинической картине системной красной волчанки (СКВ).

Цель исследования. Изучение частоты и характера суставных проявлений при СКВ в зависимости от варианта ее течения и степени активности заболевания.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с СКВ (75 женщин, 5 мужчин). Исследование суставного синдрома включало определение выраженности боли по ВАШ, состояние метаболизма костной ткани по концентрации кальция (Са, в ммоль/л), фосфора (Р, в ммоль/л) и по активности щелочной и кислой фосфатазы (ЩФ и КФ, в Ед/л). Всем больным проведено рентгенологическое, ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты и обсуждение. У больных СКВ основные формы суставного синдрома - были выявлены у 86,3% пациентов. Воспалительные явления чаще выявлялись у больных со средней и

высокой активностью заболевания, при остром и подостром течении СКВ. Припухлость, при артритах мелких суставов была нестойкая, сопровождалась болью средней интенсивности (по ВАШ $4,5 \pm 0,5$ см.) и небольшим ограничением движений. Количественные показатели: интенсивность боли по ВАШ составила $3,5 \pm 0,8$ см., количество припухших суставов - $4,6 \pm 1,2$, число болезненных суставов - $6,4 \pm 1,4$ б, показатель манипуляционной способности кистей – $85,5 \pm 7,8\%$, утренняя скованность – $40,5 \pm 5,4$ мин. При УЗИ у больных с артралгиями наблюдалось равномерное и незначительное утолщение суставной капсулы (37,1%) и умеренное повышение количества суставной жидкости (у 14,3%). При артритах - неравномерность контуров сустава, наличие свободной жидкости, значительное утолщение суставной капсулы и неравномерность (у 34,3%). Компьютерная томографическая рентгенденситометрия (исследованы 30 больных) - выявление признаков, характеризующих I степень остеопороза у 40,0%, II степень – у 26,7%, III степень – у 33,3% пациентов.

Выводы: Таким образом, по нашим данным у 86,3% больных с СКВ имел место суставной синдром, причем в патологический процесс вовлекались все суставы, особенно мелкие. Обследование больного СКВ, помимо общей описательной характеристики опорно-двигательного аппарата и других систем, должно включать и количественные объективные критерии суставного синдрома, рентгенологические, ультразвуковые и денситометрические исследования, позволяющие оценить характер поражения и функциональные возможности суставов.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Хамраева Н.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Введение. Поражение суставов занимает важное место в клинической картине системной красной волчанки (СКВ).

Цель исследования. Изучение частоты и характера суставных проявлений при СКВ в зависимости от варианта ее течения и степени активности заболевания.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с СКВ (75 женщин, 5 мужчин). Исследование суставного синдрома включало определение выраженности боли по ВАШ, состояние метаболизма костной ткани по концентрации кальция (Са, в ммоль/л), фосфора (Р, в ммоль/л) и по активности щелочной и кислой фосфатазы (ЩФ и КФ, в Ед/л). Всем больным проведено рентгенологическое, ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты и обсуждение. У больных СКВ основные формы суставного синдрома - были выявлены у 86,3% пациентов. Воспалительные явления чаще выявлялись у больных со средней и высокой активностью заболевания, при остром и подостром течении СКВ. Припухлость, при артритах мелких суставов была нестойкая, сопровождалась болью средней интенсивности (по ВАШ $4,5 \pm 0,5$ см.) и небольшим ограничением движений. Количественные показатели: интенсивность боли по ВАШ составила $3,5 \pm 0,8$ см., количество припухших суставов - $4,6 \pm 1,2$, число болезненных суставов - $6,4 \pm 1,4$ б, показатель манипуляционной способности кистей – $85,5 \pm 7,8\%$, утренняя скованность – $40,5 \pm 5,4$ мин. При УЗИ у больных с артралгиями наблюдалось равномерное и незначительное утолщение суставной капсулы (37,1%) и умеренное повышение количества суставной жидкости (у 14,3%). При артритах - неравномерность контуров сустава, наличие свободной жидкости, значительное утолщение суставной капсулы и неравномерность (у 34,3%). Компьютерная томографическая рентгенденситометрия (исследованы 30 больных) - выявление признаков, характеризующих I степень остеопороза у 40,0%, II степень – у 26,7%, III степень – у 33,3% пациентов.

Выводы: Таким образом, по нашим данным у 86,3% больных с СКВ имел место суставной синдром, причем в патологический процесс вовлекались все суставы, особенно мелкие. Обследование больного СКВ, помимо общей описательной характеристики опорно-двигательного аппарата и других систем, должно включать и количественные объективные критерии суставного синдрома, рентгенологические, ультразвуковые и денситометрические исследования, позволяющие оценить характер поражения и функциональные возможности суставов.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Ходжанова Т. Р., Латипова Д. Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Артериал гипертония турли Европа мамлакатлари умумий аҳолисининг 30-40 % да учрайди. Илмий тадқиқот натижаларига кўра бизнинг мамлакатимизда катта ёшдаги аҳоли ўртасида артериал гипертония 25% ни ташкил этади. Артериал гипертониянинг тарқалганлиги билан артериал босимнинг кўтарилиши натижасида рўй берадиган ўлим кўрсаткичлари орасида узвий ўзаро боғлиқлик бўлиб, улар бир қатор юрак қон-томир касалликлари – инсулт, миокард инфаркти, тўсатдан ўлим, юрак етишмовчилиги каби касалликлар ривожланиши билан долзарб.

Мавзунинг мақсади. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида ташкил қилинган "Гипертониклар мактаби"да беморлар тиббий

савиясининг оширилиши артериал гипертония давосининг самарадорлигига таъсирини ўрганиш.

Материал ва услублар. Текширишда гипертония касали ташхиси қўйилган 72 нафар бемор қатнашди. Беморлар 46 ёшдан 64 ёшгача бўлиб, уларнинг 42 (58,3 %) нафарини эркаклар ва 30 (41,7 %) нафарини аёллар ташкил этди.

Барча беморларга ёши, жинси ва нишон аъзолари шикастланиш даражаси ҳисобга олинган ҳолда артериал гипертонияни даволаш стандартлари асосида даво тавсия этилди. Беморларга сўровнома ўтказилди ва қон босимлари ўлчанди. Уларга уйда ҳам қон босимларини назорат қилиш тайинланди. "Гипертониклар мактаби"га келиб ўқиган 30 нафар беморлар асосий гуруҳни ва маълум сабабларга кўра ўқишга қатнашмаган 42 нафар беморлар 2чи гуруҳни ташкил этди. Беморларга мактабда бу касалликнинг хавф омиллари, кечиши, асоратлари, дорисиз ва дорили даволаш тўғрисида тушунча берилди. Улар 6 ой давомида шифокорлар назоратида бўлиб, ҳар ой шифокор кўригидан ўтиб туришди.

Текшириш натижалари. Текшириш натижасида асосий гуруҳда систолик ва диастолик босим пасайганини аниқладик. Асосий гуруҳ беморлари орасида гипотензив дориларни ўз вақтида ичиб, шифокор тавсияларига риоя қилувчилар 21 (70,0%) нафарни, дориларни ўз вақтида қабул қилмайдиганлар 8 (26,7%) нафарни ва 1 (3,3%) нафар бемор умуман дори ичмаган бўлса, 2 чи гуруҳ беморлари орасидаги бу кўрсаткичлар мос равишда – 12 (28,6%), 22 (52,4%) ва 8 (19,0%) тенг бўлди.

Хулоса. Демак, беморларни "Гипертониклар мактаби"да ўқитиш, уларнинг тиббий савиясини кўтариш артериал гипертонияни даволаш сифатини оширади. Дориларни ўз вақтида қабул қилувчи ва шифокор тавсияларига риоя қилувчи беморлар сони ортади. Натижада артериал гипертония асоратлари кескин камаяди.

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ДОРИСИЗ ДАВОНИНГ АҲАМИЯТИ

Ходжанова Т. Р., Эшниёзов К. К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, кузда ва баҳорда қайталаниш эҳтимоли юқори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг маълумотида кўра яра касали билан бирламчи касалланиш 2007-2011 йиллар оралигида 39,6 % га камайган. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ошқозон яра касалига нисбатан 4 марта кўп учрайди ва кўп қайталанганлиги учун ҳам долзарб бўлиб қолмоқда.

Мавзунинг мақсади – Ўн икки бармоқли ичак яра касалини самарали даволашда соғлом турмуш тарзи тарғиботининг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва услублар. Текширишда 38 нафар, ўн икки бармоқли ичак яра касали ташхиси қўйилган беморлар қатнашди. Улар 24 ёшдан 48

ёшгача бўлган эркаклар. Беморлар орасида 18 (47,3 %) нафари тамаки чекади, 32 (84,2 %) нафари спиртли ичимликлар ичади, аччиқ ва тузланган маҳсулотларни истеъмол қилувчилар 28 (73,6%) нафарни ташкил қилди.

Барча беморларга уч компонентли даво тавсия этилди ва соғлом турмуш тарзига риоя қилиш тайинланди: тамаки чекишни тўхтатиш, спиртли ичимликлар ичишни чеклаш, кунига 4-5 маҳал кам-камдан овқатланиш, аччиқ, тузланган, дудланган маҳсулотларни таомномадан чиқариб ташлаш. Беморларга шу касалликнинг келиб чиқиш сабаби, унинг кечиши, дорили ва дорисиз даволаш, даволанмаганда қандай асоратлар бўлиши ҳақида тушунча берилди. Беморлар бир йил давомида умумий амалиёт шифокори назоратида бўлиб, ҳар ойда шифокор кўригидан ўтиб туришди.

Текшириш натижалари. Кузатувда бўлган тамаки чекувчи беморларнинг 12 (66,7 %) нафари чекишни ташлади, спиртли ичимликлар ичувчи беморларнинг 7 (21,9 %) нафари умуман ичишни тўхтатди, 16 (50,0%) нафари ичиб юрган спиртли ичимликлар ҳажмини камайтирди. Аччиқ ва тузланган маҳсулотларни истеъмол қилувчи беморларнинг 15 (53,6 %) нафари овқат рационларидан бу маҳсулотларни олиб ташлади. Беморларнинг 8 (21,0 %) нафарида касаллик кузда ва баҳорда қайталанди, ваҳоланки бу кўрсаткич бизнинг кузатувимизга қадар 76 % ташкил этган эди.

Хулоса. Демак, ўн икки бармокли ичак яра касалининг профилактикасида дорисиз даволаш тадбирлари нафақат касалликнинг ремиссия давригача, балки узокроқ вақт давом эттирилиб, беморнинг турмуш тарзига айланиши керак. Шунда ўн икки бармокли ичак яра касалининг кузда ва баҳорда қайталаниш эҳтимоли кескин пасаяди. Бу ўз навбатида ўн икки бармокли ичак яра касали асоратларини ва ундан келиб чикувчи ногиронликнинг олдини олади.

РАЗВИТИЕ ЭНТЕРОПАТИИ У ВЗРОСЛЫХ С ОСТРЫМИ МИЕЛОИДНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ПРИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЦИТАРАБИНОМ.

Худайберганов К.К.

Ургечский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Протоколы индукционных методов лечения острого миелоидного лейкоза (ОМЛ) включают в себя стандартные или высокие дозы цитарабина (Ага -С).

Во время проведения или после индукционной терапии у больных с острыми миелоидными лейкозами часто развиваются желудочно-кишечные осложнения, характеризующиеся лихорадкой, болями в животе, диареей, меленой, что является проявлением некротического энтероколита (НЭ), опасного состояния для жизни больного.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ клинического течения у 34 взрослых пациентов с ОМЛ получавших в стандартной дозе Ага-С- в индукционной терапии. Больные распределены на 2 группы в соответствии с методом введения цитарабина. 1-ю группу (средний возраст 51 лет) составило 23 больных, получавших препарат путем внутривенной инфузии; 2-ю группу составило 11 (средний возраст 60 лет) больных получавших препарат путем подкожной инъекции. В качестве ранней диагностики энтеропатии у пациентов с желудочно-кишечными осложнениями проведено УЗИ обследование брюшной полости (измерялась толщина стенки кишечника).

Результаты: В первой группе больных, желудочно-кишечные осложнения наблюдались у 11 пациентов (48%), среди которых развитие некротической энтеропатии (НЭ) послужило летальным исходом четырех пациентов. Во второй группе больных желудочно-кишечные осложнения наблюдались у 3 пациентов (26%), и ни одного случая НЭ не было зафиксировано.

Выводы: Проведенный ретроспективный анализ показывает, что НЭ является серьезным осложнением у больных с острым миелоидным лейкозом получавших главным образом у пациентов получавших Ага-С внутривенным методом лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Худайбергенов Н.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Хроническая ишемия мозга, рассматриваемые, как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) имеют более широкую распространенность. Тактикой введения больных с ДЭ являются предупреждение прогрессирования заболевания и профилактика повторных острых нарушений мозгового кровообращения, уменьшение выраженности когнитивных расстройств, в том числе, социальную адаптацию пациентов и повышение качества их жизни.

Цель исследования: изучить эффективность препарата Мемантин (акатинол мемантин) на течение дисциркуляторной энцефалопатии на фоне церебрального атеросклероза. Мемантин - препарат с ноотропным, нейромедиаторным и антигипоксическим действием, улучшают мозговой метаболизм.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 31 больных, страдающих ДЭ атеросклеротического генеза, в возрасте 55-72 лет. Из исследования исключены все случаи со стойкими и грубыми неврологическими дефицитами. У больных клиника заболевания соответствовала ДЭ 1-2 стадии. Мемантин назначали в дозировке по схеме 1-неделя 10 мг (1 таб) 1 раз в день во время завтрака, 2-неделя 20

мг в день (10 мг во время завтрака и 10 мг во время обеда), на фоне базисной терапии. Контроль эффективности лечения проводили клинически, с использованием «Краткой шкалы оценки психического статуса» (MMSE).

Результаты и обсуждение. На фоне проводимой терапии Мемантином отмечена выраженная положительная динамика со стороны клинически показателей. Особенно это касалось субъективной неврологической симптоматики. По всем исследованным клиническим признакам выявлена статически значимая положительная динамика. При неврологических осмотрах было выявлено уменьшение объективной неврологической симптоматики. Наибольшее влияние лечение оказало на выраженность когнитивных нарушений, дискоординаторных и поведенческих расстройств.

Выводы Таким образом, результаты исследования показали, что препарат Мемантин является эффективным средством терапии ДЭ, а в основе его клинической эффективности лежит нейромедиаторная и антигипоксическая действие, который улучшают мозговой метаболизм. Мемантин можно считать ведущим препаратом выбора при лечении ДЭ.

ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ХЕРПОДИКУ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Худайбергенов Н.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования - оценить и изучить эффективность препарата Херподик при лечении больных с вертеброгенными синдромами пояснично-крестцовой локализации.

Материал и методы исследования. Для оценки анальгетического, противовоспалительного эффекта препарата Херподик были обследованы 46 больных в возрасте 30-55 лет (средний возраст - 36,5 года), находившихся на лечении в неврологическом отделении ХОММЦ и частной клинике «Хоразм -Нейрон» с острыми болями в спине высокой интенсивности, с вертеброгенными патологиями. У 60,3% диагностирован рефлекторный синдром, у 39,7% - корешковый. При анализе этиологических факторов выявлен распространенный остеохондроз (у 12), грыжа диска (у 28), протрузия диска (у 6). Диагноз верифицировали с помощью МСКТ и МРТ. Клинико-неврологические исследования: анализ интенсивности боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), степени ограничения подвижности, выраженности симптомов натяжения. Херподик (НПВС, имеющий высокая противовоспалительная активность и мощный обезболивающий эффект) применяли по 75 мг (3 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 НПВС других групп. **Результаты и обсуждение.** При оценке эффективности лечения в основной группе отличный эффект наблюдался у 25 больных, хороший – у 13, улучшение – у 4, без эффекта – у 4. В группе сравнения хороший эффект был у 9 пациентов, улучшение – у 7, отсутствовал – у 4. Все пациенты, получавшие Херподик, отмечали улучшение в виде снижения острого вертеброгенного болевого синдрома, положительно реагировали на лечение, у 70% пациентов наблюдалось быстрое наступление анальгетического эффекта. Переносимость препарата у большинства больных была хорошей. В основной группе при применении Херподик уже на 5-й день лечения наблюдалось отчетливое снижение выраженности болевого синдрома, в то время как в группе сравнения положительная динамика наметилась на 7-й день. Согласно результатам по шкале ВАШ, Херподик является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования вертеброгенно-мышечно-тонического болевого синдрома.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что препарат Херподик является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования вертеброгенного болевого синдрома. У более 70% пациентов наблюдался положительный эффект к 5-му дню лечения. Херподик оказывает мощное анальгетическое и противовоспалительное действие даже при краткосрочном курсе лечения

ACTION OF "HYDREA" IN TREATMENT OF ERYTHREMIA

**Xudayberganov Q.Q., Bekmetova SH.Q.
Urganch branch of Tashkent Medical Academy**

Introduction. Erythremia - is a myeloproliferative clonal disease characterized by proliferation and hyperplasia of erythroid germ in connection with the defeat of myelopoietic progenitor cells, which is accompanied by an increase in red cell mass, increased hematocrit, white blood cell count and platelet count. The most important manifestation of the disease - increased blood viscosity, thrombosis of small vessels (sludge syndrome), hemorrhage, functional platelet abnormalities, secondary hypertension, encephalopathy, etc.

Hydrea acts on the rapidly growing pool of leukemic cells, blocks G1 and S phase of the mitotic cycle.

The purpose of the study. To determine the effectiveness of cytostatic drug "Hydrea" in patients with erythremia.

Materials and methods. The study involved 20 patients with Erythremia. Among all patients the number of women was -10, male 10. The average age of the patients was 42-years old (14 to 66 years).

The examination included the determination of hemoglobin with globinometer, count of red blood cells, white blood cells and platelets with the camera Gorjaev, definition of ESR with apparatus of Panchenko.

The results of the study. All patients had a reduction in hemoglobin, red blood cell, platelet and ESR acceleration. With an average exponential rate of hemoglobin - 29.3 0.9 1.65 32 - erythrocyte, platelet - 33.5 11. ESR - 37.6 1.25 . The data showed high efficacy and tolerability of preparation. Side effects in any case have not been noted.

Conclusion. Thus, the preparation Hydrea as highly cytotoxic agent may be used in treating patients with Erythremia.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОПАТИЯНИ УЧРАШИ.

Худайбергганов Қ.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир лейкоз (ЎЛ) – бу ёмон сифатли клонал гуруҳ неопластик касаллиги бўлиб, бунда ўзак хужайраларининг суяк кўмигида клонол неоплазияси ётади. Ўз навбатида ЎЛ бир канча гуруҳларга бўлинади. Бу касалликни даволашда полихимиятерапия (ПХТ) ва кўшимча гуруҳ симптоматик даволашдан фойдаланилади. Касалликнинг вариантыга қараб ПХТ схемаси танланади. Цитостатиклар, глюкокартикоидлар, нур терапияни олган ЎЛ билан беморларда бир қанча инфекцион асоратлар ривожланади. Бир қанча касалларда нейтропения, эндоген инфекциялар, ошқозон ичак тракти инфекциялари кузатилади. Баъзи манбаларда ёзилишича ошқозон ичак тракти етишмовчилиги нормал аутофлорани камайиши хисобига юзага келади. Охирги йиллардаги изланишлар шуни кўрсатадики ўткир лейкоз билан касалланган ПХТ олган беморларда тана харорати ошиши- 63%, шундан ноъмалум этиологияли- 35,4%, бактеремия-21,3%, пневмония-3,4%. ЎЛ индукцион терапия ўтказган беморларда сепсис-29%, пневмония-54,8%, энтеропатия-32,2% ни ташкил қилади.

Ишнинг максоди: ПХТ олган ЎЛ билан касалланган беморларда некротик энтеропатияни учраш кўрсаткичини ўрганиш.

Материал ва услублар: Ўзбекистон республикаси Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази архивидан олинган манбалардан ретроспектив текшириш усулидан фойдаланилди. Манбалардан йиғилган 55та беморларнинг: сурункали лейкоз -11 таси (20%), ўткир лейкоз - 44 таси (80%) билан касалланган 64 та (40-60 ёш) беморнинг клиник-лаборатор анализлари кўрилди. Беморлардан эркаклар-24 (37,5%) та, аёллар-40 (62,5%) тани ташкил қилади. Некротик энтеропатияга учраган беморлар: эркаклар- 12 та (30%), аёллар-8 та (33,3%) ни ташкил қилади.

Натижа ва хулоса: Олинган натижалар шуни кўрсатадики ўткир лейкоз билан касалланган беморларда қабул қилган цитостатиклар ва

глюкокартикоидлар таъсири натижасида келиб чиқадиган асоратлари ичида некротик энтеропатияни учраш кўрсаткичи алоҳида ўрин тутди. Некротик энтеропатияни учраши эркак ва аёллар ўртасида бир хил содир бўлиши 30% ни ва ундан юқорини ташкил этади.

Хулоса қилиб айтганда, олинган натижаларни асосига кўра ўткир лейкоз билан касалланган беморларни даволашда янги перспектив даво усуллари ўрганиб клиник амалиётга тадбиқ қилиш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Худойбергана Ш.Ш.

Ташкентская медицинская академия

В настоящее время узловой зоб – самое распространенное заболевание эндокринной системы, подлежащее хирургическому лечению. Лечение больных с узловыми поражениями щитовидной железы является актуальной проблемой в современной тиреодологии как вследствие большого количества таких пациентов, так и за счет сложности определения злокачественности или доброкачественности узлового образования.

В последние годы значительно улучшилась диагностика узловых заболеваний ЩЖ. Внедрение пункционная тонкоигольной аспирационной биопсии (ПТАБ) позволило на дооперационном этапе иметь представление о цитологической структуре узлов в ЩЖ.

Целью исследования явилось оценка эффективности пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии (ПТАБ) для дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. Пациентам проводилось предварительное обследование, включающие клинический осмотр, пальпацию щитовидной железы, УЗИ, тонкоигольную пункционную биопсию и определения базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронин (T_3 св и T_4 св). В обследование были включены 40 пациентов с узловыми образованиями, не превышающие 2 см диаметри по данным УЗИ. Средний возраст больных $45,7 \pm 8,7$ лет. Среди пациентов было женщин 32 (80%), мужчин 8 (20%). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц, без патологии щитовидной железы, которые по полу и возрасту соответствовали обследованным больным.

Результаты исследований. У всех 40 пациентов при пальпации определялись узлообразования. При поведении УЗИ были выявлены следующие изменения: у 25 (62,5%) узловой зоб, у 15 (37,5%) многоузловой зоб. При функциональному состоянию щитовидной железы преобладал эутиреоз – у 26 (65%) пациентов, тиреотоксикоз – 8 (20%), гипотиреоз – у 6 (15%). После клинко-инструментального и гормонального обследования для выяснения было изучена цитологическая

картина узлового образования с помощью ПТАБ. На основании данных морфологического анализа нами выделено 4 группы больных в зависимости от гистологической структуры щитовидной железы. Первую группу составили 25 (60%) пациентов с узловым коллоидным пролиферирующим зобом с единичными лимфоидными клетками из узла. Во вторую группу вошли 5 (12,5%) больных с узловым зобом микрофоликулярно-трабекулярного строения. В третью группу 7 (17,5) больных с В-клеточной аденомой и четвертую группу 3 (10%) больных было обнаружено жидкостное образование, среди больных злокачественных образований щитовидной железы не обнаружено. **Вывод.** ПТАБ щитовидной железы является достаточно точной и экономически эффективной методикой дифференциальной диагностики при узловом зобе.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ

**Шамсиев А.М. Атакулов Д.О. Тогаев И.У. Алиев Б.П.
2-клиника Самаркандского Государственного медицинского
института**

Врожденная киста и свищи шеи – сравнительно частая патология и встречается у 1-1,5% детей. Осложнением врожденных срединных кист шеи является воспаление и нагноение. По поводу чего они обращаются к хирургу поликлиники и после вскрытия и спадения признаков воспаления кисты временно исчезают, но не исчезает сама причина, что приводит к рецидиву заболевания.

Цель: оптимизировать хирургическую тактику при лечении срединных свищей шеи.

Материал и методы: Во 2-клинике СамМИ с период с 2008 по 2016 года находилось на стационарном лечении 49 больных с предварительным диагнозом: срединная киста и свищи шеи. Соотношение по полу было практически одинаковым: мальчиков было 25 (51,2%), девочек 24 (48,9%). В возрасте до 3-х лет было 12 (24,5%), от 4 до 7 лет – 27 (55,1%), старше 8 лет – 10 (20,4%). Первично обратились 31 (63,3%) больных, рецидивных было 10 (20,4%), 8 (16,3%) поступило после неоднократного вскрытия нагноившейся кисты. Все больные после полного клиничко – лабораторного обследования были прооперированы. При этом интраоперационно у 2-х (4%) больных диагностирована атерома и у 2-х (4%) киста щитовидной железы, которые были удалены. В остальных случаях обнаружена срединная киста или свищ шеи, при этом хирургическая тактика заключалась в иссечении свищевого хода или кисты с частичной резекцией прилежащего к ним тела подъязычной кости. При изучении непосредственных и отдаленных результатов лечения обнаружено, что повторного рецидива заболевания не отмечалось.

Выводы: Таким образом, при хирургической коррекции срединной кисты или свища шеи предпочтение следует отдавать к иссечению кисты или свища с частичной резекцией прилегающего к ним тела подъязычной кости, что позволяет значительно улучшить результаты лечения.

ПРЕИМУЩЕСТВО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Тураев Ю.А., Раджабова Н.Д.
2-клиника Самаркандского Государственного медицинского института

Актуальность. Применение нового способа доставки лекарственных препаратов с помощью небулайзера при обструктивных бронхитах у детей, является наиболее перспективным на современном этапе. С 2016 года в отделении торакальной хирургии во 2-клиники Самаркандского Медицинского института широко применяется небулайзерная терапия у детей с обструктивными бронхитами.

Цель работы – изучить эффективность небулайзерной терапии в лечении обструктивных бронхитов у детей.

Материалы и методы. В течении 2016 года на лечении находилось 192 детей с бронхообструктивным синдромом в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. Все больные разделены на 2 группы. В 1-группу входили 138 (72%) больных получавшие традиционное лечение (антибиотикотерапию, физиолечение и симптоматическое лечение). Во 2-группе 54 (28%) больным в комплекс лечения также было включено небулайзерная терапия. Для снятия обструктивного синдрома мы применяли через небулайзер раствор эуфиллина, глюкокортикоидов, декасана.

Результаты лечения. Отмечено преимущество доставки лекарственных препаратов через небулайзер. На фоне антибиотикотерапии бронхообструктивный синдром в среднем длился до 5 суток, а при применении небулайзерной терапии бронхообструктивный синдром в среднем купировался на 3-е сутки. Длительность пребывания в стационаре сократилась в среднем с 9-ти до 7 суток по сравнению с детьми, получавшими традиционную терапию.

Выводы. Таким образом, применение небулайзерной терапии в комплексе с традиционной терапией способствует более быстрому купированию бронхообструктивного синдрома у детей во всех возрастных группах и сокращается длительность пребывания больных в стационаре.

ОКУЛОЦЕРЕБРОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ(СИНДРОМ ЛОУ).

Шамуратова Г.Б., Мирзаева Н.С.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В 1952 г. U. Lowe, M. Terry и E. Lachlan подробно описали врожденное заболевание, протекающее с неврологическими, почечными, глазными аномалиями. Синдром встречается редко. Начальные симптомы заболевания выявляются в грудном и дошкольном возрасте, но не всегда могут быть выражены полностью, поэтому предельный возраст описания синдрома колеблется от 1 мес до 19-22 лет. Болеют только мальчики, однако описаны случаи заболевания у женщин. Заболевание передается Х-сцепленно рецессивно. Ген синдрома Лоу картирован на длинном плече Х-хромосомы (Xq25-q26), содержит 24 экзона, занимающих 58 кв.

Патогенез. Установлено, что ген синдрома Лоу кодирует протеин, который на 71% высокоомологичен инозитной полифосфат-5-фосфатазе. Результаты, полученные многими исследователями, свидетельствуют о том, что окуло-цереброренальный синдром может быть врожденным нарушением метаболизма инозитного фосфата. T. Lin и соавт. (1997) полагают, что мутированный ген OCRL-1 кодирует 105 кД Гольджи-протеин с фосфатидилинозитол-4,5-бифосфат-5-фосфатазной активностью. Выявлено 11 различных мутаций. У всех больных было обнаружено снижение фосфатидилинозитол-4,5-бифосфат-5-фосфатазной активности в фибробластах. Причина синдрома Лоу — врожденная недостаточность фермента фосфатидилинозитол-4,5-бифосфат-5-фосфатазы, вызванная нонсенс- или стоп-мутациями в гене OCRL. Ген картирован на длинном плече Х-хромосомы (Xq25-q26). Таким образом, заболевание проявляется только у мужчин, в то время как женщины являются лишь носителями. Встречается с частотой 1:500000 новорожденных. Последние исследования показали, что клетки, полученные от пациентов с синдромом Лоу, имеют дефекты образования первичных цилий.

Клиника. Клинические симптомы полиморфны и связаны с почечными, неврологическими, глазными нарушениями. Во внешнем виде больных чаще всего можно отметить светлую кожу, синий цвет глаз, голубые склеры. Обращают на себя внимание большие уши, седловидный нос. Характерны генерализованная гипотония мышц, рахитические изменения костей скелета. Дети резко отстают в физическом развитии (параллельно в массе и росте). У больных отмечают мышечную гипотонию, приступы гипертермии, ожирение или гипотрофию, анорексию, Синдром Лоу (англ. Lowe syndrome) — редкое рецессивное Х-сцепленное заболевание человека, относящаяся к группе цилиопатий.

Лечение. Своевременно назначенная диета с ограничением поваренной соли и галактозы, терапия рахита улучшают состояние больных. Кроме того, необходима коррекция метаболического ацидоза.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Шеранов А.М. Жураев С.О.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: При циррозе печени изменениям подвергаются не только сама печень, но и другие органы и системы. В частности глубоким изменениям подвергается функция тонкого кишечника с нарушением пищеварения и всасывания с нарушением нутритивного статуса организма. Цель настоящего исследования – изучить клинические изменения тонкого отдела кишечника при циррозе печени.

Материал и методы: Обследовано 55 больных среднего возраста (35 мужчин и 20 женщин). Больные предъявляли жалобы на боли вокруг пупка, вздутие и урчание живота, послабление стула, плохой аппетит и похудание. При пальпации живот болезненный вокруг пупка, стул жидкий 2-3 раза в сутки. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта показала нарушение моторной функции кишечника. Функциональное состояние печени изучено при помощи биохимических анализов крови, ультразвуковым исследованием и компьютерной томографией. Функцию тонкого кишечника определяли с помощью копрологии.

Результаты: При копрологическом анализе стеаторею выявили у 43, креаторею у 25 и амилорею у 20 больных. Следовательно, у большинства пациентов отмечалась стеаторея которая говорит о снижении желчных кислот вырабатываемых печенью с нарушением переваривания и всасывания жиров в тонком кишечнике. Следует отметить корреляцию стеатореи с повышением уровня билирубина в плазме (из 45 больных стеатореей у 39 наблюдалась гипербилирубинемия). Анализ кала на определение бифидо и лактобактерий выявили их значительное снижение с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов и грибов. Также отмечалось снижение фекальной эластазы, которая отражает внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы. При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта гипермоторная дискинезия отмечалась у 41, гипомоторная у 14 больных.

Выводы: Таким образом, у больных циррозом печени нарушается всасывание жиров, углеводов и белков в тонком кишечнике вследствие недостаточности ключевых ферментов печени с нарушением гидролиза и всасывания питательных веществ которая в конечном счёте приводит к нарушению метаболизма тканей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Шодиев А.Ш., Кадиров Р.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Определение особенностей течения, неврологические особенности хронических субдуральных гематом (ХСГ) представляют большой медицинский и социальный интерес в связи с их распространенностью, значительным удельным весом инвалидизации.

Нами было изучены истории болезни 65 больных, принимавших

стационарное лечение в нейрохирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского медицинского института в период 2012-2017 гг. с верифицированным диагнозом на основании неврологической оценки, компьютерной и магнитно-резонансной томографии «Хроническая субдуральная гематома».

Основными жалобами больных являлась постоянная головная боль, которая наблюдалась у 52 (80,0%) больных, вслед за ней последовали тошнота - 46 (70,8%), головокружение - у 41 (63,1%), слабость в конечностях - 38 (58,5%), рвота - 37 (56,9%), нарушения сна – у 16 (24,6%). В неврологическом статусе у 53 (81,5%) больных состояние сознания было ясное до и после оперативного вмешательства. Лишь у 6 (9,2%) больных наблюдалось нарушение сознания по типу поверхностного оглушения, сопор у 3 (4,6%), глубокое оглушение 2 (3,1%) и поверхностная кома в одном случае (1,5%). У 25 (38,5%) больных отмечалось снижение памяти, у 9 (13,8%) эпилептические судороги генерализованного характера.

Ригидность затылочных мышц отмечалась у 18 (27,7%) больных, из них 8 слабо выраженного характера. Анизокория наблюдалась всего у 3 (8,6%) больных. Нарушение речи в виде моторной афазии наблюдалось у 4 (11,4%), сенсорная афазия у 3 (8,6%) больных. Парезы конечностей в виде контралатерального гемипареза наблюдались у 19 (54,3%), монопарез у 3 (8,6%), тетрапарез у 4 (11,4%). Повышение сухожильных рефлексов на противоположной стороне наблюдалось у 23 (65,7%). Центральный парез лицевого нерва наблюдался у 26 (74,3%) больных. Изменение мышечного тонуса наблюдалось у 4 (11,4%), двухсторонний патологический симптом Бабинского у 5 (14,3%), Маринеско-Радовича у 2 (5,7%) больных.

В большинстве случаев (60,0%) ХСГ локализовывались односторонне, в остальных случаях (40,0%) они были двухсторонними.

Таким образом, можно прийти к заключению, что ХСГ протекают с общемозговыми и очаговыми симптомами. Среди общемозговых симптомов доминируют головная боль (74,3%), тошнота (65,7%), рвота (54,3%) и головокружение (51,4%). Из числа очаговых симптомов чаще других наблюдается парезы конечностей (74,3%) и центральный парез лицевого нерва (74,3%), изменение сухожильных рефлексов (71,4%). Миниинвазивный хирургический метод удаления ХСГ является оправданным по сравнению с другими существующими методами ввиду отсутствия рецидивов и других осложнений.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПРИБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Шодиев А.Ш., Умаров Н.Н.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Приобретенная гидроцефалия (ПГ) относится к числу тяжелых заболеваний головного мозга, поэтому изучение её особенностей течения и диагностики представляет большое практическое значение.

Целью нашего исследования является изучение некоторых особенностей течения и диагностики ПГ.

Под нашим наблюдением находилось 61 больных, госпитализированных в нейрохирургическое отделение 1-ой клиники СамМИ за период с 2012 по 2017 гг в возрасте от 1 до 75 лет. Диагноз был установлен с учетом клинико-неврологических симптомов и применением компьютерно - и магнитно-резонансно томографических (КТ, МРТ) методов исследования.

Клиническая картина ПГ представлялась общемозговыми и очаговыми симптомами. В клинической симптоматике общемозговые симптомы варьировали от умеренных (44,3%) до выраженных (93,4%). Из них доминировала головная боль – 55,7%, затем, тошнота – 32 (52,5%), головокружение – 31 (50,8%), рвота – 20 (32,8%), а также ригидность затылочных мышц (9,8%).

Из очаговых симптомов чаще всего встречались нарушение функции черепно-мозговых нервов. У 23 (37,7%) больного отмечался центральный парез лицевого нерва, у 19 (31,1%) больных - нарушение функций зрительного и глазодвигательных нервов (глазодвигательный, блоковой и отводящий нервы), у 8 (13,1%) больных – нарушение функции слухового нерва, у 2 (3,3%) больных - девиация языка в сторону, у одного больного (1,6%) отмечался нарушение функции языкоглоточного нерва. Гемипарез наблюдался у 13 (21,3%) больных. Стато-координаторные нарушения исследуемых больных наблюдались у 58 (95,1%) больных.

Из современных методов нейровизуализации 18 (29,5%) больным проведена КТ исследование, 23 (37,7%) больным было проведена КТ с дополнительным МРТ исследованием, 20 (32,8%) больным произведена МРТ. По данным КТ и МРТ исследований внутренняя окклюзионная гидроцефалия наблюдалась у 47 (77,1%) больных, из них у 19 (40,4%) она была бивентрикулярной, у 10 (21,3%) больных тривентрикулярной а у 18 (38,3%) тетравентрикулярной. У 12 (19,6%) - больных внутренняя открытая гидроцефалия, а у двух (3,3%) больного выявлена наружная гидроцефалия.

Таким образом, можно отметить, что приобретенная гидроцефалия проявляется общемозговыми (93,4%) и очаговыми (54,1%) симптомами. Ведущими диагностическими методами приобретенной гидроцефалии является компьютерно – и магнитно – резонансно томографические исследования, позволяющие не только установить точный диагноз, но и решить тактику оперативного лечения.

ЮВЕНИЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРДА АЛКОГОЛ ВА КАШАНДАЛИКНИ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ

Эгамназарова З. Р., Ўришбоев Р, Ш.

Андижон давлат тиббиет институти

Муаммонинг долзарблиги: Бугунги кунга келиб кўпгина касалликлар билан бир қаторда ювенил ёшда артериал гипотония ҳолатлари кўплаб учраши кузатилмоқда. Бу ҳолат бирламчи типда организмда ҳеч қандай органик ўзгаришсиз намоён бўлсада, касаллик юзага келишида хатар омилларни баҳолаш ва уларни аниқлаган ҳолда коррекциялаш касалликка тўғри ёндашишда муҳим аҳамият касб этади.

Текширувнинг мақсади – ювенил артериал гипотонияга (ЮАрГ) боғлиқ ҳолда алкоголь ичишни (АИ) ва кашандаликни (К) хатар омил сифатида тарқалишини Фарғона водийси ўсмирларида ўрганиш.

Текширув материали ва усуллари. Водийнинг репрезентатив уюлмаган ўсмирлари (1500та) объект сифатида олинди ва уларда бир вақтли эпидемиологик текширув уч босқичда амалга оширилди. ЮАрГ, АИ ва К сўровномали, клиник, биохимик ва инструментал ҳамда махсус функционал текширувларга асосланган ҳолда ЖССТ (2002) мезонлари бўйича таххисланди ва баҳоландилар.

Натижалар. Алкогол ичувчиларнинг 70,4% да ЮАрГ аниқланади ва фақат уларнинг 29,6% да бу омилга алоқадорлик тасдиқланмайди ($P < 0,01$). 15-17 ёшлиларда АИ 67,5% АрГ билан ўсмирларда аниқланади ва 18-22 ёшлиларда бўлса бу кўрсаткич 76,3% даражага етиб кўпайиб аниқланади ($P < 0,001$) ёки уларнинг 23,7% да ушбу хатар омили бўлсада ЮАрГ қайд қилинмайди ($P < 0,001$). ЮАрГ 55,2% чекувчи ва 44,8% чекмайдиган ўсмирларда, яъни ЮАрГ 1,2 баробарга тафовут билан кўпайиб аниқланади ($P < 0,05$). Чекувчи ўсмирларда (15-17 ёшлилар) ЮАрГ 57,1% даража билан қайд қилинади ва чекмайдиганларда 47,9% га етиб аниқланмайди ($P < 0,05$). 18-22 ёшли ўсмирларда К ЮАрГ нинг аниқланишини 52,1% га етиб кўпайтиради ($P > 0,05$).

Хулоса. ЮАрГ ни аксарият чекувчи ўсмирларда ўспиринларга қараганда кўпроқ қайд қилиниши эътиборга молик ҳолатдир. Олинган эпидемиологик натижалардан келиб чиқиб ЮАрГ га оид махсус профилактик ҳамда терапевтик амалиётлар популяция даражасида амалга оширилса, шубҳасиз, мақсадга мувофиқ бўлади.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТА И ГЛЮКОЗАМИН СУЛЬФАТА У БОЛЬНЫХ С ГОНОАРТРОЗОМ

Эргашова М.М.

Самаркандский государственный медицинский институт

Остеоартроз (ОА)- самое частое заболевание суставов, клинически проявляется, прежде всего, болевым синдромом и нарушением функции суставов.

Цель работы: Изучить эффективность препарата «Дона» в дозировке 1,500 гр. При ОА. Наиболее изученным является хондроитинсульфат и глюкозаминасульфат. Показано что лечение хондроитинсульфата и глюкозаминасульфата вызывает уменьшение болевого синдрома и улучшение функции суставов, а безопасность препарата не отличается от плацебо

Материалы и методы исследования: Изучение клинической эффективности препарата «Дона» было проведено у 38 больных с гоноартрозом II-III стадии в СамГМО кардиоревматологического отделения. В исследование включались стационарные больные обоего пола в возрасте 40- 65 лет с гоноартрозом, со II-III рентгенологическим стадиями по Kellgren- Lawrenc и болью в коленных суставах 4 мм. по ВАШ. Основная группа 25 пациентов получали препарат «Дона» по 1 пор 1 раз в сутки в течение 3 месяцев. Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям оценки препаратов для лечения ОА: индекс WOMAC, оценка эффективности лечения исследователем и больным, суточная потребность, через 3 месяца после начала лечения.

Результаты: Из 38 больных включенных в исследование, полный 3 месячный курс лечения прошли 31 пациент. При анализе WOMAC наиболее динамичным оказался показатель боли. До лечения индекс WOMAC составил от 4,8 до 4,4, после лечения спустя 12 недель достоверное снижение от -2,1 до -1,3. Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что препарат Дона является эффективным средством для лечения ОА коленных суставов. Улучшение состояние было зарегистрировано у 89,2% больных по оценке врача и у 90%- по оценке больного.

Выводы: Таким образом, систематическое применение препарата «Дона» в дозировке 1,5 гр. 1 раз в день в течение 3 мес., курсами два раза в год, у больных ОА с гонартрозом позволяет во многих случаях полностью отменить или уменьшить дозировку принимаемых больными НПВП, и тем самым, предотвратить развитие нежелательных эффектов, которые могут развиваться у больного при длительном приеме этого класса препаратов. А назначение его в более ранние сроки заболевания позволит существенно улучшить качество жизни больных.

**ЭКСТРАМЕДУЛЛЯР ВА ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОРКА МИЯ
УСМА КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ МАСАЛАСИ
БУЙИЧА .**

**Эшчанов Б.С., Рузметов К.С, Аллаберганов О.С
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Хоразм Вилоят Куп Тармокли Тиббиёт Маркази**

Мавзуни долзарблиги.Спинал нейрохирургияда орка мия сикилиши асо сий касалликларидан бири орка мия усма касалликлари булиб колмокда.

Кейинги пайтда диагностикани яхшиланиши,касалликка тугри ташхис куйиш хирургик даволаш методларини ишлаб чикиш ва компрессион сабабни бартаф этиш имкониятини яратди.

Текширувдан мақсад: Экстремедулляр ва интрамедулляр усма касаллиги хирургик даволаш натижасини бахоллаш.

Материаллар ва методлар: Хоразм вилоят куп тармокли тиббиёт марказида 2011-2016йиллар мобайнида орка мия усма касаллиги билан 21 та бемор даво ланган,бу беморларнинг хаммасига хирургик оператив амалиёт килинган.Бу 25-40 ёшдаги беморларни ташкил этди.Шулардан 14 (66%)таси эркакларда,4 (19%)таси аёлларда ва 3(14%) таси усмирларда учраши аникланган.

Орка мия буйича локализациясига караб:буйин юкори кукрак умурткалари сохасида 1(4,8%) та беморда, кукрак умурткалари сохасида 16 (76%)тасида, 4 (19%)та беморда пастки кукрак –бел умурткалари сохасида учраган.Бундан ташкари операция вақтида 12(57%)та беморда экстремедулляр,4(19%) та беморда интрамедулляр, 5(24%) та беморда от думи сохасидаги усмалар аникла ниб, усма олинган.

Хамма беморлар клинко-неврологик,КТ,МСКТ,МРТ текширувдан утган. Илдизча огрик синдроми,спастик тетрапарез,пастки парапарез,чанок аъзолар фаолиятини бузилиши каби ташхислар тасдикланди. Режали равиш да декомпрессив ламинэктомия орка мия усмасини олиш операциялари утка зилди.1та усмир беморда буйин,кукрак умурткалари сохасида куплаган экс- трамедулляр усма невринома,кукрак умуртка сохасида невринома ва менин- гиома аникланди,этапли операция килинди.

Хулоса: операциядан кейин экстремедулляр усмани илдизча ярим эзи- лиш даврларидаги операция булган беморларда илдизча огриклари, бирлам чи суткаларда йуколиб бошлади, неврологик дефецит 2-3 ойлардан кейин тулик тикланиши аникланди.Интрамедулляр усма билан операция булган бе- морларда операциядан кейин неврологик етишмовчилик булиб (4 та бемор дан 3 тасида) сакланиб колди.

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

**Юсупов Ш.Р., Нурллаев Р.Р., Бабаджанов Ж.К.
Ургенчской филиал Ташкентской медицинской академии**

Несмотря на усовершенствование терапевтических схем лечения больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), недостаточное внимание уделяется последствию воздействия противовирусной терапии

(ПВТ) на изменение качества жизни, психологическое состояние таких больных.

Цель: оценить эффективность комплексной психологической реабилитации пациентов с ХГВС.

Материалы и методы. Обследовано 213 человек в возрасте 19–59 лет, были разделены на 3 группы. Пациенты 1-й гр. (63 чел.) получали курсовую патогенетическую терапию (гепатопротекторы, витамины). Пациенты 2-й гр. (73 чел.) помимо патогенетической терапии получали курс противовирусной терапии (реаферон + рибавирин). Пациентам 3-й гр. (77 чел.) проводилась психотерапия, состоящая из телесно-ориентированной терапии и транскраниальной электропсихокоррекции (ТЭПК) аппаратом «Альфария». Сеансы проводились в группах по 3 чел. через день в течение 30 мин. Курс – 10 занятий.

Результаты. После завершения курса в 3-й группе была отмечена положительная динамика. В сравнении с другими группами мы отметили снижение влияния побочных эффектов ПВТ, уменьшение вегетативной симптоматики, депрессивных состояний, улучшение общего самочувствия, сна, более быстрое наступление терапевтического эффекта. Тестирование по методу оценки самочувствия, активности и настроения (САН) выявило улучшение по всем 3-м показателям. Так самочувствие до психотерапии 3,9, после – 4,6; активность изменилась с 3,7 до 4,4; показатель настроения до терапии 3,2, после – 4,7. Степень ситуационной тревожности (СТ), определяемая с помощью теста Спилбергера-Ханина, при поступлении лишь у 4,5% пациентов была низкой, у 34,8% умеренной, у 60,9% пациентов – высокой, а личностная тревожность (ЛТ) была высокой и умеренной по 50%. В 3-й группе у 69% пациентов отмечалось снижение уровня СТ и ЛТ до умеренного, что свидетельствует о положительной динамике основных психологических показателей. По ведущим шкалам оценки невротических расстройств (ОНР) во всех 3 группах определялся подъем показателей «психической истощаемости», «нарушение сна», «ипохондричности». После проведения в 3-й группе курса реабилитации, мы выявили улучшение показателей и изменение психонаправленности пациентов на проводимую ПВТ в лучшую сторону.

Выводы. Применение телесно-ориентированной психотерапии с транскраниальной электропсихокоррекцией способствовало положительной динамике психофизиологического состояния пациентов с ХГВС и улучшению качества их жизни.

СОСТОЯНИЕ НЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Нурллаев Р.Р., Бабаджанов Ж.К.

Ургенчской филиал Ташкентской медицинской академии

Бруцеллез является одной из актуальных проблем здравоохранения повсеместно, особенно регионов (республик, краев, областей и т.п.) с животноводческой ориентацией сельского хозяйства. По данным ряда авторов

изменения со стороны мочевыделительной и половой системы характерны для больных хроническим бруцеллезом и встречаются в 48,8% случаев.

Цель работы. Изучить состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у больных бруцеллезом споражением мочеполовой системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 142 больных бруцеллезом с различными клиническими формами болезни. Острый бруцеллез (ОБ) был диагностирован у 55, подострый (ПБ) – у 31, хронический (ХБ) – у 56 больных. Диагноз бруцеллеза был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования.

Результаты. В наших наблюдениях у 14,8% больных ОБ и 12,5% ПБ отмечалась умеренная протеинурия, у 12,7 и 20,0% – преходящие нарушения концентрационной функции почек. Поражение половой системы, более характерное для хронического бруцеллеза, у наблюдаемых нами больных ОБ и ПБ проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов у 9,1 и 4,2% больных ОБ и ПБ, дисменореей, сальпингоофоритами – у 7,2 и 12,5% соответственно. Поражение половой системы у больных хроническим бруцеллезом проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов – у 3,6% больных, нарушением менструального цикла – у 1,8%, сальпингоофоритами – 7,1%, метритами – 5,4%, привычным невынашиванием беременности – у 5,4% больных. Всем наблюдаемым больным проводилось исследование неферментативного звена антиоксидантной системы путем количественного определения сульфгидрильных групп и дисульфидных связей в гемолизате. Были получены следующие результаты: у больных ОБ – SH-группы составили $9,9 \pm 0,05$; SS-группы $4,9 \pm 0,05$; у больных ХБ – $9,6 \pm 0,03$; $5,7 \pm 0,8$; у доноров – $11,7 \pm 0,01$; $4,5 \pm 0,01$ соответственно.

Выводы. Проведенные исследования показали, что поражения мочеполовой системы встречаются у больных как при остром, так и при хроническом бруцеллезе. А также выявили снижение функциональной активности АОС у больных бруцеллезом, более выраженные у больных ХБ. Выявленные нарушения могут приводить к нарушению репродуктивной функции больного в анамнезе, что требует дальнейших исследований в данной области для совершенствования терапии.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Якубов Т.Д., Мирзаева Н.С.

Ургенчский филиал Ташкенской медицинской академии

Целью научной работы изучить клинико-инструментальных особенностей симптоматической эпилепсии у лиц старческого возраста при цереброваскулярных заболеваниях.

Материал и методы. Для решения данной проблемы было проведено комплексное клинико-неврологическое электроэнцефалографическое обследование у 56 больных страдающих эпилепсией старше 65 лет на фоне хронических сосудистых заболеваний головного мозга (28 с последствиями ОНМК, 2 с последствиями нетравматического субарахноидального кровоизлияния и 11 с дисциркуляторной энцефалопатией I ст).

Результаты и обсуждение. При анамнестическом обследовании больных с сосудистой эпилепсией установлено достоверное преобладание (в 3,4 раз) частоты встречаемости приобретенной предрасположенности над наследственными факторами. Общая частота встречаемости факторов приобретенной предрасположенности в группе обследованных больных с сосудистой эпилепсией составила 77,8 %, причем 3 и более разнообразных фактора предрасположенности было зафиксировано в 67,1 % наблюдений.

Клиническая феноменология эпилептических припадков в 76,5 % случаев характеризовалась сочетанием нескольких разновидностей приступов, которые в 39,4 % проявлялись бессудорожными и в 60,6 % – судорожными пароксизмами. Кроме того, в 20,6 % наблюдений была установлена многоочаговая эпилепсия, сопровождавшаяся полиморфными припадками. При электроэнцефалографическом исследовании у больных с сосудистой эпилепсией очаговая пароксизмальная активность наблюдалась в 61,7 % случаев, в то же время парциальный компонент в структуре припадков отмечался в 83,3 % наблюдений.

Выводы. Таким образом, острая или хроническая сосудистая недостаточность головного мозга является достоверным фактором появления эпилептических припадков и формирования сосудистой эпилепсии, развивающейся у лиц преимущественно пожилого возраста на фоне совокупности имеющихся факторов предрасположенности.

II-СЕКЦИЯ: ЖАРРОҲЛИКНИНГЗАМОНАВИЙМУАММОЛАРИ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Абдуллаев С.А., Тоиров А.С.

Самаркандский медицинский институт

Сахарный диабет – довольно распространенное заболевание. В патогенезе сахарного диабета 80-85% больных с диабетом имеют

сопутствующие избыточную массу тела и ожирение. В последние 14-15 лет при выборе метода хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы, учитываем характер и распространенность гангрены нижней конечности.

Цель работы - оптимизации хирургической тактики в зависимости стадии и формы гнойно-некротического синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. В областном гнойно-септическом центре Самаркандского вилоята находились на стационарном лечении 67 больных с гнойно-некротическом осложнением сахарного диабета. Мужчин было 42, женщин – 25. Возраст больных были 30 – 74 года, в среднем – $56,5 \pm 45$ лет. Больные имели стаж диабета от 10 до 21 года. Сахарный диабет I типа 6(8,5%), II – 61(91,5%). Тяжелая форма сахарного диабета было у 50,6% больных, средней тяжести 28% и легкой формы 21,4% пациентов. При поступлении больных имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистые у 76,1%, почечные – у 54%, печень и желчных путей - у 51% больных.

В составлении плана оптимального хирургического лечения больных мы использовали классификацию Wagner F.M. (1981) по определению объема поражения тканей стоп. II степень у 8(12%), III степень у 47(70%), IV степени у 12(18%). Сухой некроз был в 35%, влажный 65%. У 23% больных было обнаружено ишемическая язва пятки, у 77% больных гангрена пальцев.

Результаты и обсуждение: Наши наблюдения показали, что при развитии гнойно-некротической осложнения в зависимости от формы выявили 5 клинических признаков. Нейропатический процесс приводит к атрофии мышц стопы и развития деформаций. Из-за чрезмерной деформаций пальцев стопы образуется мозоли и в последующим развивается трофическая язва. Больных в лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета мы остановились на нижеследующих схем: контролируется за количеством сахара крови и корректировать; определить чувствительность к антибиотикам; лечение сопутствующих заболеваний; определить синдром диабетической стопы и местное лечение; вывести стопы из ишемической состоянии.

Основная смысл хирургической тактики в лечении гнойно-септических осложнениях диабетической стопы является сохранение конечностей от больших проксимальных ампутаций. В определении оптимального уровня ампутации мы основывались на клинических данных, объема некроза и рентгенологических, доплерографических данных стоп. При двухэтапной тактике на первом этапе были расслабляющие разрезы гнойно-некротических флегмонах стоп. Ампутации пальцев стоп по Шарпу – у 14, по Шопару – 10, ампутации конечностей на уровне голени у 2, ампутации на уровне бедра у 4 больных.

Межэтапный период позволил нам стабилизировать состояние больных, удалось вывести из критической ишемии конечностей, корригировать сахара крови, компенсировать сопутствующую патологию.

Больным с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета до операции, в межэтапном периоде применяли комплексное лечение с применением токоферола ацетата 20%-1мл в течение 10 дней.

Выводы: Применение комплексного двухэтапного хирургического лечения является более эффективным методом лечения гнойно-некротических осложнений сахарного диабета.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБИЛОНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА.

Авезов М.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Согласно рекомендациям Американской Академии Отоларингологии и Хирургии головы и шеи (AAO-HNS) от 1995 года, "очевидная" болезнь Меньера определяется следующим образом: два или более возникающих самопроизвольно приступов вертиго продолжительностью 20 минут и более; потеря слуха, подтвержденная данными аудиометрических исследований, по меньшей мере в одном случае; шум в ушах или ощущение заложенности в причинном ухе; другие причины исключены.

Целью наших исследований являлось изучение эффективности применения препарата Вобилон больных с нарушениями слуха и болезнью Меньера. Исследование препарата Вобилон проводилось на базе сурдологического кабинета ЛОР отделение ХМПЦ. Проведено обследование 22 больных в возрасте от 30 до 50 лет. Всем больным проведено общеклинические и оториноларингологическое исследование, акуметрия, тональная пороговая и надпороговая аудиометрия, вестибулометрия.

Среди больных 8 было с нейросенсорной тугоухостью, 8 болезнью Меньера, 4 с хроническим гнойным средним отитом, 2 после из них после радикальной операции на ухе. Основными жалобами больных были субъективный шум в ушах – 80%, шум в голове – 16%, головокружение – 24%.

Все исследования проводились до и после лечения Вобилоном. В качестве контрольной группы были обследованы 15 больных с НСТ, не получавшие Вобилон аналогичного пола и возраста. Курс лечения Вобилоном состоял из расчета 24-48 мг в сутки, разделенный на 3 приема, в течении месяца.

Результаты лечения Вобилоном показали, что у больных болезнью Меньера улучшение состояния отмечалось через 10-12 дней после лечения. Некоторые больные (4) отмечали улучшение состояния уже через неделю после приема препарата. Наряду с уменьшением головокружения больные отмечали снижение таких симптомов заболевания как ушной шум,

повышение утомляемости, понижение внимания, заложенность в ушах, исчезновение тошноты, головной боли, чувства давления в ушах. У всех больных болезнью Меньера отмечалось субъективное ослабление звона в ушах.

При обследовании больных с НСТ таких выраженных изменений со стороны слуха как при болезни Меньера не выявлено. Однако больные со стороны слуха как при болезни Меньера не выявлено. Однако больные в 67% случаях отмечали улучшение общего состояния, которое характеризовалось снижением шума в голове(12%).

Таким образом, полученные нами данные по применению Вобилон позволяют рекомендовать его в комплексной терапии нейросенсорной тугоухости и болезни Меньера по его эффективности в отношении снижения субъективного ушного шума. Препарат Вобилон весьма эффективен в отношении в проявлений вегетативных расстройств, поэтому применение его при болезни Меньера и других заболеваниях уха, сопровождающихся вестибулярными нарушениями является весьма перспективным.

РОЛЬ КТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Авезов М.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Полипоз риносинусит (ПРС) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух, как в абсолютных цифрах, так и по удельному весу в общей структуре ЛОР-заболеваемости и соответствует 19-21%.

Диагностика и лечение ПРС связано со значительными материальными затратами и наносит ощутимый экономический ущерб как за счет дорогостоящего предоперационного обследования и подготовки, большого количества дней нетрудоспособности после хирургического вмешательства, так и за счет использования достаточно дорогих медикаментов в послеоперационном периоде.

Основное отличие КТ и МРТ состоит в разных физических явлениях, которые используются в аппаратах. В случае КТ – это рентгеновское излучение, которое дает представление о физическом состоянии вещества, а при МРТ – постоянное и пульсирующее магнитные поля, а также радиочастотное излучение, дающее информацию о распределении протонов (атомов водорода), т.е. о химическом строении тканей.

В случае КТ врач не просто видит ткани, но может изучать их рентгеновскую плотность, которая меняется при заболеваниях; в случае же МРТ врач оценивает изображения лишь визуально. МРТ лучше различает мягкие ткани, кости при этом не могут быть видны – резонанс от кальция отсутствует и костная ткань на МРТ видна лишь опосредованно.

КТ при патологических процессах полости носа, ОНП и носоглотки проводится в двух проекциях: горизонтальной (аксиальной) и фронтальной (коронарной). Сканирование начинается с уровня основания носа, параллельно инфраорбитоментальной линии. Во фронтальной проекции сканирование осуществляется в плоскости, параллельной восходящей ветви нижней челюсти. В аксиальной проекции на уровне глазницы хорошо дифференцируется полость носа, перегородка носа, внутренние и медиальные стенки глазницы, клиновидная пазуха, клетки решетчатого лабиринта, носовая кость, носоглотка. КТ ОНП, выполненная в коронарной и аксиальной проекциях, является идеальным методом **диагностики** распространенности патологического процесса в ОНП.

КТ носа и ОНП позволяет оториноларингологу:

- а) проводить раннюю диагностику ПРС, даже в бессимптомном периоде заболевания;
- б) объективно обосновать решения о дальнейшей тактике лечения пациента;
- в) подобрать наиболее эффективную тактику хирургического лечения, с максимальным сохранением анатомической архитектоники и минимально травматичным воздействием;
- г) прогнозировать с высокой долей вероятности рецидивирования полипозного процесса.

Таким образом, КТ является незаменимым методом диагностики ПРС на любых стадиях процесса, финансово доступным и не имеющим абсолютных противопоказаний к выполнению, т.е. практически народным.

ПЕНИАЛ ГИПОСПАДИЯДА ОПЕРАЦИЯ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

**Алимов М.М., Бекназаров Ж.Б., Якубов Э.А., Алимова З.Қ.
Тошкент шаҳар 2- сон болалар жарроҳлик клиник шифохонаси**

Муаммонинг долзарблиги. Ҳозирги даврда гипоспадияни баъзи шаклларида бир босқичда бажариладиган жарроҳлик усуллари муваффақият билан адо этилмоқда. Аммо ҳар хил операция усулларида неоуретра чокларининг тортилиб тикилиши, олинган тери парчасида қон айланишининг бузилиши ва олат бошчасига кўп жароҳат бериш операциядан кейинги асоратларнинг кўпайишига сабаб бўлмоқда.

Материал ва услублар. Тошкент шаҳар 2-сон болалар жарроҳлик клиник шифохонасида 2010-2015 йилларда 3 ойликдан 18 ёшгача бўлган 74 та бемор пениал гипоспадия билан операция қилинди. Шундан 42 беморга гланспениал неоуретрапластика (ихтирога патент № IAP 05305), 32 тасига Матью усулида операция ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама. Гланспениал неолуретропластика усулида олат бошчасида сийдик чиқариш канали ташқи тешиги латерал томонидан 0,2-0,3см қолдирилиб паралел кесимда неоуретра ҳосил

килинади. Қовуқья найча қўйилиб олат бошчаси апикал қисмига мустахкамланади ва гипоспадия тешигидан то проксимал тарафга қонтомирлани жароҳатланмасдан авайлаб тери ости юмшоқ тўқимаси билан биргаликда ажратилади. Натижада тери парчаси хосил бўлади. Паралел кесимларнинг ички қирғоғига пешоб найчаси устидан хосил қилинган тери парчаси тугунчали чоклар билан тери-терига тикилади. Устидан иккинчи қават тугунчали чокланади. Қолган тери парчаси орқага қайтарилиб неоуретра устидан олаб бошчаси чегарасигача тикилади. Тери ва шиллик қават оралиғида айланасига кесим қилиниб, олат дорзал соҳасида ўрта чизик бўйлаб тери кесилади. Хосил бўлган иккита тери қийқима тутқич-ипларга олиниб, гемостазга текширилиб олат вентрал юзасига олиб ўтилади. Ушбу иккита тери қийқими билан жараҳат тугунчали чоклар билан тикилиб ёпилади. Найча операциянинг 8-куни олинади.

Биз ишлаб чиққан бир босқичли гланспениал неоуретрапластика операцияси қилинган 42 та бемордан 5 (6,8%) тасида, Матью усулидан кейин эса 32 та бемордан 8 (25%) тасида операциядан кейинги тери-уретра оқмаси асорати кузатилди.

Хулоса. Гланспениал неоуретрапластика усулида неоуретра учун олинган тери парчасида қон томирлари жароҳатланмаслиги регенерация жараёнини кучайтирди, шунингдек тери кесимлари четлари тортилмасдан тикилгани учун оқма хосил бўлиш хавфи камайди. Натижада бир босқичли гланспениал неоуретрапластика усулида асоратлар 18,2% га камайди.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ.

Алланазаров А.Х., Авезов М.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В медицине всегда сложно доказать причинно-следственные связи, однако ряд клинических и лабораторных исследований достоверно подтверждает связь ГЭР с заболеванием слизистой оболочки верхних дыхательных путей и глотки. Главным повреждающим компонентом рефлюксата является пепсин. Его действие проявляется изъязвлением слизистой, эрозиями и обширными подслизистыми кровоизлияниями. Воздействие же на слизистую оболочку кислоты, желчи и трипсина приводит лишь к небольшому подслизистому отеку. Хотя пепсин максимально активен в кислой среде, он сохраняет до 70% своей активности при рН 4,5.

Пахидермический ларингит впервые был описан Rudolf Virchow в 1858 году. Большинство исследователей полагает, что контактные язвы и гранулемы голосовых складок являются проявлениями того же патологического процесса. Delahunty и Cherry (1968) в эксперименте вызвали гранулемы голосового отростка у двух собак с помощью

нанесения желудочного сока на слизистую гортани. Ward (1988) доказал наличие болезни ГЭР у 72% пациентов с контактными гранулемами голосовых складок. Hill (1991) установил, что наиболее частыми причинами гранулем голосового отростка являются болезнь ГЭР, перенапряжение голоса и интубация.

Чаще всего патологическое действие рефлюксата на гортань проявляется на фоне интубации трахеи, однако слизистая оболочка может повреждаться и в обычных условиях. Little (1985) вызвал подскладковый стеноз у собак путем смазывания подскладкового отдела желудочным соком всего один раз в два дня. Gaynor (1988) продемонстрировал, что степень повреждения тканей коррелирует с продолжительностью воздействия рефлюксата. В 1983 г. Bain описал случай идиопатического подскладкового стеноза, который полностью исчез после лечения болезни ГЭР. Koufman (1991), используя рН мониторинг, обнаружил болезнь ГЭР у 78% детей с подскладковым стенозом гортани.

Взаимосвязь между патологией нижних дыхательных путей и болезнью ГЭР была доказана как у детей, так и у взрослых. В 1990 Irwin и соавт. выявили, что болезнь ГЭР по частоте стоит на третьем месте среди причин хронического кашля у пациентов с нормальным иммунным статусом и составляет 21% всех случаев, уступая только синдрому стекания слизи по задней стенке глотки и бронхиальной астме. Интересно, что у 43% всех обследованных пациентов хронический кашель был единственным проявлением болезни ГЭР.

Koufman (1991) с помощью рН мониторинга выявил болезнь ГЭР у 71% пациентов с раком гортани. Употребление табака и алкоголя создает предпосылки для появления рефлюкса за счет снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера, снижения устойчивости слизистой оболочки, дискоординации работы мышц пищевода, задержки опорожнения желудка и стимуляции желудочной секреции. Таким образом, курение и алкоголь неблагоприятно влияют на все физиологические механизмы, защищающие слизистую от рефлюкса. В 1983 г. Olson описал рак голосового отростка, напоминающий контактную язву с грануляционной тканью. Позже Morrison, Ward и Hanson (1988) описали 25 случаев рака гортани, развившегося у курильщиков с болезнью ГЭР. Интересно, что у троих из этих пациентов первоначально было доброкачественное заболевание голосовых складок, которое на фоне рефлюкса переродилось в рак в течение 5-8 лет.

У новорожденных детей из-за попадания желудочного содержимого в нос, трахею и легкие, может возникать стридор, подскладочный ларингит или рецидивирующая пневмония.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Аслонов З. А., Расулов Х. К.
Ташкентская медицинская академия

Частота острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 55% до 78% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза, а высокая послеоперационная летальность колеблется от 7,6% до 18%. С 2013 года в третьей клинике Ташкентской медицинской академии при оперативном лечении больных ОСКН применяются лапароскопически ассистированные операции. Оперативное лечение при ОСКН начинаем с диагностической лапароскопии, на которой определяем локализацию непроходимости и решаем вопрос о возможности лапароскопического разделения спаек. Когда это невозможно переходим на операцию из минилапаротомного доступа, который производим строго над местом непроходимости. Из этого доступа рассекаем спайки в условиях лапаролифтинга и освещения без выведения петель кишечника из брюшной полости. В случаях, когда технически не удастся выполнить лапароскопически ассистированную операцию или при сомнении в полной ликвидации непроходимости, выполняется лапаротомия. За период с 2013 по 2017 год нами прооперировано 38 пациентов с ОСКН, из них 24 пациента (63,1%) прооперированы с помощью лапароскопически ассистированного метода. При использовании данной методики интраоперационных осложнений не наблюдали. Послеоперационный период у больных протекал гладко, отмечены ранняя активизация (на первые сутки) и разрешение послеоперационного пареза кишечника. Отмечено снижение затрат на проведение послеоперационного лечения, в том числе снижение сроков пребывания в палате реанимации и сроков интенсивной терапии. Осложнения в ране после применения лапароскопически ассистированного метода в оперативном лечении больных ОСКН встретились у 2 пациентов (5,2%), общее количество осложнений в ране после операций по поводу ОСКН составляет 16,7%. После операционные осложнения в брюшной полости у прооперированных лапароскопически ассистированным методом, встретились у 1 пациента (2,6%). Из всей группы больных, прооперированных по поводу ОСКН, послеоперационные осложнения в брюшной полости имелись у 13,8% пациентов. Средний койко-день у больных, прооперированных лапароскопически ассистированным методом, составил 5,0, что почти в два раза меньше, чем у прооперированных лапаротомным методом (10 койко-дня).

**ОШҚОЗОН ВА БУЙРАКЛАР ЎРТАСИДАГИ БОҒЛИҚ
ЎЗГАРИШЛАР**

Атажанов У.Ж., Жуманазарова Г.У.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болалар буйрак-тош касаллигида ошқозон шиллик пардаси фаолиятида бўладиган айрим морфофункционал ўзгаришларни ўрганиш, кейинги вақтда долзарб муаммо ҳисобланиб, ўз ечимини топмоқда.

Илмий адабиётлар ва ўтказилган текшириш маълумотларидан келиб чиққан тарзда, буйрак фаолиятининг бузилиши урадинамик ўзгаришларга олиб келади. Ўз вақтида бу ўзгариши нафақат буйракнинг ўзидаги касалликни оғирлаштиради, балки ҳазм аъзоларида ҳам патологик жараёнларни келтириб чиқариши кузатилмоқда.

Ошқозон-ичак ва буйрак ўртасидаги функционал метаболитик боғлиқлик уларнинг секретор, экскретор, сўриш каби вазифаларидаги яқинликлардан келиб чиқади, генетик боғлиқлик чақалоқларда сутнинг ошқозон ичакда пиноцитоз йўли билан сўрилиб буйракда парчаланиши ва сунъий қон ўтиш шаклида намоён бўлади, иккинчи томондан бундай боғлиқлик асосида ошқозон, буйракда H^+ -ионлари ишлашини ва бу билан организмда ишқорий кислоталик тенгликнинг барқарор сақлашлик ётади.

Бу маълумотлардан буйрак касаллиги ошқозон учун катта хавф туғдириши ва ошқозон патологик жараёнга жалб қилинган ҳолда касалликнинг янада оғир кечиши мумкинлиги келиб чиқади. Бироқ бу касалликда ошқозонда кечадиган ўзгаришлар ҳали етарлича ўрганилмаган, иккинчидан эса бундай калькулёз пиелонефрит касаллигини даволаш мураккаб, лекин ечилиши лозим бўлган муаммолардан биридир.

Шунинг учун ҳам уларни даволаш масаласи доим четда қолган. Калькулёз пиелонефрит касаллигининг операциядан сўнг қайталаниши айрим олимлар маълумоти бўйича 7,1 фоиздан 32,2 фоизгача қайта тош ҳосил бўлиши эса 6,4 фоиздан 30 фоизгача бўлади. Бундай касаллик жараёни биргина буйрак парехимасида эмас балки ошқозон деворида ҳам прогрессивлашади. Шуларни инобатга олган ҳолда касалликнинг операциядан кейинги даврида даволашнинг энг самарали ва ҳозиржавоб усуллариининг излаб топиш катта амалий аҳамият касб этади.

Бу соҳада буйрак ва ҳазм тизими, айниқса буйрак ва ошқозон ўртасидаги функционал боғланиш алоҳида ўрин тутаяди. Бу икки аъзо метаболитик ҳамда эндикрин аъзо бўлиб, асосий функциялари секрециядир. Иккинчидан, бири метаболизмнинг бошида турса, иккинчиси охирида туради, организм учун керак бўлган ва парчаланиб, ниҳоясига етган моддаларни ташқарига чиқариб ташлайди.

Хулоса қилиб айтсак, кейинги йиллар ичида олиб борилган татқиқотлар бу аъзолар ўртасида морфологик ўхшашликлар, чуқур функционал боғланиш борлигини кўрсатади.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОКСИДИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Бабаджанов Ж.К., Бабаджанов С.Х., Эшчанова Г.Б.
Республиканская клиническая больница № 1**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы: Проблема борьбы с раневой инфекцией остаётся актуальной в любой хирургической специальности, особенно в хирургии опухолей головы и шеи. Процент первичного заживления ран при ЛОР-онкологических операциях составляет 40-60 %.

Цель исследования: улучшение заживления послеоперационных ран при онкологических операциях в области головы и шеи.

Задача исследования: изучить влияние интраоперационного применения антисептика и антибиотика на заживление послеоперационной раны.

Материал и методы: в нашей работе мы использовали 1% раствора в ампулах по 10 мл для местного применения диоксидина. Диоксидин является антибактериальным препаратом широкого спектра действия предназначен для профилактики нагноений операционных ран. Диоксидин применялся 1-2 раза в сутки.

В нашей работе диоксидин использован у 57 пациентов при различных операциях по поводу рака области головы и шеи.

Все операции были подразделены на 2 группы: Первая группа чистые операции (14 больных, 25%): перевязка наружной сонной артерии-3, операция Крайля-5, лимфаденэктомия-1, гемитиреидэктомия-2, тиреоидэктомия-1, паротидэктомия-2. Вторая группа инфицированные операции (43 пациента, 75%): ларингэктомии-25, резекции верхней челюсти-15, комбинированные резекции ротоглотки-3. Чистые раны во всех случаях зажили первичным натяжением. Процент первичного заживления инфицированных ран составил 88 + 4,8%, (в группе ларингэктомий 76 + 8%).

Вывод: Диоксидин является дополнительным фактором улучшения заживления ран в хирургии опухолей головы и шеи.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЯСНЫХ ЖЕЛТУХ

Бабаджанов Ж.К., Бабаджанов С.Х., Эшчанова Г.Б.

Республиканская клиническая больница № 1,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Цел: Оптимизировать лучевые методы исследования в распознавании холестаза неясной генеза.

Материал и методы: Обследования 368 больных различными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, сопровождающихся пролонгированной (от 20 до 180 дней) желтухой. Комплекс включал в себя: УЗИ печени — 368, чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ) сверхтонкими эластичными иглами ЧИБА — 368, чрескожную транспеченочную катетерную холангиографию (ЧТКХ) - 53,

релаксационную дуоденографию (РД) - 112, гепатолимфографию (ГЛГ) - 268 и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРВХГ) - 67.

Результаты: Сравнительный анализ показал, что из примененного комплекса наиболее информативной является ЧТХ. Чувствительность метода наиболее высока и приближается к 100% при дифференциации механической желтухи от паренхиматозной, а также опухолевой обструкции от каменной. При опухолях панкреатодуоденальной зоны данные о протяженности поражения холедоха получены при одновременном контрастировании желчных путей (методом ЧЧХ или ЧТКХ) и двенадцатиперстной кишки (методом РД). С помощью УЗИ печени во всех случаях билиарной гипертензии обнаруживались расширения внутрипеченочных желчных протоков. ГЛГ-дает возможность изучить состояние внутрипеченочной микроциркуляции. Информативность ЭРПХГ в самостоятельном виде наиболее высока при опухолях фатерова соска и холедохолитиазе (87%).

Вывод: перечисленные методы позволяют рекомендовать следующий алгоритм лучевой диагностики: исследование следует всегда начинать с УЗИ печени, при наличии обструктивной желтухи показана ЧЧХ и по необходимости ЧТКХ; при высоком блоке после ЧЧХ применять ЧТКХ с последующей декомпрессией билиарной системы; при низком блоке вторым этапом является РД и, если на основании ЧЧХ установлен холедохолитиаз, необходимо провести ЭРПХГ с последующей фатеротомией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ЛВ) ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН).

Баймаков С.Р., Аслонов З.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель: оценить возможности и эффективность применения неотложных ЛВ в диагностике и лечении ОСТКН.

Материалы и методы: с января 2012 г по декабрь 2017 г. включительно, неотложные ЛВ выполнены у 67 пациентов с ОСТКН (мужчин 38, женщин 29) в возрасте от 20 до 87 лет (средний возраст $44,1 \pm 4,2$ года), что составило 37,8% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. Длительность заболевания составляла от 4 часов до 5 суток; в среднем $16,1 \pm 4,3$ часа. Ранее больные перенесли от 1 до 4 операций на органах брюшной полости; у 11 пациентов операций в анамнезе не было. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно-диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы

обследования. Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений.

Результаты: Диагноз ОСТКН не был установлен у 2(2,9%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ОСТКН были выявлены у 8 (11,9%) больных: некроз кишки 5 (7,4%), сомнения в жизнеспособности кишки 6 (8,9%), массивный спаечный конгломерат 2 (2,9%), распространённый спаечный процесс 1 (1,45%), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки 28 (41,7%), сочетание ОСТКН с узлообразованием 12 (17,9%) и плотный рубцовый процесс 5 (7,4%). Лапароскопическое разрешение ОСТКН было предпринято у 45 (67,1%) больных. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а также применение ультразвуковых ножниц. Интраоперационное осложнение отмечено у 1 (1,45%) больного - диатермокоагуляционный некроз кишки. Послеоперационные осложнения выявлены у 4 (5,9%) больных: рецидив ОСТКН (2), парез (2). Трое больных с осложнениями были оперированы традиционным способом, с последующим выздоровлением. У двоих после консервативных мероприятий было разрешение ОСТКН.

Таким образом, лапароскопические вмешательства являются эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ОСТКН у 98,8% пациентов. Лапароскопическое оперативное лечение ОСТКН может рассматриваться как метод выбора оперативного лечения данной нозологии, у определенного контингента больных.

**ЛАТЕРАЛ МЕНИСК ШИКАСТЛАНИШИНИ ВА ТИЗЗА ОСТИ
МУШАКЛАРИ ПАЙЛАРИНИНГ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ
АРТРОСКОП ЁРДАМИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИ**
Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Менискэктомия куйидаги мезонларга асосланади: шикастланган менискнинг барча харакатчан қисмларини олиб ташлаш; менискнинг колган қисмининг қиррасини силлиқлаш; менискнинг интакт қисмини ва капсула-мениск бирлашмасини максимал даражада сақлаб қолиш.

Таклиф этилаётган усулнинг моҳияти даволаш самарадорлигини ошириш ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришдан иборат.

Қўйилган масаланинг ечими сифатида тизза бўғими латерал менискининг орқа шохи шикастланишини даволаш усулини тавсия

киламиз. Тизза бўғими ичига артроскоп антроедиал ва антрлатерал соҳадан терини 0,5 см. кесган ҳолда киритилади. Латерал мениск орқа шохи шикастланганда ва тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатиясида тизза ости мушаклари пайларининг синовиал пардаси синовэктомияси ҳамда латерал мениск орқа шохининг дегенерацияланган қисми қисман менискэктомия қилинади. Бўғим бўшлиғи физиологик эритма билан ювилади. Мазкур операция усули латерал мениск орқа шохининг тезроқ регенерацияланишига олиб келади.

Операциянинг ушбу ўзига хос усули оператив даволаш техникасида янгилик деб хулоса қилишимиз учун асос ҳисобланади. Бу усул даволаш самарадорлигини оширишга ва операциядан кейинги асоратларни камайишига олиб келади. Бажарилган амалиётлар латерал мениск орқа шоҳида қон айланиши яхшиланишини таъминлайди.

Ушбу усул тизза бўғими латерал мениски орқа шохи шикастланиши ташхиси бор бўлган 117 нафар беморда қўлланилди. Клиник эффе́ктивлик 96% (n=112) ни ташкил қилди.

Шундай қилиб, таклиф қилинган усул бажаришнинг осонлиги, қулайлиги, операция учун кўп маблағ ва алоҳида шароитларни талаб қилмаслиги ҳамда янги усул ва юқори клиник самарадорлиги билан фарқ қилади. Мазкур усулни травматологик амалиётда кенг қўллашни тавсия қиламиз.

ТИЗЗА ОСТИ МУШАКЛАРИ ПАЙЛАРИНИНГ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад – тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатияси бор беморларни ташхисотини ва даволаш самарадорлигини янада яхшилаш.

Текшириш усуллари ва материаллари: ЎЗР ССВ ТОИТИ спорт травмасы бўлимида 2011-2012 йилларда тизза бўғими латерал менискининг орқа шохи шикастланиши ташхиси билан даволанган 50 нафар бемор атрофлича ўрганилди. Ўрганилган беморлардан 41 (82%) нафарини эркаклар, 9 (18%) нафарини аёллар ташкил этди. Спорт травмасининг келиб чиқиш сабаблари таҳлил қилинганда қуйидаги ҳолат кузатилди: футбол билан - 10 (20%) нафар, волейбол билан - 4 (8%) нафар, эркин кураш билан – 8 (16%) нафар ва бошқа спорт турлари билан шуғулланиш оқибатида 28 (56%) нафар беморлар жароҳат олишган.

Барча текширилган беморлар 2 гуруҳга ажратилди:

- I гуруҳни 33 (66%) нафар бемор ташкил қилди. Уларда МРТ текширув стандарт усулда ўтказилган.

- II гуруҳни 17 (34%) нафар бемор ташкил этади. Уларда МРТ текширув Siemens фирмасининг MAGNETOM Avanto 1,5 T аппаратида тизза бўғими

учун мўлжалланган махсус ғалтаки ёрдамида куйидаги режимларда бажарилган: PD FS –ВИ – сагиттал ва коронар текисликда, заруратга қараб трансверзал текисликда, PD ВИ ва T2 ВИ – коронар текисликда, T1 – ВИ – сагиттал текисликда, T2 – ВИ – трансверзал текисликда.

Барча ўрганилган беморларда тизза бўғими артроскопик текшируви ва шу билан бирга артроскопик оператив даволаш амалиёти бажарилган.

Натижалар ва уларнинг тафсилоти: МРТ усулида текшириш давомида I гуруҳдан 26 (78,79%) нафар беморга тизза бўғими латерал менискининг орқа шохи жароҳатланиши, 7 (21,21%) нафар беморга латерал мениск орқа шохи дегенератив ўзгариши ташхиси қўйилган. Шу билан бирга ҳеч бир беморда тизза ости мушаклари пайларининг ҳолати тўғрисида маълумот ёзилмаган.

II гуруҳдаги беморлардан 6 (35,29%) нафарида тизза бўғими латерал менискининг орқа шохи менисцити ва тизза ости мушаклари пайларининг яллиғланиши, 11 (67,71%) нафар беморда латерал мениск орқа шохи узилиши (улардан 5 (45,45%) нафар беморда тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатияси ташхиси қўйилган) ташхиси қўйилган.

Артроскопик амалиётни бажариш давомида I гуруҳдан 22 (66,67%) нафар беморда куйидагилар аниқланган:

- латерал менискнинг орқа шохи узилиши;
- қизариш;
- шиш;
- тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатиясига хос бўлган синовиал пардаларнинг гипертрофияси.

11 (33,33%) нафар беморда латерал менискнинг орқа шохи менисцити ва тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатияси белгилари кузатилган.

I гуруҳдаги барча беморларнинг барчасида латерал менискнинг орқа шохини қисман (1/3) олиб ташлаш (декомпрессия) ва тизза ости мушаклари пайларининг синовиал пардасини қисман синовэктомия қилиш операцияси бажарилган.

II гуруҳдаги беморлардан фақат латерал менискнинг орқа шохи узилиш ташхиси қўйилган 11 (67,71%) нафари артроскопия қилинган. Артроскопия давомида барча беморларда латерал менискнинг орқа шохи узилиши ташхиси тасдиқланган. Қолган 6 (35,29%) нафар беморга МРТ текширув хулосасига кўра латерал менискнинг орқа шохи менисцити ва тизза ости мушаклари пайларининг яллиғланиши ташхиси қўйилганлиги сабабли артроскопия амалиёти ўтказилмаган. Бу беморларга комплекс консерватив даво ўтказилган.

Хулоса:

1. Латерал мениск шикастланганда ва тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатиясини хирургик усулда даволашда артроскопия ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

2. Латерал мениск менисцити ва тизза ости мушаклари пайларининг энтезопатиясида мақсадли МРТ текширув даволаш тактикасини танлашга ва асосиз равишда оператив амалиёт ўтказилишини олдини олишга ёрдам беради.

ХОЛЕЛИТИАЗ ВА УНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИ

**Батиров Д.Ю., Янгибаев З.Р., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Кириш: Кейинги йилларда холедохнинг терминал қисми (ХТҚ) ҳамда ўн икки бармоқ ичак катта сўрғичи (ЎИБКС) ўтказувчанлиги бузилиши билан кечадиган тошли холециститлар кузатилган беморларда ҳар хил оғирликдаги панкреатитлар кузатилиши ҳолатлари кўпайиб бормоқда. Бу патологиялар ҳозирги кунга келиб эндохирургик усуллар билан муваффақиятли даволанмоқда. Яъни, холецистэктомия (ХЭК) лапароскопик усулда бажарилади, кейин эса, холедохнинг терминал қисми ҳамда ўн икки бармоқ ичак катта сўрғичи ўтказувчанлиги бузилиши эндоскопик папиллосфинктеротомия (ПСТ) ва ўт йўллари санацияси (тошларни олиб ташлаш, ювиш ва ҳ.к.лар) орқали бартараф этилади. Аммо, бу амалиётларни ҳамма беморларда ҳам, барча ҳолатларда ҳам бажариш имконияти бўлмайди. Шу сабабли, баъзи ҳолатларда бу тоифа беморларни даволашда очиқ-анъанавий, катта ва хавфли жарроҳлик усуллари кўллашга (айниқса, шошилич ҳолатларда ҳамда умумжарроҳлик бўлимларида) мажбур бўлинади.

Тадқиқотнинг мақсади: Тошли холецистит касаллиги сабабли келиб чиқадиган панкреатитлар кузатилган беморларда ўт суюқлигининг ўн икки бармоқ ичакка пассажиани яхшиловчи операция усуллари такомиллаштириш орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази Торакал хирургия бўлимида 2006-2016 йиллар давомида тошли холецистит ҳамда ХТҚ ва ЎИБКС ўтказувчанлигининг бузилиши асорати кузатилган 132 нафар беморда ўтказилган операция натижалари ретроспектив тарзда таҳлилий ўрганилди. Барча ҳолатларда (n=132) ХЭК операциянинг асосий босқичи сифатида бажарилди. Шундан, 36 (27,27%) та ҳолатда ХЭК, цистикохоледохолитотомия, ЎИБКС ни бужлаш ёки Пиковский бўйича ташқи найчалаш билан, 96 (72,72%) та ҳолатда эса, супрадуоденал холедоходотомия, ўт йўллари санацияси (тошларни олиб ташлаш, ювиш ва ҳ.к.), ва холедоходуоденоанастомоз (ХДА) қўйиш билан (44 та ҳолатда) ёки PST (16 та ҳолатда) билан бажарилди. 36 та ҳолатда ХЭК икки томонлама ички найчалаш, PST+ХДА билан биргаликда бажарилди. Бунда, PST эндохоледохиал йўл билан ўтказилди. ЎИБКС ни бужлаш ва холедохни ташқи найчалаш 16 та ҳолатда, фақатгина холедохни ташқи найчалаш 20 та ҳолатда, ЎИБКС-II

даражали торайиши кузатилганда бажарилган бўлса. ПСТ (16 та ҳолатда) ва ХДА (44 та ҳолатда) ЎИБКС II-III даражали торйиши кузатилганда ҳамда икки томонлама ички найчалаш (36 та ҳолатда) эса, ЎИБКСнинг III даражали торайиши кузатилган беморларда бажарилди.

Натижалар:Операциядан кейинги даврда 12 та ҳолатда (9,09%) диастазурия кузатилди, шундан, 4 та ҳолатда ЎИБКСни бужлашдан кейин, 4 та ҳолатда холедохни ташқи найчалашдан кейин ва 4 нафар беморда ПСТ дан кейин кузатилди. Шишли панкреатит 10 (7,6%) та ҳолатда кузатилди ва шундан, 2 нафар беморда ЎИБКСни бужлашдан кейин, 4 нафар беморда ПСТ дан кейин ва яна 4 нафар беморда ХДА дан кейин кузатилди. Дренаж найчаларидан қисқа муддатли ва кам миқдордаги ўтли ажралма ажралиши 5 та ҳолатда (2 тасида ЎИБКС ни бужлашдан кейин, 3 тасида эса, ХДА дан кейин) кузатилди. Ўтли ажралма ажралиши 5-6 кун ичида ўз-ўзидан тўхтади. Операциядан кейинги даврда барча беморларга операциядан кейинги панкреатит белгиларини бартараф қилиш ҳамда олдини олиш мақсадида протеаза ингибиторлари, 5-фторурация, кенг доирали антибиотиклар, инфузион-трансфузион ва дезинтоксикацион терапия, спазмолитиклар ва бошқалар каби даво муолажаларини қабул қилишди ва уларга қониқарли аҳволда уйига рухсат берилди.

Хулоса:Тошли холецистит ҳамда ХТҚ ва ЎИБКСўтказувчанлигининг бузилиши асоратини анъанавий усуллар билан баратараф қилиш натижасида операциядан кейинги панкреатитларривожланиши юқориликча қолмоқда. Бу эса, жарроҳлик даволаш усулларини янада такомиллаштиришни тақозо этади.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

**Батиров Д.Ю., Янгибаев З.Р., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.**

Кириш: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК), гипертония касаллиги (ГК), анамнезида миокард инфарктини ўтказганлик ва бошқалар каби юракқон-томир тизими аъзолари касалликлари ёндош касаллик бўлиб кузатилган ҳолатлар нафақат симульта, балки, оддий операцияларни ўтказишда ҳам ўзига хос хавф-хатарларга эга бўлганлиги сабабли жарроҳлар учун ҳам, анестезиологлар учун ҳам мураккабликлар туғдиради. Бу тоифадаги беморларда симульта операцияларни лапароскопик усуллар орқали бажариш натижасида жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш жуда катта амалий аҳамиятга эгадир.

Тадқиқот мақсади: Юрак қон-томир тизими аъзолари касалликлари ёндош касаллик бўлиб келган ва сурункали тошли холецистит ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик касалликлари биргаликда кузатилган

беморларда лапароскопик усуллар орқали жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

Тадқиқот манбаи қилиб, 1996 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказининг Торакал хирургия (олдинги эндохирургия) бўлимида юрак қон-томир тизими аъзолари касалликлари ёндош касаллик бўлиб келган ҳамда сурункали тошли холецистит ҳамда қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик касалликлари биргаликда кузатилган, симультан лапароскопик операцияларни ўтказган 302 нафар беморнинг даволаш натижалари олинди. Беморларнинг ёши 34 ёшдан 75 ёш оралиғида бўлди. Эркаклар 87 нафар, аёллар 215 нафарни ташкил қилган. ЮИК 112 (37,08%) нафар беморда, ГК 168 (55,62%) нафар беморда ва анамнезида миокард инфарктини ўтказганлик ҳолатлари (инфарктдан кейинги кардиосклероз) 22 (7,28%) нафар беморда кузатилди. ЮИК билан ГК нинг биргаликда келиши 268 (88,74%) ҳолатда кузатилган.

96 (31,78%) та ҳолатда лапароскопик холецистэктомия битишмаларни ажратиш билан, 108 (35,76%) та ҳолатда герниопластика билан, 88 (29,13%) та ҳолатда тухумдонлардан цистэктомия билан, 10 (3,31%) та ҳолатда эса, консерватив миомэктомия амалиёти билан биргаликда амалга оширилган.

СО₂газининг резорбцияси натижасида келиб чиқиши мумкин бўлган ацидоз ва гемодинамик кўрсаткичларга таъсирини эътиборга олган ҳолда ушбу беморларда операция жараёнларининг барча босқичлари интраабдоминал босимни 9-12 мм симоб устунидан оширмаган ҳамда СО₂ газининг қорин бўшлиғига юборилиши тезлиги 0,15 л/с бўлгани ҳолда бажарилди. ЮИК ҳамда ГК кузатилган барча беморлар операциядан олдинги даврда кардиолог тавсияларига риоя қилган ҳолда адекват даво муолажаларини қабул қилдилар.

Натижалар: Тадқиқотмиз манбаи бўлган беморларда ўтказилган СЛО дан кейин “специфик” асоратлардан тери ости эмфиземаси 7 (2,31%) та ҳолатда, “френикус синдром” 8 (2,65%) ҳолатда кузатилди ва бир ҳафта давомида ҳеч қандай асоартларсиз ўтиб кетди.

Носпецифик асоратлардан 44 (14,57%) та ҳолатда ичаклар парези кузатилди ва 2 сутка давомида ўтиб кетган бўлса, 14 (4,63%) беморларда ичаклар стимуляция қилингандан ва тозаловчи хўкнадан кейин бартараф қилинди.

4 (1,32%) беморларда эпигастрал жароҳатдан серома ва йирингли ажралма ажралиши кузатилди.

Операциядан кейинги 24 соат ичида барча беморлар тўлиқ фаоллаштирилди ҳамда 36 соатдан кейин эса, деярли барча беморларнинг умумий аҳволи қониқарли даражада бўлди.

1 (0,33%) та ҳолатда, операциядан кейинги 1 суткада ўлим ҳолати кузатилди ва бунинг сабаби ўпка артерияси тромбоэмболияси эканлиги аниқланди.

Хулоса: Лапароскопик технологиялар ёрдамида операцияларнинг оддий, консиз, хавфсиз, жароҳатсиз, оғриксиз, каминвизив бажарилиши натижасида қорин бўшлиғи симультан жарроҳлик касалликлари билан биргаликда юрак қон-томир тизими аъзолари қўшимча касалликлари кузатилган беморларда ҳам опеарцияларни бемалол бажариш имкониятини оширади ва бу билан жуда катта амалий ҳамда тиббий-социал аҳмиятга эга бўлади.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ.

**Дусияров М.М., Камолов Т.К., Рахматова Л.Т.
Самаркандского медицинского института**

Актуальность. Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей остается актуальной проблемой в связи с частыми рецидивами заболевания 20% больных и развитием анальной инконтиненции 15%.

Цели исследования. Улучшить результаты лечения экстрасфинктерных свищей методом Рыжих.

Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом Рыжих в период с 2011 по 2016гг. Оперировано 150 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки 1 - 4 степени сложности криптогландулярного происхождения за исключением случаев с наличием острого воспалительного процесса в околопрямокишечной клетчатке или выраженного рубцового процесса распространяющегося более чем на 1/3 окружности анального канала. Средний возраст больных составляет $45,5 \pm 10,5$ лет. Были включены 110 (73,3 %) мужчин и 40 (26,7 %) женщин. У 12 (8,1 %) пациентов была рецидивирующая форма свища.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 4 (2,6 %) больных возникла ретракция низведенного лоскута, что потребовало проведения лигатуры, с последующей ликвидацией свища лигатурным методом. Отдаленные результаты лечения прослежены у 63 (42,1%) пациентов, рецидив заболевания выявлен у 5 (3,3%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 4,5 лет. Результат лечения были классифицированы как: хорошие - при отсутствии свища и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные - при отсутствии свища с явлениями недостаточности анального сфинктера 1 степени, неудовлетворительные - рецидив свища или II-III степень недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты лечения достигнуты у 116 (77,3%) пациентов, удовлетворительные - у 20 (13,3%) пациентов и неудовлетворительные - у 14 (9,3 %) пациентов.

Выводы. Низведение сегмента прямой кишки по предложенной методике позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие, сопровождается малым количеством рецидивов свища и

является щадящим в отношении анального сфинктера, что подтверждается результатами исследования в отдаленном периоде.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ (ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК) ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС

Кахаров З.А., Абдумухтарова М.З., Закиров Ф.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Среди иммунных образований пищеварительной системы лимфоидным узелкам (пейеровым бляшкам) тонкой кишки принадлежит исключительная роль. Они, как и тимус, миндалины, аппендикс млекопитающих, относятся к лимфоэпителиальным органам.

Цель и задачи. Морфологическое исследование развития и становления лимфоидных узелков тонкой кишки.

Материал и методы исследования. Материалом служит пейеровы бляшки крыс в возрасте 1,3,7,14,21 суток после рождения. У крыс указанного возраста анатомически изучены структурные особенности пейеровых бляшек. Для исследования, бляшки выделялись на всем протяжении тонкой кишки, измерялось расстояние между ними, подсчитывалось число лимфатических узелков, их диаметр.

Результаты и их обсуждение. Тонкая кишка белых беспородных крыс выделялась от пилорической части желудка до слепой кишки. Макроскопически под стереоскопическим микроскопом МБР-9 выделялись участки расположения лимфоидных узелков. Измерялись расстояния между ними, количество узелков в каждом скоплении, суммарная масса после тщательного их выделения.

Лимфоидные бляшки тонкой кишки у новорожденных крыс имеют вид овального или округлого образования. В развитии пейеровых бляшек можно выделить 3 этапа: 1 этап -1-3 сутки; 2 этап -7-14 суток; 3 этап -15-21 сутки. Для каждого из этих этапов характерны определенные изменения числа и структуры. Самая дистальная закладывается в первый день после рождения крысы вблизи илеоцекальной области. В этом периоде клетки располагаются диффузно, узелки не определяются.

Через 7 дней вдоль тонкой кишки количество лимфатических узелков увеличивается, в среднем, в 3 раза. Линейные размеры возрастают почти в 10 раз по сравнению с 1 днем после рождения.

Через 14 дней после рождения вдоль тонкой кишки количество лимфоидных узелков доходит до $10,8 \pm 2,2$, размер каждой из них увеличивается в 10 раз.

Через 3 недели крысы переходят на дефинитивное питание. К этому времени общее число пейеровых бляшек увеличивается в среднем на 134% по сравнению с предыдущим сроком и становится равным $14,5 \pm 2,5$.

Выводы. Таким образом, лимфатические узелки и фолликулы, из которых они состоят, развиваются в основном после рождения и их

становление, формирование зон происходит ко времени перехода на дефинитивное питание.

БАРЬЕРНО - ЗАЩИТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ КРЫС ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

Кахаров З.А., Абдумухтарова М.З., Закиров Ф.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Целью настоящего исследования является особенности структурно-функциональных перестроек слизистой оболочки толстой кишки крыс при сальмонеллезной инфекции.

Материал и методы исследования. Изучено 85 беспородных крыс-самцов массой 140-160 г, из которых 25 контрольные, 60 зараженные сальмонеллами в дозе 2 миллиардов микробных тел в 2 миллилитрах физиологического раствора. Контрольным животным в тех же условиях вводили 2 миллилитра физиологического раствора. Декапитация осуществлялась в сроки 1, 3, 7 суток после заражения. После соответствующего окрашивания гемотоксилин-эозином состояние слизистой оболочки толстой кишки контрольной группы крыс соответствует норме.

Результаты и их обсуждение. Через сутки после заражения у крыс наблюдается жидкий стул, выраженная инъеция сосудов, слизистая оболочка отечна с мелкоточечными кровоизлияниями. Светооптически отмечаются усиление экстрезии эпителиальных клеток, секреции бокаловидных клеток, увеличение микробов в просвете крипт. Общее количество эпителиоцитов уменьшается от $765,2 \pm 16,3$ в контрольной группе до $702,0 \pm 19,7$ ($P < 0,05$). Одновременно, митотическая активность возрастает от $18,3 \pm 0,05$ в контроле, до $217 \pm 0,06$ % у подопытных. Усиление секреции бокаловидных клеток уменьшается, их выявляемость $35,2 \pm 0,49$ % контроль, $21,7 \pm 0,38$ % через сутки после заражения. Также изменяется их величина и форма, они становятся узкими с единичными ШИК – положительными гранулами над уплощенным ядром. На 3-7 сутки после заражения в криптах толстой кишки покровной эпителий уплощается, бокаловидные клетки увеличиваются. Возрастание митотической активности доходит до $20,9 \pm 0,04$ %, число эпителиальных клеток в криптах достигает до 819 ± 15 (в контроле 750 ± 14 , $P < 0,01$) соответственно. Строма крипт разрыхлена, содержит расширенные кровеносные и лимфатические капилляры.

Выводы. Таким образом в слизистой оболочке толстой кишки крыс при острой сальмонеллезной инфекции наблюдается закономерные, протекающие структурно-функциональные перестройки, которые наиболее выражены в 1-3 сутки после заражения. Наблюдается возросшее число бокаловидных клеток и межэпителиальных лимфоцитов, а активация отдельных соединительно тканых клеток сохраняется.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Камолов Т.К., Бойсариев Ш.У., Раджабов Ж.П.

Самаркандского медицинского института

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения пациентов с острым и хроническим парапроктитами.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 54 пациентов проходившие лечение в проктологическом отделении клиники № 1 СамМИ. Локализация гнойника в параректальной клетчатке: Острый подкожный парапроктит – 27; Острый подслизистый парапроктит – 1; Острый ишиоректальный парапроктит – 20; Острый пельвиоректальный парапроктит – 3; Острый ретроректальный парапроктит – 1; Анаэробный парапроктит – 1; Сахарный диабет наблюдали у 4 пациента. Диагностика острого парапроктита основывалась на данных анамнеза, клинической картины, результатов объективного обследования пациентов. **Результаты:** При подкожных и подслизистых формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки по Габриэлю – 28 пациентов. При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гнойника. Некрэктомия с широким вскрытием гнойных затеков применялась у больных с анаэробными формами парапроктитов, которые отличались обширным гнойно-некротическим поражением параректальной клетчатки и тяжелым клиническим течением. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Антибиотики применялись с учетом чувствительности микрофлоры. При формировании параректальных свищей производилась радикальная операция - иссечение гнойного хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища. Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки - 23, интрасфинктерных свищей – 7, трансфинктерных – 12, экстрасфинктерных – 3. При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было. При трансфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 1 пациентов, рецидивы - у 1, недостаточность анального жома – у 1. При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 1 пациента, рецидивы – 1.

Выводы. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым

парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

БОЛАЛАРДА ПИОПНЕВМАТОРАКСНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Каримов Р.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Пиопневмоторакс деструктив пневманиянинг плеврал асорати турларидан бири бўлиб, болаларда ўз вақтида рационал адекват хирургик даволанишни талаб қилади. Пиопневмотораксни дренажлаш усулида даволаш самарадорлиги плеврал бўшлиқни ўз вақтида тўғри ва адекват дренажлашга боғлиқ.

Клиник-рентгенологик текширувлар натижасига кўра пиопневмотораксда ўпканинг бронхоплеврал оқма билан зарарланган соҳаси плеврал бўшлиқдаги суюқлик сатхидан юқорида бўлиши аниқланди. Шунинг учун плеврал бўшлиқдаги ҳаво ва йирингни тўлиқ эвакуация қилиш учун плеврал бўшлиқни суюқлик сатхидан юқорида дренажлаш лозим.

Плеврал бўшлиқни суюқлик сатхидан юқорида дренажлаш бўшлиқдан ҳаво ва йирингни тўлиқ эвакуация қилинишини ва ўпкани эрта ёзилишини таъминлайди.

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази клиник базасида 2013-2016 йилларда 76 бемор пиопневмоторакс билан даволанди. Бунда дренажлашдан кейинги 1-соатларда 65 беморда ахволнинг тез яхшиланиши кузатилди, 9 беморда катта бронхиал оқма бўлганлиги учун ўпка ёзилиш 2-3 кундан кейин кузатилди. 2 беморда ўпканинг ёзилиши даволашнинг кечки даврларида кузатилди. Бу дренажлаш усули билан даволашда беморларни касалхонада даволаниш муддатлари қисқаришига эришилди. Шундай қилиб, ўпкани зарарланган жойини эътиборга олиб дренажлаш плеврал бўшлиқдан йиринг ва ҳавони тез эвакуациясига олиб келади, ўпкани ёзилишини тезлаштиради. Бунда ўпкадаги зарарланган ўчоқ тўлиқ тозаланилади ва бронхоплеврал оқмаларф тез битишига эришилади.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов М.Б.,
Бабаджанов К.Б.**

**Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Проблема выбора вида пластики при лечении паховых грыж остается открытым. Многообразие существующих способов герниопластики объясняется неудовлетворительными результатами лечения. Появившиеся

в последние годы лапароскопические методы пластики пахового канала сопровождаются значительно меньшим процентом осложнений и рецидивов. Однако сложность выполнения лапароскопической пластики, необходимость сложного оборудования и, следовательно, увеличение стоимости операции не позволяют надеяться на широкое внедрение лапароскопической пластики. Представлена методика “ненатяжной” герниопластики по Лихтенштейну с использованием полипропиленовой сетки.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных сложными и рецидивными паховыми грыжами за счет оптимизации выбора методики операции и усовершенствования техники хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Нами пластика по Лихтенштейну применяется с 2009 г. За этот период было оперировано 300 больных с паховыми грыжами (в 7 наблюдениях пластика производилась с двух сторон) в абдоминальной хирургии Областного многопрофильного медицинского центра. Основной контингент больных составили мужчины в возрасте от 20 до 74 лет. Среди них с рецидивными паховыми грыжами были 102 (34%) больных, с первичными паховыми грыжами 198 (66%) больных, у 203 (67,66%) косая паховая грыжа и у 97 (32,33%) прямая паховая грыжа, правосторонние грыжи были у 176 (58,66%) и левосторонние у 124 (41,33%) пациентов. Во всех операциях применялась региональная анестезия. При оперативном лечении в качестве имплантата были использованы стандартные полипропиленовые сетки ЭСФИЛ (Линтекс). Эндопротез фиксировали к лонному бугорку, паховой связке и внутренней косой мышце живота. Апоневроз наружной косой мышцы живота ушивали непрерывным швом полипропиленовой нитью.

Результаты. После проведенных операций отмечено 3 осложнения: инфильтрат послеоперационной раны (1) и гематома подкожной клетчатки (2). Все осложнения ликвидированы консервативным путем. Время пребывания больных в стационаре составило от 2 до 3 дней. Отдаленные результаты прослежены нами у 276 больных сроком от 3 до 5 лет. Рецидивов не выявлено.

По нашему мнению, преимущества пластики по Лихтенштейну заключаются в следующем:

1) Выполнение значительно проще, чем лапароскопически, не требует сложного оборудования и следовательно, дешевле;

2) При использовании этого метода послеоперационный период протекает практически безболей, следствием чего является ранняя реабилитация больных.

Заключение. Таким образом, предложенный нами дифференцированный подход к выбору способа герниопластики является достаточно логичным и рациональным и может быть применён в общей практике всеми хирургами на уровне центральных районных больниц, в

том числе начинающими, и не требует затрат дорогостоящих материалов и оборудования.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А.,

Бабажанов М.Б., Бабаджанов К.Б.

**Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр**

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с заболеваниями органов брюшной полости с использованием современных технологий.

Материал и методы: Изученные непосредственные результаты лечения 488 больных, оперированных в плановом порядке по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни, эхинококка печени. Возраст больных от 15 до 75 лет. Мужчин было 318, женщин – 170.

В комплексном лечении у 247 больных были использованы эндолимфатическое введение антибиотиков, иммунотерапия, ВЛОК, УФОК, эндохоледохолеальное лазерное облучение, через дренажное лазерное облучения крови (ЧДЛОК), ГБО, гемосорбция (1-группа), 241 больных лечили общепринятыми методами (2-группа). Группы сопоставимы по возрасту, полу больных, срокам возникновения осложнений и его характеру.

Результаты: Эффективность лечения оценивали по регрессу клинических симптомов заболевания, характеру течения послеоперационного периода, биохимическим и иммунологическим показателям, по характеру и количеству отделяемого по дренажной трубке.

Эндолимфатическое введения антибиотиков осуществляли через депульпированный лимфатический узел в области овальной ямки бедра. Для введения использовали автоинъектор собственной конструкции. Скорость введения 0,15-0,2 мл/мин. Эндолимфатическое введение антибиотиков проводилось один раз в сутки. Использовались антибиотики: гентамцин, цефозалин, цефтриаксон- 2,0 г.

В качестве иммунокорректора использовали тималин, иммуномодулин.

ВЛОК проводили в течение 25-30 мин с мощностью излучения от 5 до 8 мВт, курс лечения 8-10 сеансов. Чрезкожное – аппаратом «Узор» с 5-6 точек по 3 мин каждая с частотой 300 Гц, мощностью 25 мВт.

УФОК проводили при помощи аппарата МД-73 М «Изольда» по маятниковому типу с закрытым фильтром из расчета 2 мл крови на 1 кг массы тела больного со скоростью 20 мл/мин. Лечение начинали с 1-го дня

после операции, курс лечения включал 3-5 сеансов, выполняемых через день.

ГБО проводили в барокамере «ОКА-МТ» под давлением 2,0-2,2 атм в течение 60 мин., из них время компрессии и декомпрессии по 10 мин, экспозиция на высоте давления 45 мин. Курс лечения состоял из 4-6 сеансов в одноместной кислородной барокамере.

Сравнительное изучение показало, что у больных основной группы по сравнению с контрольной было отмечено достоверное уменьшение дисбаланса иммунокомпетентных клеток, повышение уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов, нормализация иммунорегуляторного индекса.

Гнойно-септические осложнения возникали у 27 (11,2) больных контрольной группы, а у больных получивших комплексное лечение – у 5 (2,0%).

Сроки стационарного лечения больных составили соответственно $15,0 \pm 0,3$ и $9,0 \pm 0,4$ койко-дней.

Выводы: Таким образом, комплексное лечение является высокоэффективным методом в профилактике гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии.

Необходимо указать, что ни одна из перечисленных мероприятий не может быть выделено в качестве главного- каждое из них является необходимым компонентом профилактического комплекса.

МАЛОИНВАЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А.,
Бабаджанов М.Б., Уразбаев И.**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Больные с острым панкреатитом занимают третье место после аппендицита и холецистита.

Рост числа больных с этим заболеванием, высокая летальность, отсутствие единого мнения в выборе оптимальных сроков операции и методики санлирующей процедуры, говорят о актуальности и сложности этой проблемы и необходимости поиска наиболее рациональных способов лечения.

Цель исследования: повысить эффективность лечения осложненных форм острого панкреатита путём использования малоинвазивных технологий.

Материал и методы: В клинике общей хирургии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии проведен анализ результатов хирургического лечения 45 больных с осложненными формами острого панкреатита в возрасте от 21 до 70 лет. Мужчин было 25, женщин – 20. Большинство (32) больных поступали из других лечебных учреждений.

Диагноз установили на основании клинических, лабораторных данных, УЗИ и КТ органов брюшной полости. Ферментативная фаза заболевания диагностирована у 14, септическая секвестрация – у 31.

В зависимости от способа оперативного лечения больных были разделены на две группы. В I группу вошли 25 больных, в лечении которых использовали малоинвазивные операции. Во II группу вошли 20 больных в лечебном комплексе которых использовали традиционные макролапаротомии.

Малоинвазивные операции включали: пункцию и дренирование гнойников под контролем УЗИ, видеолапароскопические санационно дренирующие процедуры сальниковой сумки и брюшной полости (у 7), минилапаротомию. Эффективность лечения оценивали по регрессу клинических симптомов заболевания, частоте развития осложнений (кровотечение, сепсис) и летальности.

Профилактическая санация выполнена у 3 больных видеолапароскопически, путем рассечения заднего листка брюшины над пораженной клетчаточной областью по верхнему и нижнему краю поджелудочной железы.

В качестве антисептика для промывания сальниковой сумки использовали 0,5% водный раствор хлоргексидина, фурацилина 1:5000,0, декасана (декометоксин 0,02%)

Дренажи были удалены в зависимости от течения заболевания на 7-18 сутки после операции.

В послеоперационном периоде больные получали цефалоспорины последнего поколения, фторхинолоны в сочетании с метралаином, ингибиторы панкреатической секреции.

Проводили купирование болевого синдрома, блокаду секреторной активности желудка, трансназальную интубацию тонкой кишки, иммунокоррекцию, стимуляцию моторики кишечника и инфузионную терапию.

Сравнительное изучение показало, что в первой группе больных послеоперационные осложнения (аррозивные кровотечения - 2, сепсис – 1) наблюдались у 3 больных, летальных исходов не было. Во второй группе аррозивные кровотечения наблюдались у 4 больных, сепсис – у 3, летальный исход у 1 больного.

Заключение: Исследование показывает преимущество применения малоинвазивных операций в комплексном лечении больных с осложненными формами панкреатита, а также перспективность и целесообразность дальнейшего изучения этой проблемы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А,

Бабажанов М.Б., Бабажанов К.Б.
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными и рецидивными грыжами живота.

Материалы и методы. Нами было изучено результаты хирургического лечения 103 больных с различными послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Основной контингент больных составили женщины – 78 (75,7%), мужчин – 25 (24,2%) в возрасте от 23 до 78 лет. Среди них с рецидивными паховыми грыжами 23 (22,3%) больных, с послеоперационными 42 (40,7%) и рецидивными грыжами белой линии живота и подвздошной области были у 38 (36,8%). Грыжи больших и гигантских размеров были у 68 больных. Ожирением III-IV степени страдали 28 больных, сахарным диабетом 7. Все изученные нами больные распределились на 2 группы. 68 больным (контрольная группа) пластика брюшной стенки произведена местными тканями, а у 35 пациентов (основная группа) пластика произведена полипропиленовой сеткой ЭСФИЛ (стандартный).

При оперативном лечении в качестве имплантата было использовано стандартные эндопротезы из полипропиленовой сетки ЭСФИЛ (Линтекс). Имплантат располагали над ушитым апоневрозом (onlain) или на поверхность брюшины (introabdominalis) на месте дефекта апоневроза, у 5 больных фиксировали к её краям непрерывными полипропиленовыми швами и дополнительно по площади имплантата. Рану дренировали полихлорвиниловыми дренажами с активной аспирацией.

Результаты. У пациентов первой группы где оперативное вмешательство производилось традиционным способом послеоперационные осложнения возникли у 11 (16,1%) больных: серома подкожной клетчатки – у 6 (8,8%), инфильтрат краев раны – у 5 (7,3%). В отдаленном периоде рецидив грыжи наблюдался у 7 (10,2%) пациентов.

Во второй (основная группа) у которых пластика произведена полипропиленовой сеткой в ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноений, инфильтрата краев раны не было. Серома наблюдалась у 5 больных. В отдаленном периоде в течение 5 лет рецидив грыжи не возникло.

Заключение. Таким образом сравнительный анализ результатов применения эндопротезов в хирургическом лечении больных с послеоперационными и рецидивными грыжами показал ее высокую эффективность-общее число осложнений снижено в 3 раза. Таких осложнений, как рецидивы, нагноение раны, инфильтрат и летальность удалось вовсе избежать.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ
Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Дусияров М.М.

Самаркандского медицинского института

Актуальность. В настоящее время эхинококкоз печени и легких является одним из частых заболеваний человека и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, особенно в эпидемиологически неблагополучных регионах.. Одним из важных проблем является высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Летальность при эхинококкозе достигает 2,5-7%.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом легких.

Материалы и методы. Приводим анализ результатов диагностики и хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 – с осложненным эхинококкозом легких). В целях диагностики было произведено инструментальное исследование: 46 больным – рентгеноскопия, 49 больным – КТ и 37 больным МРТ. Из них 118 (90,28%) произведены миниинвазивные оперативные вмешательства. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомия чисто торакаскопически через троакарные проколы. В 2 (12,5%) случаях интраоперационные технические трудности потребовали перехода на миниторакотомию.

В 61 случаях выполнена видеоторакаскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. 11 (12,79%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа.

Результаты: У всех больных применена переднебоковая торакотомия. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные доступы одномоментно.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика заболевания позволила улучшить результаты хирургических вмешательств. Проведение эхинококкэктомии из легких через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и применение эндовизуальной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений с 35,71% до 4% и сроки лечения с 14,2 до 6,4 дней.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ
ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**
Мустафакулов И.Б., Камолов Т.К., Сайдуллаев З.Я.
Самаркандский медицинский институт

Цель исследования: улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки. **Материалы и методы.** Основу настоящего исследования составили наблюдения за 26 больными с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2008 по 2016 годы. В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступило 21 (80,7%) пациентов, позже 24 часов были госпитализированы 2 (11,1%) пострадавших. Изолированной травма оказалась в 6 (23,0%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 77,0%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы – 6 (23,3%), печени – 7 (26,9%), желчного пузыря – 4 (15,4%), тонкого кишечника – 2 (7,7%) и желудка – 1 (3,8%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 19 (73,0%) случаях, ниже-горизонтальной части – в 5 (19,2%) случаях, выше-горизонтальной части ДПК – в 2 (7,7%) наблюдениях. В состоянии шока поступили 11 (42,5%) пациентов.

Результаты. При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 6 пациентов ограничили наложением первичного шва. В 8 наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессивный зонд. При повреждениях более половины окружности ДПК, у 2 больных, первичный шов дополнялся простой дивертикуллизацией ДПК, в 4 случаях дивертикуллизация ДПК произведена по Доновану-Хагену. При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки – 2 наблюдений. В последних 6 наблюдениях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем трансназально устанавливали декомпрессивный зонд.

Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 16 (61,5%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 12 (46,2%) больных, несостоятельность дуоденальных швов – у 4 (15,4%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища. Летальный исход среди пострадавших с травмой и ранениями ДПК наступил у 7 пациентов, при этом летальность составила 26,9%.

Выводы. Выбор метода оперативного вмешательства производится

индивидуально интраоперационно для каждого больного. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Джураева З.А., Мустафакулов И.Б., Шеркулов К.У.
Самаркандский медицинский институт**

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы.

Материал и методы. В проктохирургическом отделении клиники №1 СамМИ г. Самарканда за период с 2009 по 2016гг. прооперировано 23 пациента, страдающих гнойно-воспалительными осложнениями синдрома диабетической стопы с использованием бетадина. Производилась термическая коагуляция мягких тканей при проведении малых хирургических операций. Показаниями к применению лазерного аппарата являлись: - поверхностные и глубокие трофические язвы на стопе с наличием некротических тканей; - гнойно-некротические раны на стопе после этапных хирургических вмешательств; - остеомиелит костей стопы с участками некроза мягких тканей и наружными свищами; - гангрена пальцев стопы или участка стопы.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 65 года. Мужчин было 12, женщин - 11. У 86,9% пациентов использование бетадина в комплексном лечении гнойно-воспалительных осложнений синдрома диабетической стопы приводило к отчетливому уменьшению воспалительных изменений в области гнойных ран, способствовало их очищению в первой фазе и более интенсивной регенерации тканей во второй фазе раневого процесса. При обработке раневой поверхности лазерным потоком отмечено уменьшение бактериальной обсемененности раны, более быстрое ее очищение, сокращение сроков эпителизации, отсутствие болевых ощущений. У всех пациентов в динамике были исследованы биохимические показатели крови, а также определен профиль глюкозы крови. Применение лазерного аппарата не отразилось на вышеперечисленных показателях, также не отмечалось побочных и аллергических явлений.

У 13,1% пациентов использование бетадина после обработки гнойно-некротических ран и язв при синдроме диабетической стопы не привело к стойкому отторжению некроза в ранах, что было связано с прогрессированием микро- и макроангиопатии, ухудшением общего состояния пациентов.

Выводы. Результаты клинического применения бетадина в комплексном лечении гнойно-воспалительных осложнений синдрома диабетической стопы позволяют рекомендовать его для широкого использования в качестве средства местного воздействия на раны и язвы данной группы пациентов.

К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА.

Нуржанов Б.Б. Аллаберганов Д.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В отделении детской ортопедии Хорезмской областной больницы ортопедии и последствий травм, в период с 2000 по 2016 гг лечились оперативным способом по поводу врожденного вывиха надколенника 24 ребенка в возрасте от 6 до 14 лет.

По степени тяжести патологии больных распределялись следующим образом: с легкой степенью было 8 больных, со средней степенью вывиха было 10 больных, а с тяжелой степенью было 6 больных.

Лечение больных с данной патологией консервативными способами (массаж, ЛФК, ношение наколенника) дает лишь временный эффект (М.В. Волков, 1968, 1989).

Радикальные методы лечения данной патологии является оперативным. По литературным данным для получения хороших результатов оперативного лечения оптимальным является 5-6 летний возраст. Предложено более 130 различных способов (А.Ф. Краснов, К.А. Иванова, 1983).

Нами у 5 больных с легкой степенью и у 4 больных со средней степенью, а также у 2 больных с тяжелой степенью двухстороннего врожденного вывиха надколенника была применена операция Крогиуса. В остальных случаях проводились операции Фридланда, Ру-Фридланда-Волкова и миотенопластическая фиксация надколенника по А.Ф. Краснову.

После операционное лечение больных состояло в иммобилизации ноги в глубокой гипсовой лангете на срок от 2 до 4 недель в зависимости от способы операции.

После снятия гипсовой лангеты с целью устранения атрофии четырехглавой мышцы и предупреждения контрактуры в суставе применяли массаж, парафиновые аппликации, электрофорез, калий йодид с чередованием новокаина, ЛФК.

Ближайшие результаты лечения у всех больных отмечены как хорошие. Отдаленные результаты лечения изучены у 20 больных. Из них у 18 результаты лечения были хорошими. У 2 больных результаты лечения были оценены как плохими. У них наблюдался рецидив вывиха. У обоих больных у которых наблюдался рецидивов были с тяжелой степени вывиха и была применена операция Крогиуса.

Таким образом наше наблюдение подтверждает, что к оперативному лечению врожденного вывиха надколенника целесообразно подходить дифференцированно, т.е. учитывая степень тяжести патологии и возраст больных.

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ УСУЛДА АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.

Нуржанов Б.Б., Рўзметов У.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Чаноқ –сон буғими дисплазияси болаларда учрайдиган харакат-таянч аъзоларини туғма касалликлари ичида энг кўп учрайдиган патологияси хисобланади.

Ўз вақтида, эрта аниқлаб тўғри ёрдам курсатиш, чаноқ-сон буғимида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни олдини олади. Чаноқ-сон буғими патологиялари билан оғриган беморларни 93 % га яқини амбулатория шароитида даволаниши мумкин бўлган беморлардир (О.П.Зайдель, В.М.Парфёмов, Е.В.Козюков, А.И.Затекин, 1986й).

2010-2016 йил давомида бизнинг кузатувимизда 180 та беморлар турдилар.

Беморларнинг 152 тасини киз, 28 тасини ўғил болалар ташкил қилдилар. Булар чаноқ-сон буғими дисплазиясини 1-даражаси (чиқишдан олдинги давр-прелюксация) -55 та, 2- даражаси (ярим чиқиш-сублюксация)-80 та, 3-даражаси (чиқиш-люксация) -30 та ва 15 таси чиқишнинг 4-даражаси билан оғриган, 1 ойликдан 2 ёшгача бўлган беморлар эдилар.

Беморларнинг хаммасига амбулатория шароитида функционал усулда даволаш утказилди. Дисплазиянинг 1- даражаси кузатилган беморларга кенг йўргаклаш, ЦИТО шинаси, Павлик узангиси қулланилди.

Дисплазиянинг 2-даражасида ЦИТО шинаси, Павлик узангиси, гипсли Давид шинаси, Виленский шинаси ва Тер-Егиазаров-Шептун функционал гипсли боғламаси қулланилди. Дисплазиянинг 3-4 даражаларида курсатмасига қараб Павлик узангиси ва Тер-Егиазаров-Шептун функционал гипсли боғламасида даволаш утказилди. Шуни такидлаш керакки, дисплазиянинг 3-4 даражаси аниқланган беморларда амбулатория шароитида даволаш, мушаклар контрактураси кам бўлган холларда қулланилади.

Беморларнинг хаммасига даволашдан олдин, даволаш жараёнида ва кейинги даврда массаж, даволаш гимнастикаси, парафин аппликациялари ва курсатмасига қараб ионофорезлар тавсия қилинди. Даволаш муддати 3 ойдан – 1 йилгача бўлган вақтни ташкил қилди.

Дисплазиянинг 1- даражаси кузатилган беморларнинг хаммасида аъло ва яхши анатомио-функционал натижа кайд қилинди. 2-3 даражаси билан

оғриган беморларда аъло ва яхши натижалар Тер-Егиазаров-Шептун функционал гипсли боғламаси қўлланилган беморларда кузатилди.

Дисплазиянинг 4-даражаси билан оғриган беморларнинг 10 тасида функционал яхши натижа қайд қилинган бўлсада анатомик натижа кониқарли бўлди. Буларнинг 5 тасини стационар шароитида функционал усулда даволашга тўғри келди.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК

Нуржанов Б.Б., Рузметов У.А.

Ургенчской филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Лечение повреждений области голеностопного сустава с разрывом межберцового синдесмоза представляет собой один из актуальных вопросов современной травматологии. Переломы лодыжек встречаются очень часто и составляют 13-20% от повреждений костей голени. Переломы лодыжек относятся к одним из наиболее распространенных повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют до 20% всех переломов костей конечностей и до 60% переломов костей голени. Среди внутрисуставных переломов переломы в области голеностопного сустава занимают первое место и составляют 40%.

Цель работы:восстановить комплекс межберцового синдесмоза, точная реконструкция суставных поверхностей и сократит сроков нетрудоспособности у больных с тяжелыми переломами лодыжек.

Материалы и методы: За период с 2013 по 2016 годы в отделениетравматологии областной больницы ортопедии и последствий травм г. Ургенча находились на лечение 56 больных с переломами лодыжек, которым проведено хирургическое лечение. Эти повреждения встречаются у лиц трудоспособного возраста с 20 до 36 лет (64,3%), чаще правой нижней конечности – 39(70%), частота переломов лодыжек у мужчин - 36(64,3%), у женщин – 20 (35,7%).

Диагностику повреждений голеностопного сустава проводили по классическим методикам – рентгенография в трёх проекциях.

Результаты. Остеосинтез лодыжек выполняли применением турникета. При переломах наружной лодыжки, оскольчатых переломах типа В проводили остеосинтез реконструктивной пластиной, метод фиксации межберцового синдесмоза выбирали во время операции в зависимости от его нестабильности при разрыве межберцовых связок завершали швом связкой (проволочный шов). При переломах медиальной лодыжки (тип С) остеосинтез завершали введением одного-двух спонгиозны винтом.

В послеоперационном периоде выполняли иммобилизацию голени и стопы задней гипсовой лонгетойна10-14 дней, лечебную физкультуру проводили с 8-10 го дня после операции. Движения в голеностопном суставе восстанавливались в течении 6-8 недель после операции.

Выводы: дифференцированный подход к выбору метода стабильно функционального остеосинтеза при различных типах переломов лодыжек позволяет оптимизировать процесс лечения и реабилитации больных с учетом характера переломов лодыжек и обеспечивает положительный результат лечения.

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 2000 по 2016 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 Фридленда, 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.

СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИ ТАРҚАЛИШИНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ.

**Рахимов А.П., Аvezов М.И., Алланазаров А.Х.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Муаммонинг долзарблиги: XIV асрда Фолиньо ва XV асрда Бенивини хам ўт қопида тош борлигини айтишган. Абу Али Ибн Сино X асрда “Тиб қонунлари” да овқат хазм бўлишида сафрони ўрни ҳақида батафсил ёзган.

П.С. Ветшев ва хаммуаллифлар фикрича холецистит ҳар ўн йилда икки баробар кўпаяди. Агар холециститлар шу тарзда кўпайиб борса 21 асрда гастроэнтерологияда биринчи ўринга эгаллайди. (У.А.Арипов.2004)

Ишнинг мақсади: сурункали холецистит касаллиги билан даволанган беморларни архив материаллари асосида тарқалишини ўрганиш.

Текшириш материаллари: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази Торакал жаррохлик бўлимида 5 йил мобайнида сурункали холецистит ташхиси билан ётиб даволанган барча беморларни текширув материали сифатида архив маълумотлари олинди.

Бўлимда 2012-2016 йиллар мобайнида умумий 5175та бемор даволанган бўлиб шулардан сурункали холецистит касаллиги билан касалланганлар 985 беморни ташкил қилади. Барча муурожаат қилган беморларнинг энг кўп улуши Боғот ва Хазорасп, энг пасти Хонқа туманига тўғри келади. Даволанган беморларни йилларга тақсимлаб ўрганилганда 2012-168, 2013-190 2014 йилда-209, 2015 йилда 185, 2016 йилда 230та бемор сонига тенг.

Шунингдек сурункали холецистит ташхиси билан ётқизилган 985 беморнинг 968 таси жаррохлик йўли билан даволанган бўлиб, шулардан 950 бемор лапароскопик усулда ва 18 бемор очиқ анъанавий усулда даволанган.

Сурункали холециститбилан даволанган беморлар яшаш шароитидан келиб чиққан ҳолда таққосланганда, шаҳар аҳолиси 315 та бемор (32%), қишлоқ аҳолиси 670 та бемор (68%) эканлиги аниқланди. Беморларнинг жинсга нисбатан тарқалиши ўрганилганда эркаклар 434 та бемор (44%), аёллар 551 та бемор (56%) ташкил этди.

Хулоса Сурункали холециститкасалигининг асосан қишлоқ аҳолисида шунингдек охириги йилда касалланиш суръати ошиши

кузатилди. Бундай ҳолатни қишлоқ аҳолиси касалликнинг бошланғич даврларида шифокорга мурожаат қилмаслиги, шифокор тавсиясига риоя этмаслиги билан изоҳланади.

Тавсия ўрнида айтиш мумкинки, халқимизнинг тиббий маданияти ошиши ва ҳар 6 ойдан тор мутахассислар кўригидан ўтиб туриши орқали нафақат сурункали холециститни олдини олишда балки унинг бошқа аъзоларга асоратланишининг олдини олган бўламиз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Рахматова Л.Т., Шербек У.А., Байсариев Ш.У.

Самаркандский медицинский институт

Введение. Грыжи передней брюшной стенки остаются одной из самых распространённых хирургических патологий. Вентральные грыжи встречаются у 3-7 % населения, что составляет 50 на 10000 человек. Вопросы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки на современном этапе имеют большое практическое и экономическое значение. В структуре хирургических заболеваний грыжи занимают третье место. Послеоперационные вентральные грыжи довольно часто являются причиной инвалидности. Являясь, по существу, следствием хирургических операций, а нередко и дефектов хирургической тактики, послеоперационные вентральные грыжи составляют 6 - 10 % всех осложнений.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения рецидивных послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) с применением синтетических эндопротезов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное неконтролируемое исследование результатов лечения 24 больных (22 женщины и 2 мужчин), оперированных в Хирургическом отделении 1 - клиники ГУ «Каменская ЦРБ» по поводу рецидивных ПОВГ в период с 1.01.04 г. по 31.01.13 г. Средний возраст пациентов - $62,5 \pm 2,8$ года. Распределение больных согласно классификации Chevrel - Rath (1999 г.). Ранее выполненные операции по поводу ПОВГ: пластика местными тканями - 22 больных; у 1 больной (R2): пластика местными тканями - 1, герниопластика сетчатым эндопротезом - 1 операция; у 1 пациентки (R4): пластика местными тканями - 2 операции; герниопластика сетчатым эндопротезом - 1 операция.

Результаты и обсуждение. Межмышечное расположение эндопротеза - у 8 из 24 больных (размещение sublay - 5; inlay - 3 больных); в предбрюшинном пространстве - у 6 (sublay - у 4; inlay - у 2 больных); интра абдоминальное расположение - у 10 больных (sublay - у 5; inlay - у 5 больных). Специфических раневых осложнений мы не наблюдали. Дренирование послеоперационных ран не проводили. Продолжительность послеоперационного периода - $8,5 \pm 1,9$ дня. Сроки наблюдения - от 4

месяцев до 9 лет. Рецидивы ПОВГ - у 2 (8,3 %) пациентов. Причина рецидивов - отрыв края эндопротеза от места его фиксации. Выполнены повторные операции. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная. Причина смерти острый инфаркт миокарда.

Выводы. 1. Развитие анатомо-морфологических изменений в области грыжевых ворот делают межмышечное и интраабдоминальное расположение эндопротеза при рецидивных ПОВГ наиболее целесообразным и технически выполнимым. 2. Протезирующая герниопластика с применением сетчатых эндопротезов остается надежным методом в лечении рецидивных ПОВГ и сопровождается достаточно низкой (8,3 %) частотой повторных рецидивов в поздние и отдаленные сроки.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГАСТРОШИЗИСНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Рўзматов И.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Гастрошизис - қорин олд деворининг оғир туғма ривожланиш нуқсонидир. Ҳозирги вақтгача ҳам ушбу патологияли болаларни даволаш қийин муаммолардан бири ҳисобланади. Гастрошизисда ўлим кўрсаткичи жуда юқори бўлиб, баъзи манбаларга кўра 80% гачани ташкил қилади.

Мақсад. Гастрошизис билан туғилган чақалоқларни жарроҳлик даволаш усуллари самарадорлигини ошириш.

Материал ва усуллар

2006-2016 йилларда бизнинг кузатувимиз остида 92 нафар чақалоқ гастрошизис билан текширув ва даволанишда бўлди. Шулардан ўғил болалар - 51 (55,4%) та, қиз болалар - 41 (44,6%) тани ташкил этди. Вақтида туғилган болалар - 47 та (51%), чала туғилган болалар - 45 (49%) та. Туғилгандан 1-суткагача (0-24 соат) келганлар 78 (84,7%) бемор, 24-48 соат ичида келганлар - 12 (13,1%) ва 48-72 соат ичида келганлар - 2 (2,2%) болани ташкил қилди. Антенатал даврда УТТ ва доплерография ёрдамида гастрошизис 51 (55,4%) та чақалоқда аниқланган. 6 (6,5%) ҳолатда туғруқ кесарча кесиш йўли билан амалга оширилди.

Барча беморларга умумклиник текшириш усулларида ташқари, қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва киндик халқаси нуқсонининг УТТ, эхокардиография, шунингдек нейросонография ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама

Беморларнинг 70 (76%) тасида гастрошизис ягона ривожланиш нуқсони тарзида аниқланди. Асосий нуқсон билан бирга қўшилиб келган кўп сонли нуқсонлар 22 (24%) чақалоқда аниқланди. Йўлдош нуқсонлар орасида асосан ошқозон ичак тракти нуқсонлари - 13 болада (59%), юрак-қон томир тизими нуқсонлари 5 (22,7%) беморда, бошқа аъзолар ва тизим нуқсонлари 4 (18,3%) болада аниқланди. Беморларимизнинг 60 (65,2%)

тасида гастрошизиснинг тотал шакли, 27 (29,3%) тасида субтотал ва 5 (5,5%) тасида локал шакли аниқланди.

Гастрошизис билан 31 (33,7%) та беморлар нотўғри транспортировка қилиш (йўлда совуқ қотиш, оғриқ шоки, ошқозонда зонд бўлмаганлиги сабабли қусиш аспирацияси, қорин бўшлиғидан чиққан ичакларни совуқ докали қоплама билан ёпилиши) туфайли ўта оғир ахволда олиб келинган, бу эса чақалоқнинг аҳолини оғирлаштирган, операциядан кейинги даврнинг кечишига салбий таъсир қилди ва узок муддатли операциядан олдинги тайёргарликни талаб қилди.

Жарроҳлик муолажаси 84 (91,3%) та беморга ўтказилди. 8 (8,7%) нафар беморнинг аҳоли бизга етиб келгунча ўта оғирлашганлиги сабабли операциягача яшамай вафот этди. Тотал, субтотал ва локал шакли бўлган 67 (79,7%) чақалоққа радикал жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Бунда улардан 4 тасига (6%) бир вақтда ичак атрезияси бўлганлиги учун илеостома қўйилди. 17 (20,2%) нафар гастрошизис бор чақалоқларга босқичли жарроҳлик коррекцияси ўтказилди. Улардан 2 (11,8%) беморга нуқсон четига Шустер халтаси 8-10 суткага тикилиб, висцеро-абдоминал диспропорцияниликвидация қилиш мақсадида, ҳар кун унинг ҳажми кичрайтирилиб борилди. 15 (88,2%) беморга вентрал чурра ҳосил қилинди.

Операциядан кейинги даврда 52 (61,9%) бола вафот этди. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи гастрошизис аниқланиш муддатига боғлиқлигини таҳлил қилдик. 52 та бемордан 16 (30,8%) тасида гастрошизис антенатал аниқланган бўлиб, туғруқ перинатал марказ шароитида олиб борилган. Бу болаларни узокдан транспортировка қилиш талаб этилмаган, лекин қўшимча оғир туғма нуқсонлар ўлимга сабаб бўлди. 36 (69,2%) болада эса ўлим бошқа туғруқ мажмуаларидан узок муддатли транспортировка қилингани (31) ва қўшимча оғир нуқсон (5) билан кечгани сабабли содир бўлган.

Шундай қилиб, операциядан кейинги ўлимнинг кўп учраш сабаблари бу - бизгача етиб келгунча аспирацион бронхопневмония, склерема ва йўлда совуқ қотиш, ҳамда оғриқ шоки натижасида юзага келган олигоанурия, шунингдек сепсис ва некротик энтероколит, юрак-қон томир ва нафас етишмовчилиги бўлди. Юқорида келтирилганлардан ташқари 18 чақалоқда ўлимнинг бевосита сабаби 2 ва ундан ортиқ тизимдаги кўп сонли нуқсонлар бўлди. Бу эса яқин операциядан кейинги даврда боланинг эрта ўлимига олиб келди.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КИНДИК ТИЗИМЧАСИ ЧУРРАСИДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Рўзматов И.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: чақалоқларда киндик тизимчаси чуррасида даволашни қулай усулини танлаш.

Материал ва усул: киндик тизимча чурраси билан 98 нафар бемор бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Беморларнинг 24 (24,4%) тасида киндик тизимчасининг катта чурраси, 37 (37,8%) тасида ўрта ўлчами ва киндик тизимчасининг кичик чурраси 37 (37,8%) чақалоқда аниқланди. 10 (10,2%) чақалоқда киндик тизимчаси чуррасининг асоратланган шакллари аниқланди, улардан 6 (60%) та чақалоқда чурра пардасининг ёрилиши, 4 (40%) чақалоқда ичак тутилиши клиникаси кузатилди. Киндик тизимчаси чуррасининг асоратланмаган шакли 88 (89,8%) чақалоқда кузатилди. 3 (3%) та ҳолатда чурра пардаси ва унинг таркибининг, бола туғилгандан кейин киндикни пастдан боғланиши натижасида, ятроген шикастланиши аниқланди. Асосий нуқсон билан бирга келган кўп сонли аномалиялар 41 (41,8%) чақалоқда аниқланди, 57 (58,2%) чақалоқда эса киндик тизимчаси чурраси ягона ривожланиш нуқсони эди. Шунини таъкидлаш керакки, йўлдош нуқсонлар киндик тизимчаси чурраси катта ўлчамлари билан бирга келганлиги кўп аниқланди, яъни киндик тизимчасининг катта ўлчамли чурраси бўлган 24 та боланинг 23 (95,8%) тасида кўп сонли нуқсонларнинг бирга келганлиги кузатилди. Жарроҳлик муолажаси 86 (87,7%) беморда ўтказилди. Операция турини танлаш, авваламбор, чурра ўлчамига ва йўлдош нуқсонларнинг оғирлигига, шунингдек висцеро-абдоминал диспропорциянинг яққоллигига боғлиқ бўлди. Кичик ва ўрта ўлчамдаги киндик тизимчаси чурраларига (74 (86%) бемор) радикал оператив муолажа ўтказилди. Бунда 9 (10,5%) беморга қорин олд девори пластикаси билан бирга Меккел дивертикули резекцияси ва 4 (4,6%) беморга бир вақтни ўзида ичак мальротацияси бартараф қилинди. Чурра таркибининг ятроген шикастланиши бўлган битта чақалоққа учма-уч анастомоз қўйиш билан ингичка ичак резекцияси ўтказилди, бошқа ҳолатда эса ичак некрози ва перитонит бўлгани учун қорин олд девори пластикаси билан бирга контрапертура оркали илиостома қўйилди. 3 (3,5%) ҳолатда катта эмбрионал чурраси бўлган чақалоқларга нуқсон четига Шустер халтаси 8-10 суткага тикилиб, висцеро-абдоминал диспропорцияни мунтазам ликвидация қилиб бориш мақсадида, ҳар кун унинг ҳажми кичрайтирилиши билан олиб бориладиган босқичли жарроҳлик коррекцияси ўтказилди, консерватив даволаш катта эмбрионал чурраси ва кўплаб нуқсонлари бор 12 (12,2%) та беморга ўтказилди.

Ҳаммаси бўлиб 32 (32,6%) нафар чақалоқ вафот этди. Улардан 26 (81,3%) та чақалоқ эрта операциядан кейинги даврда вафот этди ва 6 (18,7%) тасида катта эмбрионал чурраси бўлган, консерватив даволанган болалар эди. Вафот қилганларнинг 21 (66%) нафарида 2 ва ундан ортиқ тизимларида кўплаб нуқсонлари бор эди, бу эса операциядан кейинги эрта даврда боланинг ҳалокатига олиб келди. Чурра ўлчами ва йўлдош

нуқсонлар орасида боғлиқлик аниқланди. Яъни, чурра ҳажми қанчалик катта бўлса, йўлдош нуқсонларнинг учраш ҳолати шунча юқори бўлди.

Шундай қилиб кичик ва ўрта ҳажмда бўлган эмбрионал чуррада қорин олди деворининг радикал пластика усули кўпроқ амалда қилинади, катта ҳажмда бўлган эмбрионал чуррада эса этапли коррекция Шустер қопчаси қўлланилади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Муртазаев З.И., Шербек У.А., Бойсариев Ш.У.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. Эмпиема плевры является частым и опасным осложнением воспалительных заболеваний легких, травм груди и оперативных вмешательств на органах грудной полости.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения эмпиемы плевры с применением эндохирurgical технологий.

Материал и метод. Предлагаем анализ результатов лечения 62 больных с эмпиемой плевры в возрасте от 18 до 64 лет, мужчин – 51 (82,2%) женщин – 11 (17,8%), средний возраст составил 42,8 лет. Наибольшее количество заболевших неспецифической эмпиемой плевры среди мужчин приходилось на возрастную группу от 41 до 60 лет, у женщин – от 31 до 50. Таким образом, подавляющее число больных было представлено лицами наиболее трудоспособного возраста. Преобладали больные с острой эмпиемой плевры (48 (77,4%) пациентов), с хронической эмпиемой плевры было 14 (22,6%) больных. У 35 (56,4%) пациентов гнойно-воспалительный процесс локализовался справа, у 27 (43,6%) – слева. Длительность эмпиемы плевры до 1 месяца была у 24 (38,7%) пациентов, до 2-х месяцев – у 23 (37,1%) пациентов и более 2-х месяцев – у 15 (24,2%) пациентов, в среднем составила 28,6 + 14,3 суток. Большинство больных ранее лечились в других медицинских учреждениях. До поступления в стационар 49 (79,0%) пациентам проводились пункции плевральной полости, 32 (51,6%) пациентам были установлены дренажи.

Результаты исследования. В зависимости от распространенности процесса ограниченная эмпиема плевры имела место у 24 (38,7%) пациентов, распространенная и тотальная – у 26 (41,9%) и у 12 (19,4%) пациентов, соответственно. У 22 (35,5%) пациентов состояние расценивалось как удовлетворительное, у 25 (40,1%) – средней степени тяжести, у 15 (24,6%) – тяжелое. С увеличением длительности процесса и увеличивался объем операции. У наших пациентов в 18 случаях ограничились активным дренированием. В 14 случаях произведена видеоторакоскопическая санация плевральной полости с частичной декортикацией легких. У 15 больных миниторакотомным доступом

произведена декорткация и частичная плеврэктомия, и у 14 больных через широкий торакотомный разрез выполнена декорткация легкого с плеврэктомией.

Выводы. При выборе лечебной тактики у больных эмпиемой плевры необходимо учитывать степень ригидности и негерметичности легкого. Оптимальной методикой санации плевральной полости у больных закрытой эмпиемой плевры является видеоторакоскопическая санация. Распространенной и тотальной эмпиемой плевры с резко или полностью нарушенной способностью легкого к расправлению показано выполнение традиционных оперативных вмешательств.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНАХ ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.

Сайдуллаев З.Я., Байсариев Ш.У., Шеркулов К.У.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность: Незаживающие раны являются осложнением раневого процесса после операций на анальном канале и промежности. Лечение хронических ран остается актуальной проблемой в медицине. Послеоперационные раны, существующие более 40 дней, по нашим данным, можно расценивать как хронические. В ранах промежности встречаются ассоциации условно-патогенных бактерий и возбудителей, вызывающих инфекции, передающиеся половым путем.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с длительно незаживающими ранами промежности и анального канала и разработка комплекса коррегирующей терапии в зависимости от найденного возбудителя инфекции, передающиеся половым путем.

Материалы и методы: с 2010 по январь 2016 проводится исследование, в которое включено 156 человек, оперированных по поводу хронических анальных трещин, свищей прямой кишки и геморроя. Основная группа - 77 пациентов с незаживающими ранами (со дня операции прошло от 30 до 125 дней, в среднем, $77,5 \pm 38,8$). Контрольная группа - 79 больных, у которых отклонений в течении раневого процесса не было, раны зажили в среднем, на $39,5 \pm 19,7$ день ($p < 0,01$).

Всем пациентам, наблюдавшимся по поводу длительно незаживающих ран, была назначена соответствующая терапия в зависимости от выделенного возбудителя инфекции, передающиеся половым путем. В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечено выздоровление, в среднем, через $10,0 \pm 9,7$ дней.

Выводы. Таким образом, патогенные микроорганизмы, передающиеся половым путем (*Chlamidiya trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*, *Trichomonas vaginalis*) в ассоциациях с условно-патогенными, особенно клинически значимыми микроорганизмами, поддерживают

хронический воспалительный процесс, в результате которого формируются длительно незаживающие раны.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сапаев Д.Ш., Йўлдашов Б.У.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Раннее прогнозирование течения острого панкреатита – чрезвычайно важная задача практической хирургии. Методов, позволяющих своевременно предсказать неблагоприятный сценарий развития заболевания, немного. Большинство многопараметрических балльных систем (Ranson, APACHEII, Imrie) являются предикторами тяжести и исхода панкреатита одновременно, что, на наш взгляд значительно их обесценивает. Целью настоящего исследования явилось выявление и сравнение между собой ранних предикторов тяжести и исхода острого панкреатита.

Материал и методы.

За 9-летний период (с 2000 по 2009г.г.) проведен ретроспективный анализ историй болезни 89 пациентов с острым панкреатитом. У 71 был выявлен тяжелый вариант заболевания (критерии <<Атланта 1992>>), у 17 легкий (подтвержденный КТ с контрастированием). Для идентификации предикторов тяжелого течения острого панкреатита и его неблагоприятного исхода была проведена оценка 237 клинических исследований.

Результаты. Универсальный анализ показал: 5 параметров оказались ценными в прогнозировании тяжести панкреатита: $APACHEII \geq 8$, С-реактивный белок ≥ 120 мг/л, сывороточная амилаза < 250 ед/л, прокальцитонин $\geq 0,5$ нг/мл, плеврит на обзорной рентгенограмме грудной клетки. Предикторами неблагоприятного исхода заболевания оказались следующие 5, объединенные в 3 группы: 1. Ранние панкреатит-специфичные органные нарушения (дыхательная дисфункция, $PO_2/FiO_2 < 250$; почечная, креатин сыворотки > 150 мкмоль/л; сердечно-сосудистая, модифицированная частота сердечных сокращений ≥ 10), 2. распространенный (50%) некроз поджелудочной железы по данным КТ, 3. Инфицирование очагов деструкции. Ни один из показателей годных для прогнозирования тяжелого панкреатита не оказался значимым в предсказании исхода заболевания. Предиктивная значимость 5 параметров в выявлении панкреатита с потенциально неблагоприятным исходом оказалась высока – 88,3%.

Выводы. Предикторы тяжести и исхода острого панкреатита различны. Раннее предсказание заболевания с потенциально неблагоприятным исходом – задача более важная, нежели чем прогнозирование тяжести. Таким образом, рациональная модель

диагностики острого панкреатита должна быть нацелена на разделение 2-х, имеющих разное значение задач: прогнозирование тяжести заболевания и прогнозирование его исхода.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАБЗИЯТ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ

Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болаларда сурункали қабзият ва ундан кейинги кузатиладиган асоратлар долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Кузатувлар шуни кўрсатадики, аксарият ҳолатларда ота-оналарнинг этиборсизлиги ва ўз вақтида шифокорларга мурожат қилмаганлиги муаммога сабаб бўлмоқда. Адабиётлардаги ва клиник кузатувлардаги маълумотларга асосан сурункали қабзиятдан кейин ахлат тута олмаслик ва уни давом этишидан долихосигма каби асоратлар ривожланиб хатто оператив муолажаларни ўтказишни тақазо қилияпти. Сурункали қабзиятни сабаблари бир қанча бўлиб, шулардан оддий алиментар, психоэмоционал факторлар, тўғри ичак ва анал каналидаги туғма нуқсонлар, ичак инфекцияларидан кейин, эндокрин касалликлар мисол бўла олади. Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази клиник базасида 2013-2016 йилларда сурункали қабзият билан оғриган 38 нафар бемор текширилиб даволанди. Бу беморларни ёши 1 ёшдан -14 ёшгача. Шулардан ўғил болалар 56% (20), қиз болалар 44% (18). Сурункали қабзиятни ахлат тугилишига кўра 3 та босқичга ажратилди. 1) 2-3 кунда бир маҳал ич келиши 20% (7). 2) 3-5 кунда бир маҳал ич келиши 60% (21). 3) 10 кун ва ундан кўп ич тугилиши 20% (7). Беморларни анамнези, клиник кўриниши, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, УТТ, ирригография, колоноскопия, ректоромоноскопия, умумий қон, сийдик, ахлат тахлиллари текширилди. Бунда сурункали қабзиятни сабаблари клиникамизда ётиб даволанган беморлар орасида қуйидагича учради. 1) Алиментар факторлар 55 % (19). 2) Ёшлигида ичак инфекцияларини ўтказганлар 20% (7). 3) Тўғри ичак ва анал каналидаги нуқсонли ривожланишлар 20% (7). 4) Психоемоционал факторлар 5% (2). Сурункали қабзиятни клиник кечишига кўра учраши: компенсация босқичидаги беморлар 45 % (16). Субкомпенсация босқичидагилар 40% (14) декомпенсация босқичидагилар 15% (5) ни ташкил қилди. Қуйидагича асоратлари кузатилди. Ахлат тута олмаслик 15% (5), Долихосигма 5% (2). Ичаклар тонусига кўра учраши: гипертоник 10 % (4), гипотоник 15 % (5) ни ташкил қилди. Даволаш касалликни этиологияси, клиник кечиши, ичаклар тонусига этибор қилган ҳолда қуйидаги тактик усуллардан фойдаланилди.

Этиологияси қандайлигидан қатъий назар беморларга узоқ вақт консерватив муолажалар, асосан диетотерапия клечаткага бой овқат, физиотерапия, ичакни қитиқловчи ҳўқналар қилинди.

Хулоса: беморларнинг 55%да ич қотишни сабаби алиментар фактор натижасида келиб чиққан, бу ота – оналарни боласини нотўғри овқатлантириши, кўпинча куруқ ширинликлар кўп истеъмол қилиши, меваларни, сувни,клетчаткага бой овқатларни кам истеъмол қилишдан келиб чиққан бўлиб, эътиборсизлик оқибатида беморларда кузатиладиган рухий тушкунлик ва салбий оқибатларга олиб келадиган ҳолатлар кузатилган.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Сапаев О.К., Абдуллаев Р.К.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Ранняя диагностика пиелонефрита, обострение которого после оперативной коррекции гидронефроза у детей весьма нежелательно, так как при этом страдает не только паренхима почки, но и процесс заживления в лоханочно-мочеточниковом анастомозе, предполагает своевременное назначение терапии и предотвращает возможность развития осложнений. Однако ранние симптомы пиелонефрита часто остаются без внимания врачей, и заболевание течет латентно, ухудшая отдаленные результаты оперативной коррекции.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с врожденным гидронефрозом путем стандартизации и оптимизации реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 94 больных, оперированных в возрасте от 4 мес. до 16 лет с врожденным гидронефрозом в Хорезмском областном детском многопрофильном медицинском центре. Обострение пиелонефрита в различные сроки после операции наблюдались у 31,8% больных.

Клинические проявления обострений пиелонефрита у 67% больных были стертыми, выражались в основном синдромом интоксикации с длительным субфебрилитетом, сохранявшимся после перенесенных инфекционных заболеваний. Реже отмечались дизурии в виде нарушения ритма мочеиспускания и изменения мочевого осадка в виде лейкоцитурии. Лишь у 33% детей пиелонефрит протекал остро, с высокой температурой, болевым и дизурическим синдромом. В анализах мочи выявлялась протеин- и лейкоцитурия.

Все дети с врожденным гидронефрозом после выписки из стационара находились на диспансерном наблюдении до их перехода во взрослую поликлинику и им в зависимости от формы порока проводились комплекс реабилитационных мероприятий. Основная задача реабилитации заключалась в борьбе с пиелонефритом. С этой целью больным в амбулаторных условиях проводились длительная антибактериальная терапия, при необходимости с определением чувствительности к

антибиотикам, назначали уросептики, проводили фитотерапию и физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез, иглорефлексотерапия и т.д). Периодически им в условия проводится анализы мочи. УЗИ почек и мочевых путей, по показаниям рентгеноурологические исследования и осмотр специалиста (уролога и нефролога). Проведенные мероприятия позволили снизить до минимума процент неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде лечения.

Таким образом, результаты проведенного анализа позволяют сделать вывод о необходимости систематизированной диспансеризации и реабилитации оперированных детей с врожденным гидронефрозом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хаитбаев С.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

С целью улучшения результатов хирургического лечения холецистита и холедохолитиаза у пожилых и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями предлагаются операции открытым способом и коррекцией подместной анестезией.

Материалы и методы: В нашу клинику поступило 49 больных за периоде 2016 до март месяца по 2017 год с диагнозом холецистит и холедохолитиаз. Возраст составляет от 61-до 86 лет, средней возраст составил 67лет. Из них женщин -31, мужчин-18.12 (24%) пациентов госпитализировано в клинику на вторые сутки от начала заболевания, 22 (45%) пациентов госпитализированы на 5-7 сутки, 8 (16%) на 7-8 сутки, 7 (14%) больных госпитализирован с желтухой, печеночной недостаточностью и начальные признаки энцефалопатии.

Всем госпитализированным проведены стандартные методы обследования, МРТ с холангиографией. При обследовании выявлено что у 41 (84%) больных имеются сопутствующие заболевания, сердечно-сосудистой, дыхательной системы и сахарным диабетом, что это повышает риск оперативного вмешательства. Этим больным при ультразвуковом исследовании отмечены расширение холедоха до 12-13 мм. У 8 (16%) больных при обследовании со стороны желчевыводящей путей другие патологии не выявлены, поэтому выполнены холецистэктомии лапароскопическим путем. 7 (14%) больным учитывая сопутствующих заболеваний и высокого анестезиологического риска произведено ХЭК под местной анестезией. Остальных пациентов оперировали после соответствующей предоперационной подготовки, интраоперационные находки у 34 (69%) пациентов указывают на расширение холедоха до 13-19мм. Из них у 11 (22%) случаях выявлен конкремент в холедохе, этим

больным произведены удаления камней и наложен холедохадуоденостомии по Юрашу-Винограду. У 7 (14%) пациентов имелся стеноз БДС, им выполнена ХЭК и трансдуоденальная папиллосфинктеропластика с дренированием холедоха Т-образным дренажом. У 16 (33%) больных после подготовки выполнена верхне-срединная лапаротомия под ЭТН+нейролептоаналгезией, во время операция у 5 случаях отмечено образование головке поджелудочная железы им выполнена холецистоэнтеростомии, у 2 пациента с диагнозом опухоль ворот печени сделана ХЭК дренирование холедоха по Вишновскому. В остальных случаях выполнена ХЭК ревизия и дренирование холедоха по Пиковскому.

В послеоперационном периоде всем больном произведена соответствующая терапия. Только у одного больного которому наложен ХДА по Юрашу-Винограду из подпеченочной трубки отмечено желчеистечение, которое прекратилось на 10 сутки после операции. У 3 пациента наблюдалось нагноение раны.

Выводы: Открытый доступ является методикой выбора хирургического лечения больных с желчекаменной болезни осложненным холедохолитиазом, которая позволяет проводить оперативное вмешательство и адекватную ревизию в области ПДЗ и желчевыводящей путей, максимально щадяще существенно снизить частоту послеоперационных осложнений.

О РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Хаитбаев С.К. Саъдуллаев У.О., Тожиев С.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Массивное внедрение эндовидеохирургической техники для операций на желчных путях не привело к снижению показателей ятрогенных травм желчных протоков, наоборот, по многим статистическим данным увеличилось в 2-4 раза.

Огромные успехи достигнуты в лечении желчных путей и других заболеваний, где преимущества эндохирургии проявляются наиболее ярко. При лечении холелитиаза 85–90% операций можно выполнить лапароскопическим путем. Это касается не только холецистэктомии, но и операций на внепечёночных жёлчных протоках (например, при лечении холедохолитиаза).

В практике ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков составляют 0,4-3% от общего числа операций на органах брюшной полости, а рецидивы стриктур желчных протоков и наружных

желчных свищей после реконструктивных вмешательств 10-12%. Летальность при этих осложнениях составляет от 8 до 40%.

Цель исследования: Ранняя диагностика путем видеоэндоскопии с холангиографией при подозрениях на повреждение желчных путей.

Материалы и методы: В отделении экстренной хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП выполнены 32 эндоскопические ретроградные панкреатохолангиографии и эндоскопическая папиллосфинктеротомия после хирургических вмешательств у больных, поступивших в стационар с подозрением ятрогенным повреждением и клиникой механической желтухи.

Результаты: При обследованиях в 15 (47%) случаях стриктура располагалась в зоне гепатикохоледоха и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямой билирубин составляет от 90-170 мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде проявлений энцефалопатии, снижение уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижение протромбинового индекса ниже 70%.

В 7 (22%) случаях препятствие располагалось в зоне большого дуоденального соска. В 6 (19%) случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. В 4 (12%) случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Некоторые больные доставлены в стационар до развития печеночной недостаточности и явления холангита.

Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха стенотического сегмента и стеноз БДС у 17 (53%) пациентам, у 1-го больного после ЭПСТ было кровотечение, остановлено с дуоденотомией и прошиванием кровоточащих сосудов. У 5 больным не удалось восстановить проходимость стенотического сегмента гепатикохоледоха, этим больным выполнена дилатация стенотического сегмента открытым способом, из них у одного больного наложен анастомоз ХДА по Юрашу.

У 6 (18,7) больных после ЭРПХГ выявлен резидуальный камень в дистальной части холедоха, операции завершены эндоскопической литоэкстракцией, у 2-х больных открытым способом выполнена холедохалитотомия с установлением Т-образного дренажа в холедоха.

У четырёх (12,5%) пациентов отмечены повреждения в зоне конfluence, выполнены реконструктивные операции с наложением гепатико-еюностомии конец в бок, с межкишечным соустьем.

Заключения: Таким образом, причиной возникновения интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются грубые тактические и технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

Внедрение в хирургию современных эндоскопических технологий, обеспечивающих малую инвазивность диагностики и лечения ургентной

патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, позволило на качественно новом уровне оказывать медицинскую помощь больным в стационарах ургентного профиля.

ФЕРМЕНТАТЕРАПИЯ КАК ЛЕЧЕНИЕ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА

**Хаитбаев С.К., Тажиев С.А., Уразбаев И.Р., Матниязов О.Б.
Ургентский филиал Ташкентской Медицинской академии
Областной многопрофильной медицинской центр**

В связи с увеличением дорожно транспортного потока, соответственно увеличиваются травмы, в том числе травма грудной клетки. Несмотря на внедрение новые технологии в торакальной хирургии не привело к снижению показателей осложнений гемоторакса, наоборот, по многим статистическим данным увеличилось в 2-4 раза. В ургентной хирургии травм грудной клетки довольно часто встречается кровотечение в плевральную полость с последующим образованием свернувшегося гемоторакса.

Цель исследование: Улучшение результатов лечения гемоторакса как осложнение травм, введением в плевральную полость фермента.

Материалы и методы: В нашей клинике областного многопрофильного медицинского центра в отделении торакальной хирургии поступило 12 больных с различными травмами грудной клетки, осложнившимся свернувшимся гемотораксом. Из них 3-женщин, 9-мужчин, возрасти от 18 до 55 лет. Давность от 3 суток до 3 месяца.

В большинстве случаев причина кровотечения перелом ребер с повреждением межреберных артерий мышц и разрыв легкого. Во всех случаях для уточнения диагноза и локализации скопившейся крови в плевральной полости проведено стандартные методы обследования (рентгенография, рентгеноскопия, МРТ грудной клетки). После установление диагноза по стандартной точки в 7-межреберья по *liniaaxillarisposterioris* установлена полиэтиленовая дренажная трубка, через него последующем вводился фермент трипсин 10 мг. После введение фермента закрываем дренажной трубки до 4-5 часов. За это время фермент разжижает содержимое плевральной полости. В динамике 3 больным введен фермент 2 раза через день, 5 больным 4 раза также через день. Результат был удовлетворительный и выписан домой. В 4 случаях после безуспешности манипуляции решено произвести торакотомию, очищение плевральной полсти с декортикацией легкого. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение пульмонолога по месту жительства.

Заключение: Таким образом, дренирование плевральной полости с последующим введением фермента при травмах грудной клетки как

осложнением свернувшимся гемоторакса считается эффективным метод лечения. Этот метод поможет избежать торакотомию.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Шербеков У.А., Шеркулов К.У., Дусияров М.М.

Самаркандский медицинский институт

Актуальность. На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического методов лечения эпителиальный копчикового хода.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 42 больных эпителиальным копчиковым ходом, находившихся в отделении проктологии 1-клиники СамМИ в период с 2012г. по 2016г. Хирургическое лечение пациентов было выполнено в следующем объеме: под спинальной анестезией двумя полулунными кожными разрезами экономно иссекали эпителиальный копчиковый ход с патологически измененными тканями в пределах здоровых. Выполнялся тщательный гемостаз. Всем больным было выполнено интраоперационное измерение хирургического дефекта после иссечения блока патологически измененных тканей. В среднем длина раны составила $10,50 \pm 0,50$ см; ширина $8,50 \pm 0,50$ см, при этом глубина раны в среднем равнялась $4,50 \pm 0,50$ см.

Результаты. Продолжительность операции составила от 15 до 30 минут. Общая гипертермия у прооперированных больных держалась в среднем 12 часов, причем выше $37,5$ С температура тела больных не поднималась. Перевод пациентов с постельного на палатный режим осуществлен у 6 (14,2 %) на первые сутки после операции, 34 (81%) пациента были активизированы на вторые сутки. Длительность антибактериальной терапии в послеоперационном периоде составила $7,0 \pm 0,50$ суток. Пациенты выписывались от 7 до 12 суток после операции, при этом общий койко-день составил $10,05 \pm 0,50$. Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. В ближайшем послеоперационном периоде было фиксировано 1 осложнение: у больного на 4 день послеоперационного периода было отмечено возникновение гематомы.

Выводы. Данные проведенного анализа результатов лечения больных эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода с укреплением крестцово-копчиковой фасции перед проведением через нее шовных лигатур позволяет прочную фиксацию краев раны между собой с возможностью дозированного

сближения их, а так же снижение действия сил натяжения тканей при сведении краев раны на наложенные швы, что ведет к снижению сроков постельного режима, равно как и послеоперационного койко-дня, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ.

**Шеркулов К.У., Дусияров М.М., Сайдуллаев З.Я.
Самаркандский медицинский институт**

Актуальность. Периаанальные остроконечные кондиломы - это плотные бородавчатые узелки, образующие в области периаанальной кожи разрастания типа цветной капусты, разные по форме и размерам. В практике колопроктолога встречаются относительно редко. Этиология недостаточно изучена, описана в литературе мало, где авторы придерживаются вирусной теории.

Цели исследования. Улучшить результаты лечения периаанальные остроконечные кондиломы оперативного лечения.

Материал и методы. В проктологическом отделении 1-клиники СамМИ за период с 2010 по 2016гг. проходили лечение и оперировались 44 больной, из них женщин -12 (27,3%). Больные предъявляли жалобы: на чувство инородного тела в области промежности, ощущение влажности кожи в этой области, боли в области заднего прохода во время акта дефекации и анальный зуд. В основном болели люди трудоспособного возраста 20-50 лет. Длительность заболевания варьировала от 3-х месяцев до 5-ти лет. У одного больного реакция Вассермана оказалась положительной, был диагностирован сифилис и был переведен на лечение в кожно-венерологический диспансер.

Из 44 больных у 14 (31,8%) при ректороманоскопии отмечены явления катарального проктита, т.е. воспаление слизистой прямой кишки. Все больной госпитализировали в стационар на оперативное лечение. Операции в большинстве случаев производились под местной анестезией. Кондиломы удаляли путем электрокоагуляции. Следили, чтобы между ранами оставались кожные мостики во избежание образования грубых рубцов. При очень выраженных поражениях, когда почти невозможно удалить каждую кондилому, иссекали участки пораженной периаанальной кожи треугольными лоскутами. Удалив таким образом несколько сеансов основную часть разрастаний, в последующем иссекали оставшиеся кондиломы. Таких больных было 5 человек (11,3%). Послеоперационных осложнений не было.

Контрольное обследование всех оперированных больных через 6 месяцев и 1 год позволило установить, что рецидива заболевания не выявлено.

Выводы. Таким образом перианальные остроконечные кондиломы встречаются редко и примерно составляют 0,9% из госпитализированных больных (проктологических). Лечение надо начинать с целенаправленного обследования всего желудочно-кишечного тракта (ректоскопия, колоноскопия, гастроскопия) и обязательного исследования крови с целью исключения венерических заболеваний.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

**Шеркулов К.У., Рустамов М.И., Рахматова Л.Т.
Самаркандский медицинский институт**

Введение Недостаточность анального сфинктера остается одной из актуальнейших проблем современной проктологии. У большинства пациентов с этой патологией недостаточность анального жома связана с перенесенными ранее операциями на дистальном отделе прямой кишки. Недостаточность анального сфинктера после различных общепроктологических операций встречается в 38,8% случаев.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера.

Материалы и методы исследования. На период с 2011-2016 гг. на стационарном лечении с диагнозом послеоперационная недостаточность анального сфинктера в отделении проктологии клиники СамМИ состояло 41 больных. Из них 20 (48,7%) мужчин, 21 (51,3%) женщин. Возраст больных с 18 по 71 лет. Все больные до поступления в наш стационар с 1 до 5 раз перенесли операции по поводу геморроя, анальной трещины, острого и хронического парапроктита в различных больницах республики. Операции в основном производились хирургами общего профиля.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 41 больных у 37 произведены операции: сфинктеропластика - 6, сфинктеролеваторопластика - 30, сфинктеро-глютеопластика - 1. Сфинктеропластика произведена при мышечном дефекте менее 1/3 диаметра анального канала. Если мышечный дефект находится в передней или задней половине, то наряду со сфинктеропластикой осуществляется укрепление данной области с использованием медиальных порций мышцы поднимающей задний проход. При наличии значительного дефекта осуществляется пластика с использованием мышечного лоскута ягодичной мышцы или приводящей мышцы бедра.

Изучены отдаленные результаты у 37-х прооперированных больных. Хорошие результаты наблюдались у 31 больных (75,8%). Удовлетворительные результаты наблюдались в 19,4% случаев (у 8 больных). У 2-х больных (4,8%) отмечались неудовлетворительные

результаты. У этих больных послеоперационный период осложнялся нагноением ран.

Выводы: Таким образом, послеоперационная недостаточность анального сфинктера обусловлена неадекватной хирургической тактикой при операциях на прямой кишке, интра- и послеоперационными осложнениями. При выборе хирургической тактики в лечении послеоперационной недостаточности анального сфинктера наряду со степенью сфинктерной недостаточности необходимо учитывать анатомические изменения анального канала и промежности и объем мышечного дефекта сфинктера. Недостаточность сфинктера развивается чаще всего при проведении операций на прямой кишке хирургами общего профиля.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Шодмонов А.А., Рустамов М.И., Дусияров М.М.
Самаркандский медицинский институт**

Цель исследования: Разработка диагностики и эффективных способов хирургического лечения свищей прямой кишки с применением глухого шва.

Материалы и методы исследования: В проктологическом отделении клиники № 1 СамМИ прооперированы 1078 больных с различными формами параректальных свищей в период 2000-2016 г.г. Из них 760 (70,5%) мужчин. Значительный процент составили больные в возрасте 21-30 лет. У 80 (7,4%) больных возникновение и формирование свища прямой кишки было следствием самопроизвольно вскрывшегося и нелеченного острого парапроктита и частых обострений воспалительного процесса. 830 больным с целью определения сложности свищевого хода 672 больным произведена фистулография, 158 больным компьютерная томография 158 больным, всем больным зондирование свищевого хода во время операции.

Из 1078 больных со свищами прямой кишки интрасфинктерные наблюдались у 248 (23 %), трансфинктерные (самая частая форма) - у 672 больных (62,3%) и сложные экстрасфинктерные – у 158 (14,7%).

Из 1078 больных рассечение свища в просвет прямой кишки с иссечением свищевого хода произведено у 247 с интрасфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием дна и восстановлением сфинктера – у 671 с трансфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием культи и дозированной сфинктеротомией – у 158 с экстрасфинктерным свищом.

Результаты. Использование глухого шва на рану после иссечения трансфинктерных свищей способствует более быстрому заживлению

раны, уменьшению сроков пребывания больных в стационаре до 8-10 дней и тем самым улучшению реабилитации больных.

Оперативные вмешательства по поводу свища прямой кишки сопряжены с возможностью возникновения осложнений, ухудшающих результат лечения. Послеоперационный период у наблюдавшихся нами больных отличается благоприятным течением, лишь у 6 больных отмечен рецидив заболевания.

Вывод: Таким образом, раннее обращение больных, своевременная диагностика и адекватное по объёму оперативное вмешательство, радикальное лечение острого парапроктита с одновременной ликвидацией внутреннего отверстия предупреждают развитие осложнённых форм заболевания. Наложение кожных швов на рану уменьшает гнойные осложнения в послеоперационном периоде и сокращает пребывание больных в стационаре на 5-6 дней.

**АМБУЛАТОР ШАРОИТДА КЎКРАК ВА ҚОРИН ОЛДИ
ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЛАТ ЕЙИШИНИ КОМПЛЕКС
ДАВОЛАШДА РЕГИОНАР ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯНИНГ
САМАРАСИ.**

Эгамбердиев Қ.Қ., Каримов Р.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хозирги кунда амбулатор шароитда жаррохларга мурожаат қилаётган беморларнинг Бешдан икки қисми кўкрак ва қорин сохасидаги юмшоқ тўқималарга ташқи таъсиротлар натижасида лат ёйиши билан учрайди.

Қорин олд девори шикастланиши турли хил сабаблар билан боғлиқ, травматик холатлар: тўмтоқ жисм билан шикастланиши, автохалокатлар, турли хил ташқи таъсиротлар оқибатида юзага келади. Тўқимани лат ёйишида турли даражада морфолагик ўзгаришлари, оғриқ, шиш, қизариш, инфилтрат хосил бўлиши каби клиник белгилар намоён бўлади.

Кўкрак ва қорин олд деворининг лат ёйишида юзага чиқувчи доминант симптомлар ичида етакчи ўринни оғриқ ва меҳнат қобилиятини вақтинча ёки кучли шикастланишларда суяк системасидаги ўзгаришлар, кенг тарқалган гематома ва унинг асоратлари, ички паренхиматоз органлардан қон кетиш каби холатларда турғун йўқолиши кузатилади.

Қуйидаги текширувлар ўтказилганда 16 ёшдан 50 ёшгача бўлган беморлар сони 96 тани ташкил қилди. Беморлар 2 гуруҳга ажратилди: 1 гуруҳга 35 нафар бемор киритилди ва уларга базис терапия ўтказилди. 2 гуруҳга 61 нафар бемор киритилиб ва уларга базис терапиядан ташқари регионар лимфостимуляция ўтказилди.

Даволаш натижаси 3 хил кўринишда баҳоланди.

1.Тўла тuzалганлар – субъектив шикоятлари йўқолганлиги ва меҳнат қобилияти тўла тиклангани аниқланди.

2. Қисман тузалганлар – субъектив шикоятлари йўқолган, баъзи бир клиник белгилари сақланиб қолди.

3. Тузалмаганлар – клиник белгилари йўқолмаган, меҳнат қобилият даражаси тўла тикланмаган.

1 гуруҳда тўла тузалганлар - 36,2%, қисман тузалганлар – 35.6%, тузалмаганлар – 28,2%.

2 гуруҳда тўла тузалганлар - 62.4%, қисман тузалганлар – 27.2%, тузалмаганлар – 10.4% ташкил қилди. Ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатадики, ҳар 2 гуруҳ аъзоларида ҳам тузалганлар бўлган, лекин 2 гуруҳ беморларида ижобий натижа юқори фоиз кўрсаткичларини ташкил этмоқда.

Хулоса қилганимизда, кўкрак ва қорин олди тўқималарни лат ейиши каби ҳолатларда кенг клиник анализ таҳлиллари, текширувлар ўтказилиши билан базис терапияни ҳисобга олган ҳолда комплекс даволашда регионар лимфастимуляция ўтказиш беморларни эрта тузалишига, асоратларни олдини олиш, ҳамда йўқотилган меҳнат қобилиятини эрта тикланишига ёрдам беради.

ИЗУЧИТЬ ВЛИЯНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ

Юсупова З. К.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Вопрос гемодинамической стабильности в периоперационном периоде остаётся чрезвычайно важным для больных, которым требуется оперативное вмешательство.

Целью работы: Оценка влияния исходного вегетативного статуса обследуемых пациентов на особенности интраоперационной гемодинамики при спинномозговой анестезии (СА).

Материалы и методы: Обследовано 65 человек (39 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 27 до 65 лет, которым выполнялись оперативные вмешательства на органах малого таза и нижних конечностях в условиях спинномозговой анестезии. Для оценки исходного вегетативного статуса использовали анкету вегетативных показателей (Вейн, 2000), вегетативный индекс Кердо, анализ вариабельности ритма сердца. В зависимости от результатов исследований нами были выделены 3 группы пациентов: первая группа — симпатотоники (26 человек), вторая — ваготоники (18 человек), третья — эйтоники (21 человек). Все группы были сравнимы по возрасту, полу, характеру оперативного вмешательства. Интраоперационном проведение неинвазивный мониторинг гемодинамики определяли среднее артериальное давление (АДср.), частоту сердечных сокращений (ЧСС), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), минутный объем кровообращения (МОК), ударный объем (УО).

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты: В группе симпатотоников в ответ на развитие анестезии отмечалось снижение АДср. на 13,8% ($p < 0,05$), снижение ЧСС на 8,7% ($p < 0,05$), ОПСС снижалось на 17,3% ($p < 0,05$), при этом увеличивался УО на 21,5% ($p < 0,05$), и МОК — на 8,4% ($p < 0,05$); в группе эйтоников отмечалось снижение АДср. на 17,7% ($p < 0,05$), снижение ЧСС на 6,4%, ОПСС на 20,2% ($p < 0,05$), увеличение УО на 14,9% ($p < 0,05$), и МОК — на 5,4%. Данные изменения можно трактовать как компенсаторно-адаптивную реакцию на развитие симпатической блокады. В отличие от первых двух групп у ваготоников наблюдается снижение МОК на 8,1% ($p < 0,05$), на фоне снижения АДср. на 25,2% ($p < 0,05$), ЧСС на 12,8% ($p < 0,05$), ОПСС на 27,2% ($p < 0,05$), увеличения УО на 10,4% ($p < 0,05$). Анализ интраоперационной гемодинамики показал снижение АДср. на 30% и более по сравнению с исходными значениями у симпатотоников в 16% случаев, у эйтоников в 22% случаев. В группе ваготоников артериальная гипотензия отмечена в 38%, причем в 3 случаях для ее коррекции потребовалось применение сипматомиметиков. Брадикардия (снижение ЧСС ниже 60 ударов в мин) отмечалась в 5% случаев у симпатотоников, в 7% у эйтоников, и в 16% у ваготоников.

Выводы: Полученные результаты указывают влияние исходного вегетативного статуса на характер изменений гемодинамики при спинномозговой анестезии. Наиболее выраженные изменения гемодинамики в ответ на развитие спинномозговой анестезии происходят у ваготоников.

ЭНДОХИРУРГИЯ ВА РОБОТ

Янгибаев З.Р., Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кириш. Сўнгги 25-30 йил ичида, жаҳон тиббиётига кириб келаётган янгиликлар (ўта нозик, ихчам, мукаммал, инновацион ва нано техникалар), дунё жарроҳлигида кескин ва инқилобий ўзгаришларга олиб келмоқда.

Буларга, шу ўтган даврда жарроҳлик амалиётига шиддат билан кириб келган лапароскопик ва бошқа барча эндохирургик–эндоскопик, каминвазив операциялар (эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), ўт ва сийдик тошлари экстракциялари ва литотрипсиялари, эндоскопик полипэктомиялар, кистэктомиялар, қон томирлар ва бронхлар обтурациялари, эмболизациялар, стентлаш–имплантлаш амалиётлари, реканализация ва реваскуляризациялар ва ҳ.к.лар)мисол бўла олса, бугунги кунда эса, худди шундай темпда жарроҳлик амалиётига кириб келаётган ва операция жараёнларини янада мукаммалаштирадиган, енгиллаштирадиган, хавфсизлаштирадиган ва ҳ.к.лар каби афзалликларга эга бўлган

лапароскопик-Робот–Эндохирургия–Робот Да Винчи техникасини мисол килиб келтиришимиз мумкин.

Шунинг учун ҳам, ҳозирги кунда, айрим кенг тарқалган ва “Эндохирург-Робот”лар ёрдамида бажарилаётган операцияларнинг (масалан, гастрэктомия, гемиколэктомия, простатэктомия ва ҳ.к.лар) сони ривожланган давлатлар клиникалари маълумотларига кўра кундан-кунга ошиб бормоқда (хаттоки, бундай операцияларнинг сони махсус клиника-бўлимларда, баъзан, то 50-90% гача кузатилмоқда).

Робот-Эндохирург қорин бўшлиғининг ва кўкрак қафасининг барча аъзоларида, юрак қон-томирлар жарроҳлигида, нейрохирургияда, урологияда, гинекологияда, ЛОР ва офтальмологияда, травматология ва ортопедияда, онкологияда, эндокринологияда, пластик жарроҳликда, колопроктологияда ва ҳ.к.ларда кенг қўлланилмоқда.

Бугунги кунда АҚШ да 4000 га яқин Эндохирург-Роботлар ишлаб чиқарилган ва амалиётда қўлланилаётган бўлса, Россияда 40 тага яқин жарроҳлик клиникаларида, дунё бўйича эса, 2000 дан ортиқ жарроҳлик Марказларда Роботлар ишлатилмоқда.

Хуллас, бугунги кунда жарроҳликда деярли биронта ҳам соҳа йўқки, Эндохирург-Робот кириб бормаётган–қўлланилмаётган бўлса...!

Мамлакатимизда, жумладан, вилоятимизда ҳам жарроҳликнинг энг сўнгги ютуқларидан бири бўлган Робот Эндохирургиясини йўлга қўйиш, яъни, эндохирургияни Робот техникаси билан бойитиш, ҳамда уни амалиётга кенг татбиқ қилиш долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Да Винчи Робот аппарати ҳақида маълумот. Биринча марта тўлақонли, етук, ўта мукамалроқ, аввалгиларига нисбатан универсал ҳисобланган Да Винчи Робот аппарати 2001 йилда АҚШда, кардиология соҳасидаги амалиётларни бажариш учун яратилган. Ҳозирги кунда Да Винчи Роботлари АҚШнинг Intuitive Surgical компанияси томонидан серияли равишда чиқарилмоқда ва дунёнинг етакчи клиникаларига етказиб берилмоқда. Шу кунгача улар дунёнинг кўплаб клиникаларида муваффақиятли ишлатилиб келинмоқда. Бундай Да Винчи Робот аппаратлари иккита блокдан ташкил топган бўлиб, уларнинг бири оператор учун мўлжалланган бўлса, иккинчиси эса, яъни, 4 та қўли бўлган қисми автоматик тарзда жарроҳнинг қўллари вазифасини бажаради. Аппаратнинг умумий вазни 500 кг атрофида.

Да Винчи Роботи тинимсиз ишлаш имкониятига эга бўлиб, (яъни, “чарчамайдиган жарроҳ” ҳам дейилади) суткасига 24 соат, ҳафтасига 168 соат, хаттоки, ойлаб-йиллаб ҳам тўхтамасдан, тинимсиз ва энг асосийси хатоларсиз ишлаши мумкин. Агарда, Роботни бошқараётган жарроҳ кўлининг турли таъсирлар ва фактлар таъсирида нотўғри ҳаракатланиши эҳтимоллари (ҳаяжондан, кўрқувдан “титрашлари”) каби операция пайтида кутилмаган ҳолатлар кузатилганда (бемор ҳаёти кескин оғирлашганда, кутилмаган қон кетишларда ва ҳ.к.ларда) нотўғри ҳаракатни–нотўғри буйруқни Робот автоматик тарзда блоклаб ташлайди ва хатони дарҳол

кўрсатиб беради. Бу билан ўта юқори сифатли ва даражали аниқлик билан бутунлай хатосиз ишлаш–операция қилиш кафолатланади. Жарроҳнинг иштирокисиз Роботлар ҳозирча ёлғиз операция қила олмасда, ҳар бир операциядан олдин Да Винчи Робот дастурланади. Яъни, режалаштирилган операцияга мос равишдаги ҳаракатлар траекторияси ва ҳажми бўйича маълумотлар базаси юкланади. Да Винчи Робот системаси 3 та асосий сегментдан ташкил топади: бошқарув панели, операцион консоль ва оптик система.

Да Винчи Роботнинг бошқарув панели. Да Винчи Роботнинг бошқарув панелида жарроҳ ишлайди ва у операцион манипуляторларни, яъни, инструментларнинг ҳаракатларини бошқаради. Оёқ педаллари ёрдамида эса, бир манипулятордан бошқасига ўтилади, инструментлар ёрдамида тўқималарни–аъзоларни, ажратиш, кесиш, тикиш, қон тўхтатиш-коагуляция амаллари бажарилади ҳамда жарроҳ кўрув-операция майдонига берилаётган тасвирнинг фокуси бошқарилади.

Да Винчи Роботнинг операцион панели. Операцион панел махсус стерил бўлган ёпқичга эга. Да Винчи Роботнинг 3 та интерфаол манипуляторлари инструментлар учун мўлжалланган бўлиб, шулардан, 2 таси жарроҳ қўллари ҳаракатларини, учинчиси эса, ассистент вазифасини бажаради. Тўртинчи манипулятор эса, камерани бошқаради. Операция жараёнлари, барча тактик ва техник муолажалар теридаги 1-2 см дан катта бўлмаган кесимлар орқали бажарилади.

Да Винчи Роботнинг оптик тузилмаси. Да Винчи Роботнинг оптик тузилмаси камерадан келаётган операция майдонининг тасвирини қайта ишлайди, ҳамда рангли, юқори даражали аниқликдаги, равшан, тиниқ ва ҳажмли 3Д тасвирга айлантиради. Бу жараён Роботнинг камерасида жойлашган худди, жарроҳ кўзларига ўхшаган 2 та фибротолалар канали борлиги сабабли амалга оширилади.

Операция жараёнида жарроҳ қулай ва ихчам бўлган пультада–бошқарув панелида ўтиради. Бу эса, жарроҳга операция қилинаётган соҳа ва аъзоларни, яъни, операция майдонини бир неча баробаргача катталаштирилган ҳолатда, 3Д ҳажмий тасвирда, аниқ, тиниқ, равшан кўриш имконини беради. Барча манипуляторлар жойстик ёрдамида бошқарилади. 2 та сезгирлиги ўта юқори бўлган бошқарув жойстиклари ёрдамида жарроҳ бажарилиши лозим бўлган қўл ҳаракатлари тўғрисидаги буйруқни Роботнинг “манипулятор-қўллари” га узатади ва ушбу Робот қўллари жарроҳ кафти ва бармоқлари ҳаракатларини ўта нафис, аниқ ва мукамал бажаради. Яъни, Да Винчи Роботи реал вақт режимида бошқарув пультада ўтирган жарроҳ қўлининг ҳар бир ҳаракатини нусхалайди ва бажаради.

Да Винчи Роботнинг асосий афзалликлари.– Операция жараёнларини амалга оширишда Да Винчи Роботидан фойдаланиш жарроҳларга операцияларнинг барча босқичларини юқори даражадаги аниқлик билан мукамал равишда бажариш имкониятини яратади.

-Операция пайтида ва ундан кейинги даврда келиб чиқиши мумкин бўлган хавф-хатарлар ва асоратлар минимал даражаларгача камаяди.

-Беморнинг касалхонада бўлиш вақти, очиқ операция ўтказган беморларга қараганда кескин қисқаради.

-Қон йўқотиш ўта минимал даражада бўлади ёки умуман кузатилмайди-бўлмайди.

-Операция жараёнлари билан боғлиқ инфекциялар (жароҳатнинг йиринглаши, серома ажралиши, абсцесслар ва ҳ.к.лар) ривожланишига деярли, бутунлай барҳам берилади.

-Бундай операцияларда ишлатиладиган манипуляторлар-инструментлар ўта нозик ва нафис бўлиб операция пайтида тўқима ва аъзоларга деярли шикаст етказилмайди. Бундай операциялардан (мукамал техника ва инструментлар ишлатилганлиги туфайли) кейин чандиқлар ва битишмалар деярли кузатилмайди.

-Да Винчи Роботида операция қилинган беморларнинг операциядан кейинги реабилитация (қайта тикланиш) даври ҳам кескин қисқаради. Яъни, очиқ усулда операция ўтказган беморлардаги бир неча ойлар ўрнига бир неча кунларни ташкил қилади, холос.

-Да Винчи Роботнинг 4 та “қўли”–манипулятори бўлиб, бу дегани, яъни, тасаввур қилайлик, жарроҳнинг 4 та қўли бор деганидир. Бир қўли билан операция қилинаётган аъзони ушлаб, фиксация қилади ва уни ҳоҳлаган томонга ҳаракатлантиради, қолган 3 та қўли билан бошқа барча амалларни бажаради. Бу билан жарроҳга операциянинг асосий босқичларини бир ўзи, ассистентсиз ҳам бажариш имкониятлари яратилади.

-Роботнинг манипуляторлари 7 даражали–бўғинли эркин ҳаракат қила олади. Яъни, жарроҳ қўлига қараганда эгилувчан, ҳаракатчан, қисқаси қулай ва мукамалдир.

-Да Винчи Роботи масштабланган ҳаракатларни ҳам бажаради. Яъни, масалан, жарроҳнинг қўли бир неча см диапазонда тўлқинли ҳаракатланса, Робот манипулятори бир неча мм лик диапазонда, текис узлуксиз ҳаракатланади. Бу билан тўқималарнинг жароҳатланиши максимал даражада камаяди ва бемор учун хавф-хатарлар ҳамда бошқа келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олинади.

-Да Винчи Роботи билан операцияни жарроҳ бемордан жуда узоқда, бошқа шаҳар, давлат, ҳаттоки, қитъаларда туриб ҳам, яъни, интернет ва компьютер технологиялари ёрдамида бажариш имконияти пайдо бўлади. Масалан, жарроҳ Францияда туриб АҚШдаги беморни операция қилгани каби.

-Ва ниҳоят, Да Винчи Роботи–универсал жарроҳлик аппарати дир. Уни тиббиётнинг бошқа турли соҳаларида ҳам муваффақиятли қўллаш мумкин.

III-СЕКЦИЈА: ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУҲОҒАЗАҚИЛИШ

DIFFERENTIAL TREATMENT OF HYPERTENSION BY OBESITY IN WOMEN IN THE PERIMENOPAUSAL PERIOD

Abdurakhmanova D. N

Urganch branch of Tashkent Medical Academy

Mean age of the women included in these trials, however, was 43 to 67 years, with a mean interval of 1,5 to 15 years since menopause when the use of HT is no longer appropriate. Hypertension as a key risk factor in menopause, because the loss of ovarian hormones around menopause has many adverse effects on CHD risk factors. In menopause transition many women have vasomotor symptoms which may affect their normal daily activities. With the decline in estrogen levels, risk factors for coronary heart disease (CHD) become more apparent, especially hypertension. Clinical manifestation of CHD occurs ten years later in women compared with men and the risk increases rapidly after the age of 50 years.

The aim: estimate of efficiency of hypolipidemic remedy and hormone replacement therapy and correction of hypertension by obesity in the premenopausal period.

Material and methods: were investigated about 46 menopausal women at premenopausal period with hypertension shown by obesity I - II in raising aged from 42 to 56 years. Inclusion criteria were women with A/D-140/90 mm Hg and leaching, body mass index (BMI) greater than 25, the ratio of the circumference of waist-to-hip ratio greater than 0.8, i.e. abdominal obesity, combined with dyslipidemia and 20 women with hypertension who are taking anti-hypertensive therapy by appointment cardiologist. Women were observed regularly every week on active and passive type of visit.

Methods: We were determined 1 and lipid spectrum: total cholesterol (TC), LDL cholesterol (LDL) and high (HDL) density, triglycerides (TG). For a complete picture of obesity in clinical practice, the easiest and most common way - calculating the relationship of waist circumference (WC) to hip circumference (HC)-WC/HC.

Results and their discussion. After 6 months of taking the drug weight loss was $11,8 \pm 4,1$ kg. The most rapid loss of body weight was observed in the initial 3 months of therapy. By the end of treatment, 68, 7% of patients with reduced body weight by more than 18% of baseline values. Only 6.2% cases are not occurred positive effect, it is associated with other extragenital diseases. The treatment of hypertriglyceridemia with xenical was normalized in all degrees of alimentary obesity. Total cholesterol, VLDL cholesterol and LDL cholesterol in patients with 1st and 2nd of obesity and the treatment with Xenical had a tendency to decrease, and at the 2nd b extent these changes were statistically significant in nature.

Conclusions: The results obtained suggest that therapy with Remens with Xenical contributes to a reduction of menopausal disorders in women with hypertension by obesity in the premenopausal period. Homeopathy and allopathy are complementary to each other equal treatment to facilitate individualization of therapeutic approaches with minimal side effects.

ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Абдурахманова Д.Н

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Послеродовое кровотечение - акушерское осложнение, которое может трансформировать нормальный физиологический процесс родов в жизнеугрожающее состояние. Проблема массивных акушерских кровотечений продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. В структуре материнской смертности как в странах так и в Узбекистане массивные акушерские кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест, являясь в 20-25% случаев единственной причиной смертельных исходов. Смертность от акушерских кровотечений обусловлена не только возникновением геморрагического шока, но и другими системными последствиями.

Цель: Изучение взаимосвязи между преэклампсией различной степени и акушерскими кровотечениями у обследуемой группе беременных, а также проанализировать исходы беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Проведены ретроспективные исследования историй родов в I-II родильных отделениях Хорезмского Областного Перинатального центра. Проведен анализ анамнестических данных, общего акушерского осмотра, анализ лабораторных данных: анализы крови и мочи, бактериологическое исследование мочи; инструментальных методов- УЗИ, доплерометрия, данные артериального давления.

Результаты и их обсуждения. По ходу нашего исследования выявлены следующие акушерские осложнения в данной беременности на фоне преэклампсии легкой и тяжелой степени: Кровотечение - 49(36,3%) и 21(22,8%), ДВС-синдром - 37(27,4%) и 12(13%), ПОНРП - 54(40%) и 41(44,6%), Кесарево сечение - 98(72,6%) и 43(46,7%) случаев в 1 и во 2 группе соответственно. Перинатальные осложнения были в следующем виде в 1 и 2 группе соответственно: Антенатальная гибель плода 16(11,9%) и 9(9,8%), Интранатальная гибель плода 14(10,4%) и 8(8,7%), Постнатальная гибель новорожденного 18(13,3%) и 16(17,4%). Само кровотечение как осложнение во время беременности и родов встречалась в 70 (30,8%) случаев и в составе нее были: после естественных родов 26 (37,1%), после Кесаревосечения 44(62,9%), во время беременности 19(27,1%), в родах или после родов 51(72,9%).

Выводы: Основная доля осложнений преэклампсии приходится к кровотечениям-70(30,8%). У беременных с преэклампсией течение беременности и родов осложнились такими грозными осложнениями как: МС-8(3,5%); Геморрагический шок I,II,III степени- 52(22,9%); Антенатальная, интранатальная и постнатальная гибель плода -72(31,7%); ДВС-синдром-49(21,6%). В развитии преэклампсии играет важную роль наследственная предрасположенность и это предрасположенность доминирует и передается по материнской линии.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Азимова М.К.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Научные исследования в области гигиены, посвященные изучению влияния экологических факторов на репродуктивное здоровье женщин и разработке рекомендаций по охране и укреплению их здоровья - являются актуальными, а также имеют огромное социально-экономическое и медико-гигиеническое значение. Эпидемиологические и клинические исследования воздействия химических загрязнений атмосферного воздуха на течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у населения начали активно проводиться только в последние годы. Полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о несомненной актуальности дальнейшего изучения этой проблемы и важности ее решения в целях охраны репродуктивного здоровья.

Основными постоянными источниками, загрязняющими воздух, являются промышленные производства, химикаты, используемые в сельском хозяйстве, и увеличивающийся парк автотранспорта. Выбросы загрязняющих веществ в атмосферу от автотранспорта в Ферганской области составили 140 тыс. т, или 70 % всех выбросов. Увеличился удельный вес проб с превышением ПДК загрязняющих веществ по пыли, окиси углерода, углеводородам, как в зоне влияния промышленных предприятий, так и на автомагистралях в зоне жилой застройки.

Для достижения поставленной цели проводили комплексную оценку загрязнения окружающей среды в подфакельных, маршрутных, стационарных постов наблюдений, проанализированы данные материалов Центра Госсанэпиднадзора, Центра по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды по химическому загрязнению атмосферного воздуха. Исследования проводили в Западном (загрязнённом) и Центральном (контрольном) районах города Ферганы за 2008-2015гг. Суммарная техногенная нагрузка на первой территории значительно выше, чем на второй. Спецификой первой территории являются наличие предприятий химической промышленности и интенсивное загрязнение автомобильным транспортом, вторая характеризуется отсутствием значимых по

загрязнению воздуха предприятий и слабой интенсивностью движения автотранспорта.

По данным о первичной заболеваемости женщин фертильного возраста выявлен рост заболеваний, таких как, эрозия шейки матки, эндоцервицит, миома матки, рак матки, эндометриоз, бесплодие, внематочная беременность, патологический климакс.

В результате проведённых комплексных исследований выявлено неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды на репродуктивное здоровье женщин, проживающих на экологически напряжённой территории. Полученные результаты служат обоснованием для разработки мероприятий по охране окружающей среды.

ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ҲУДУДИДАГИ БОЛАЛАРДА ПИЕЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Алимухамедова М.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Оролбўйи минтақасида яшовчи болаларда пиелонефрит касаллигининг хусусиятларини ўрганиш ишимизнинг асосий мақсади бўлди. Илмий тадқиқот ишининг бажарилиши жараёнида 2009 йилда пиелонефрит билан касалланган 93 беморнинг клиничко-анамнестик маълумотлари ўрганилиб, таҳлил қилинди. Тадқиқотимизга кўра Жанубий Оролбўйи минтақасида пиелонефрит касаллиги билан касалланган болаларнинг 67 фоизини асосан ўғил болалар ташқил қилди. Ушбу хасталик куз ва қиш ойларида авж олиб, асосан 3-7 ёшгача бўлган даврдаги болалар ўртасида кўп тарқалган. Пиелонефрит касаллигининг долзарблиги нафақат педиатрия, балки амалиёт тиббиётида ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Пиелонефрит касаллиги болалар ўртасида кенг тарқалиши билан бирга оғир асоратларга ҳам сабаб бўлмоқда.

Экологик жиҳатдан ноқулай жанубий оролбўйи регионида сурункали пиелонефрит ўткир пиелонефритга қараганда кўп учраганлиги аниқланди. Демак педиатрлар пиелонефрит билан касалланган беморларни эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволашга аҳамият беришлари лозим. Пиелонефрит касаллиги таҳлил қилинганда бу хасталик 56% ўғил ва 44% қиз болаларда учраган, чунки қиз болаларда ташқи муҳитга мослашиш ўғил болаларга қараганда осонроқ кечади. Беморларни ёшига қараб таҳлил қилганда эса пиелонефрит билан хасталаниш 3-7 ёшгача булган даврда қизларда ва ўғил болаларда кўп учраши қайд қилинди, чунки айнан шу даврда иммун системанинг тараққиёти шиддатли кечади. Пиелонефрит касаллигининг йил фаслига мувофиқ таҳлил қилинганда касалланиш айнан куз ва қиш фаслларида кўпроқ учрайди, чунки бу фаслларда суткалик ҳароратнинг, атмосфера босимининг, ҳаво намлигининг, ҳаво тўлқинларининг, электромагнит майдонларининг тез-тез ўзгариб туриши қайд қилинади.

Айнан шу омиллар ҳужайра мембранасининг ўтказувчанлигига таъсир қилади, натижада маҳаллий имунитет ва биоценоз бўлади, бу эса организмда аутосенсibiliзацияни янада кучайтиради. (Мазурин А.В 1990 й) Демак келтирилган илмий иш натижаларидан қуйидаги хулосалар келиб чиқади:

1. Жанубий Оролбўйи шароитида болалар ўртасида сурункали пиелонефрит хасталиги кўп учрайди.
2. Ўткир пиелонефрит ҳам, сурункали пиелонефритда ҳам ўғил болалар ўртасида касалланиш юқоридир.
3. Жанубий Оролбўйи регионидида пиелонефрит билан хасталаниш куз ва қиш ойларида авж олади.
4. Пиелонефрит хасталиги 3-7 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди.
5. Амалиёт шифокорлари юқоридаги хулосалар асосида даволаш ва профилактика ишларини юқори даражада ташқил қилишлари лозим (ўз вақтида ташхис қўйишлари, даволашлари, йил фаслига қараб, боланинг ёшига қараб, организмнинг реактивлигини тиклаш ишларини олиб боришлари керак.)

ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ҲУДУДИДАГИ БОЛАЛАРДА РЕВМАТИЗМ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Алимухамедова М.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади: Жанубий Оролбўйи шароитида болаларда ревматизм хасталигининг клиник хусусиятларини баҳолаш.

Тадқиқот бажарилиши жараёнида 2009 йилда Ревматизм билан хасталанган 3-5 ёшгача бўлган 132 та беморнинг клинико-анамнестик маълумотлари ўрганилиб, таҳлил қилинди.

Тадқиқотимиз натижалари таҳлил қилинганда Жанубий Оролбўйи минтақасида Ревматизм касаллиги билан касалланган болаларни анамнестик, клиник хусусиятлари ўрганилганда бирламчи ревмокардит бошқа вариантларга қараганда кўп учрашини аниқладик. Ревматизм 12-15 ёшгача бўлган қиз ва ўғил болалар ўртасида кенг тарқалганлиги, ҳамда бу хасталик иккала жинсда ҳам тенг нисбатда учраганлиги аниқланди.

Экологик жихатдан ноқулай Жанубий Оролбўйи регионидида Ревматизмнинг клиник вариантларини таҳлил қилганда бирламчи Ревматизм хасталиги билан оғриган болалар 55,3%, қайталовчи ревматизм эса 44,7% ни ташқил этди. Демак, болаларда сурункали инфекция ўчоқларини эрта аниқлаб, ўз вақтида даволашга аҳамият бериш лозим. Ревматизм хасталигини жинсига қараб кузатишимизда ўғил ва қиз болалар бир хил фоизда касалланганлиги аниқланди. Беморларнинг ёшига қараб таҳлил қилганда эса Ревматизм билан касалланиш 12-15 ёшгача бўлган болаларда ҳам қиз, ҳам ўғил болаларда касалланиш жараёни кўп қайд қилинди.

Ревматизм хасталигини йил фаслига мувофиқ таҳлил қилинганда касалланиш айнан қиш ва куз фаслларида кўп учради, чунки йилнинг бу фаслларида суткалик ҳароратнинг, атмосфера босимининг, ҳаво намлигининг, ҳаво тўлқинларининг, электромагнит майдонларининг тез-тез ўзгариб туриши кузатилади. Натижада маҳаллий иммунитет ва биоценоз бузилади, бу эса организмда аутосенсбилизацияни янада кучайтиради. (Мазурин А.В 1990 й) Демак келтирилган илмий иш натижаларидан қуйидаги хулосалар келиб чиқади:

1. Жанубий Оролбўйи шароитида болалар ўртасида бирламчи ревматизм хасталиги бошқа вариантларга қараганда кўп учрайди.
2. Жанубий Оролбўйи регионида Ревматизм билан хасталаниш кўпроқ куз ва қиш ойларига тўғри келади.
3. Ревматизм хасталиги 12-15 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди.
4. Амалиёт шифокорлари юқоридаги хулосалар асосида куз вақтида сурункали инфекция ўчоқларини санация қилишлари: ўз вақтида ташхис қўйишлари, даволашлари, йил фаслига қараб, боланинг ёшига қараб, организмнинг реактивлигини тиклаш ишларини олиб боришлари лозим.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РОЖЕНИЦ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Арзибекова У.А., Нуриддинова Г.Т., Инакова Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Раннее выявление женщин фертильного возраста с высоким риском по развитию асфиксии является одной из актуальных задач перинатологии и требует проведения профилактических и лечебных мер по их предупреждению.

Основной целью исследования явилось изучение акушерского анамнеза рожениц с экстрагениральными заболеваниями матери приводящие к гипоксию.

Материал и методы исследования. Анализированы факторы риска гипертонии у 118 рожениц (основная группа), в сравнительном аспекте с 112 роженицами контрольной группы.

Результаты исследования и выводы. Гипертония установлена у 33,9% рожениц из числа обследованных (348 женщин). Нами моносимптомный гестоз обнаружен у 34 рожениц (118,5%), сочетание двух из трех – в 39 (33,1%), полный набор триада Цангемейстра (отеки, гипертензия, протеинурия) – в 45 (38,1%) случаях. По степени тяжести гестоза соответственно I, II и III с суммарными баллами гестоза ≤ 7 , 8-11, и ≥ 12 установлено в 66, 1%, 27,1% и 6,78% случаях ($P < 0,001$).

Анализ результатов показал, что роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели частые указания в анамнезе на ранние (9,5%, против 8,0% контрольной группы, $P < 0,005$) и поздние токсикозы

(49,2% и 23,2%, $P < 0,001$), выкидыши перед первыми (11,9% и 4,96%, $P < 0,018$) и повторными родами (13,6% и 3,6%, $P < 0,002$), искусственные аборты (22,9% и 14,3%, $P < 0,046$), преждевременные роды (26,3% и 15,2%, $P < 0,001$) и врожденные пороки развития (8,47% и 2,68%, $P < 0,025$).

Роженицы основной группы имели высокую частоту хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей (17,8% и 7,14%, $P < 0,006$), артериальную гипер – (18,6% и 8,92%, $P < 0,001$) и гипотензию (15,5% и 4,46%, $P < 0,002$) до беременности, заболевания мочевыводящих путей (22,9% и 10,7%, $P < 0,006$), гинекологические заболевания (20,3% и 8,04%, $P < 0,002$), анемии до (33,1% и 23,2%, $P < 0,046$) и во время беременности (43,2% и 27,7%, $P < 0,007$), эндокринопатии (23,7% и 14,3%, $P < 0,04$) в виде ожирения, гипер- и гипотиреоза.

Таким образом, роженицы основной группы существенно отличались от данных контрольной группы по анамнестическим данным и концентрации хронических экстрагенитальных заболеваний. Больные женщины с указанными факторами риска преэклампсии должны быть подвергнуты тщательному профилактическому и терапевтическому контролю и диспансеризации в последующие беременности.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗАДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедова Г. Х., Хакимов А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Железадефицитная анемия – самое распространенное состояние. Особенно высок риск развития дефицита железа у детей раннего возраста, когда из-за быстрого роста потребность в железе высокая, а его поступления ограничено из-за особенности питания. Доказано, что даже без анемии дефицит железа способен отрицательно влиять на развитие нервной системы и поведения, доказано влияние на энергетический обмен в нейронах, метаболизм нейромедиаторов развитие функций памяти.

Цель исследования: изучить концентрации гемоглобина в единице объема крови, содержание эритроцитов, функциональную активность костного мозга, цветовой показатель, физиологические функции организма.

Материалы и методы. В отделении детской консультативной поликлинике ТМА за 2016 год проходили обследование и лечение 52 пациента с различной степенью анемии. Общий анализ крови, мочи, кала по стандартной методике.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых детей старше первого месяца жизни наиболее часто железоздефицитные – 5 раз чаще, чем все остальные анемии вместе взятые. Очень высокая частота анемии у

детей первых 6 мес жизни 34% - 2-3 мес и 45 % - от 3 до 6 мес. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у (11%) детей: вирусные и бактериальные инфекции, генетические патологии, родственный брак, угроза прерывания на разных сроках беременности, что может явиться причиной нарушения нормального развития органов и систем. Из анамнеза у 75 % больных выяснено, что до лечения отмечались периодические жалобы на частые головокружение, слабость, быстрое утомляемость, частые респираторные заболевания. Патологические изменения в анализах крови в виде гипохромной анемии лейкоцитоза, эозинофилиза, нейтрофилиза со сдвигом влево обнаружены у 25 % пациентов.

Выводы:

1. Таким образом, высокая распространенность железодефицитных состояний у детей раннего возраста, негативные отдаленные последствия для здоровья ребенка делают проблему для детей и является чрезвычайно актуальной в практике педиатра.

2. Использование препаратов железа не требует каких-либо диетических ограничений. С клинической позиции важно, что парентеральные и пер оральные лекарственные формы препаратов позволяет успешно использовать их на этапе стационарного лечения, так и амбулаторной практике

ОСОБЕННОСТИ МЕТОБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ахмедова Г. Х., Хакимов А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Железодефицитная анемия – самое распространенное состояние. Особенно высок риск развития дефицита железа у детей раннего возраста, когда из-за быстрого роста потребность в железе высокая, а его поступления ограничено из-за особенности питания. Доказано, что даже без анемии дефицит железа способен отрицательно влиять на развитие нервной системы и поведения, доказано влияние на энергетический обмен в нейронах, метаболизм нейромедиаторов развитие функций памяти.

Цель исследования: изучить концентрации гемоглобина в единице объема крови, содержание эритроцитов, функциональную активность костного мозга, цветовой показатель, физиологические функции организма.

Материалы и методы. В отделении детской консультативной поликлинике ТМА за 2016 год проходили обследование и лечение 52 пациента с различной степенью анемии. Общий анализ крови, мочи, кала по стандартной методике.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых детей старше первого месяца жизни наиболее часто железodefицитные – 5 раз чаще, чем все остальные анемии вместе взятые. Очень высокая частота анемии у детей первых 6 мес жизни 34% - 2-3 мес и 45 % - от 3 до 6 мес. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у (11%) детей: вирусные и бактериальные инфекции, генетические патологии, родственный брак, угроза прерывания на разных сроках беременности, что может явиться причиной нарушения нормального развития органов и систем. Из анамнеза у 75 % больных выяснено, что до лечения отмечались периодические жалобы на частые головокружение, слабость, быстрое утомляемость, частые респираторные заболевания. Патологические изменения в анализах крови в виде гипохромной анемии лейкоцитоза, эозинофилиза, нейтрофилиза со сдвигом влево обнаружены у 25 % пациентов.

Выводы:

1. Таким образом, высокая распространенность железodefицитных состояний у детей раннего возраста, негативные отдаленные последствия для здоровья ребенка делают проблему для детей и является чрезвычайно актуальной в практике педиатра.

2. Использование препаратов железа не требует каких-либо диетических ограничений. С клинической позиции важно, что парентеральные и пер оральные лекарственные формы препаратов позволяет успешно использовать их на этапе стационарного лечения, так и амбулаторной практике.

**SYNDROME CYSTIC DISEASE OF OVARIES IS THE CAUSE
INFERTILITY**

Duschanova Z.A.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Syndrome cystic disease of ovaries which cause to infertility in women is one of the basic and important problems of gynecology. Syndrome cystic disease of ovaries can cause the structure of ovarian dysfunction, chronic unovulation and gyperandrogenation. In this case an average of 7% of women of childbearing age, 18-35 years of age. The disease worthy of note is that women will have infertility problems and their families in conflict situations, as well, can lead to a sharp decrease in the quality of life of the people.

The purpose: syndrome cystic disease of ovaries is the cause infertility and lead to infertility.

Material and methods: the years 2015-2016 due to ovarian syndrome of cystic disease studied 14 women suffering from infertility. All women with clinical and biochemical studies glands (thyroid, breast palpation, body mass index, to determine the functional and diagnostic tests, ultrasound, hormonal studies). The results are: cystic diseases syndrome, the ovaries of 14 women

suffering from infertility due to 13 women (93%) of the menstrual cycle disorders, 14 (100%) unovulation, 1 (7%), amenorrhea, 12 (86%) of the enlarged thyroid gland, 8 (57%) teroids, 9 (64%), 10 (71%) of obesity masculinization.

Conclusion: syndrome cystic disease of ovaries the majority of women with menstrual cycle disorders and unovulationiya. It may cause infertility. The processes such as enlarged pituitary gland and its disorders, obesity and gyperprolactenemy occupy one of the main place. So, to overcome the problem of infertility caused by ovarian syndrome cystic disease gynecological theoretical approach, but taking into consideration the above-mentioned processes, along with a narrow therapeutic work needs to go.

ULCERS AND PREGNANCY

Duschanova Z.A.

Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy

Ulcer disease is a chronic, cyclically occurring disease with ulceration of the mucous membrane of the stomach or duodenum during an exacerbation. Recently, the incidence of peptic ulcer disease in women. According to scientists, this growth is due, above all, to an increase in stress factors. The main predisposing factors are: heredity, constitutional features of the body, violation of diet, smoking, etc. The leading etiologic factor of stomach and duodenum ulcers is infection with *Helicobacter pylori*.

Peptic ulcer disease of the stomach and duodenum is complicated by bleeding, perforation and penetration. The most formidable complications include malignancy (turning into cancer).

Previously believed that pregnancy causes an almost regular exacerbation of peptic ulcer and recommended the termination of pregnancy in this disease. However, in recent years this view has changed dramatically. Scientists confirm that during pregnancy, exacerbations occur, not as often as it was previously thought.

It is established that pregnancy in most cases is accompanied by remission of the disease, and initially peptic ulcer in pregnant women occurs relatively rarely. Rarely during pregnancy, there are complications of peptic ulcer, such as bleeding, perforation, stenosis of the pylorus.

Pregnancy has a beneficial effect on the course of peptic ulcer. One of the reasons for the favorable course of peptic ulcer during pregnancy is a decrease in the acidity of the gastric contents due to a decrease in the production of hydrochloric acid and an increase in mucus formation. Female sex hormones stimulate the regeneration of connective tissue and lead to the formation of a granulation shaft in the bottom of the ulcerative defect. This increases the resistance to peptic aggression and the healing process.

During pregnancy, there is a higher position of the stomach due to the high standing of the bottom of the uterus. And this, in turn, reduces its capacity,

contributing to a faster onset of a feeling of satiety, which ultimately has a beneficial effect on the course of peptic ulcer and reduces maternal mortality.

Thus, with a peptic ulcer pregnancy is permissible, the disease does not affect the development of the fetus. Pregnant women suffering from peptic ulcer and duodenal ulcer must be registered not only with the obstetrician-gynecologist, but also with the gastroenterologist. If there are complications of peptic ulcer requiring an operative intervention, it is permissible with subsequent retention of pregnancy. The delivery is carried out in a conservative way, through the natural birth canal.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, СОДЕРЖАЩИХ ДРОСПЕРИНОН У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Предменструальный синдром (ПМС) - симптомокомплекс, возникающий в дни, предшествующие менструации, и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. По данным ряда авторов легкие формы предменструального синдрома наблюдаются у 95% женщин, а тяжелые формы ПМС встречаются у 3 – 8% женщин репродуктивного возраста. В основе развития ПМС лежит нарушение соотношения между содержанием эстрогенов и прогестерона в крови. При этом эстрогены вызывают задержку натрия и жидкости в межклеточном пространстве, что приводит к появлению таких симптомов как отечность, нагрубание и болезненность молочных желез, метеоризм, головная боль и другие. Прогестерон обладает натрийуретическим действием, угнетая канальцевую реабсорбцию. Поэтому при недостатке прогестерона происходит накопление жидкости в межклеточном пространстве и развитие отеков.

Метод и материалы: нами проведено поперечное исследование 115 женщин репродуктивного возраста и использован вопросник, охвативший критерии диагноза ПМС, предложенные Американским коллегам акушер-гинекологов (ACOG). В ходе изучения спектра клинической симптоматики ПМС удалось выяснить, что с наибольшей частотой женщины с ПМС испытывают физические симптомы. В частности, чаще всего регистрировались боли в мышцах, суставах и спине, далее следовали боли спастического характера или боли внизу живота, а также нагрубание молочных желез. Так, боли в суставах, мышцах, спине отмечены в 26,1%, спастические боли, боли внизу живота в 21,1%, вздутие живота в 43,1%, нагрубание молочных желез в 32,7%, прибавка в весе в 47%, отеки конечностей в 12,7%, В наблюдений ощущали слабость, недомогание 25,1%, раздражительность 19,5%, чувство злости 16,5%, головные боли

26%, изменения настроения 9,1%, беспокойство 7,8%, нарушения сна 8,5%, напряжение 7,4%, возбужденное состояние 7,3%, затруднение концентрации внимания 6,9% пациенток. Для лечения предменструального синдрома нами использован комбинированный оральная контрацептив (КОК), содержащий дросперинон (этинилэстрадиол 20мкг/дросперинон 3мг) на три цикла.

Результаты: после применение КОК, содержащего дросперинона отмечалось выраженное уменьшение симптомов ПМС. Боли в суставах, мышцах и спине снизились на 76,1%, боли внизу живота в 87,2%, вздутие живота на 83,3%, нагрубание молочных желез на 62,7%, отеки конечностей на 72,1%, раздражительность на 37,2%, головные боли на 62,4%, изменения настроения на 30,1%, затруднение концентрации внимания на 36,9%.

Вывод: применение КОК, содержащего дросперинон, оказалось эффективным при устранении физических симптомов предменструального синдрома.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ- КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дусчанова З.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Невынашивание беременности - актуальная проблема современного акушерства и перинатологии, что определяется его социальной и медицинской значимости. Частота невынашивания беременности, по данным различных исследователей, колеблется от 5 до 45%, и не имеет тенденции к снижению на протяжении последних лет. Частота невынашивания беременности по отношению к общему числу родов составляет 5-10%.

На частоту невынашивания беременности большое влияние оказывает социально-экономические факторы: профессия, условия жизни, частота экстрагенитальных заболеваний. Среди них в структуре невынашивания беременности особое место занимает экстрагенитальные заболевания. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто выявляется пиелонефрит. Частота невынашивания беременности у больных пиелонефритом достигает 30%, преимущественно за счёт преждевременных родов. Перинатальная смертность при нерациональном лечении достигает 30%.

Цель: изучить течение беременности у больных хроническим пиелонефритом, в числе преимущественные сроки нарушения беременности, клинику и исход для матери и плода (новорожденных).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 3255 историй родов, из них 150 преждевременных. Определена частота невынашивания беременности при хроническом пиелонефрите, структура невынашивания беременности, преимущественные сроки нарушения

беременности, исходы преждевременных родов для матери и плода (новорожденных).

Результаты: по данным ретроспективного анализа, частота преждевременных родов составляет 4,6%. Частота преждевременных родов у больных хроническим пиелонефритом составляет 32,6%, а в структуре причин преждевременных родов он занимает второе место после анемии. У 53,8% женщин с хроническим пиелонефритом преимущественные сроки нарушения беременности соответствовали 32-36 нед гестации. Преждевременные роды чаще наблюдались у повторнородящих (70,1%). При преждевременных родах, отягощенных хроническим пиелонефритом, преэклампсия отмечалась в 8 раз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 1,4 раза, многоводие в 1,7раза, несостоятельность рубца матки в 6,4 раза чаще, чем при беременности, не отягощенной этим заболеванием. Дородовым излитием околоплодных вод роды осложнились у 37% женщин с хроническим пиелонефритом, предлежанием петель пуповины у 13%, поздними гипотоническими кровотечениями у 3,4%, дефектом последа у 6%, быстрым течением родов у 13%. Выявленные при изучении исхода беременности и родов для плода хроническая внутриутробная гипоксия плода (53%), задержка внутриутробного развития плода (20%), возможно, обусловлены нарушением маточно-плацентарного кровотока. У 57,7% новорожденных выявлен двусторонний ателектаз легких.

Вывод: Своевременная диагностика и лечения хронического пиелонефрита у беременных позволит сокращать частоту преждевременных родов и улучшит исходов беременности и родов для плода и новорожденного.

PREVALENCE AND PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG CHILDREN

**Zakirova Z.M., Sharova O., Shavkatjonova H.
The second medical College of the city of Fergana
Fergana branch of Tashkent medical academy**

Bronchial asthma - allergic disease, with the basis of chronic inflammatory process in the Airways and bronchial hyperreactivity to the impact of various incentives.

The prevalence of bronchial asthma among children in different countries varies from 1.5 to 8% to 10%. Discrepancies between the official statistics data on applications and results of epidemiological studies are associated with underdiagnosis of asthma in different age groups. The disease can begin at any age. 50% of patients children symptoms develop to 2 years, 80% to school age.

Asthma is the most common disease of children's age, the frequency of which in Uzbekistan is 5-12%. More common in boys (6% compared to 3.7% in girls), but with the onset of puberty, the frequency of the disease is the same in

both sexes. Asthma more common in urban residents (7.1 percent, compared with 5.7% among rural residents).

Recorded currently by the increasing prevalence of asthma in all age groups due to the following factors: the impact of air pollutants inside homes, due to the nature of modern building materials and the recirculation of air (nitrogen dioxide, cigarette smoke, etc.), and a larger number of different allergens (dust mites, cockroaches, fungi, animal hair); the incidence of viral respiratory infections at an early age; nursing deeply premature babies with insufficient differentiation of the respiratory system, leading to the development of pathology of the respiratory system (e.g., respiratory distress syndrome, bronchopulmonary dysplasia, etc.); Smoking in the families, especially pregnant and nursing mothers, affecting the baby's lung development.

To reduce the effect of dust mite allergens requires the use of special impermeable covers for mattresses, pillows and blankets. Rugs or carpets should be replaced with linoleum, hardwood floors or parquet floors. All of the bedding to daily wash in hot (55-60°C) water. Carpets should be treated with acaricidal liquids or tannic acid. For cleaning it is advisable to use a vacuum cleaner with a built-in HEPA filter and a dust collector with thick walls. Soft toys should be washed in hot water or freeze periodically. Use of home air ionizers does not reduce the severity of symptoms of asthma. It is necessary to eliminate pockets of mold and prevent high humidity in the apartment during the whole year.

To reduce contact with pet allergens: do not let the pet into the bedroom or main living room. For cleaning it is advisable to use a vacuum cleaner with a built-in HEPA filter and a dust collector with thick walls. Even after the complete removal of animals from the house it may be many months before the allergen concentration is reduced to acceptable values.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Ахмедов Ш.О.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Риск возникновения неинфекционных заболеваний, в том числе ожирения и артериальной гипертензии, определяется генетическими факторами риска и образом жизни детей в подростковом возрасте и у взрослых. В нашем регионе отсутствуют четкие факторы риска, позволяющие прогнозировать развитие и формирование артериальной гипертензии и ожирения у детей, а также отсутствуют данные по частоте сформированных метаболических нарушений в липидном и углеводном обмене, и их взаимосвязи с факторами риска.

Цель исследования. Изучение факторов риска развития артериальной гипертензии у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 49 детей с ожирением в возрасте от 5 до 16 лет во 2-ой семейной поликлиники г. Самарканда. В результате проведенных исследований у обследованных нами больных детей выявлена наследственная их предрасположенность к ожирению, сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету и артериальной гипертензии. Был собран социальный анамнез, включающий особенности образа жизни, злоупотребление жирной и углеводистой пищей и проведены антропометрические измерения (рост, вес, масса тела), суточный мониторинг артериального давления (СМАД). Больным было проведено ЭКГ- исследование, определение уровня триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), глюкозы крови натощак и по показаниям глюкозо-толерантный тест.

Результаты исследования. У обследованных детей была выявлена артериальная гипертензия (уровень АД был выше 130/90 мм рт. ст.). В результате проведенного исследования было отмечено повышено содержание триглицеридов. Которые составили - $175 \pm 1,69$ мг/л (73%), повышено содержание холестерина - $98,03 \pm 0,75$ ммоль/л (77%), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) также были повышены (39%), а содержание липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) - снижены (25%) по сравнению с контрольной группой, индекс массы тела >20 кг/м² и отмечена инсулинорезистентность (65%).

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований выявлено, что факторами риска развития артериальной гипертензии у детей с метаболическим синдромом являются: дислипидемия (гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия), повышение содержания ЛПНП, снижение содержания ЛПВП и инсулинорезистентность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТАВА ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У ДЕТЕЙ С ВИТАМИН D-ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ

Ибатова Ш.М., Мухамадиев Н.К.,

**Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский государственный университет**

Актуальность. Витамин D -дефицитный рахит до настоящего времени является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеет серьезные последствия, обуславливающие высокую заболеваемость детей. При данном заболевании из-за недостатка витамина D происходят процессы нарушения всех видов обмена веществ, в том числе и липидного

Целью работы явилось изучение состава высших жирных кислот в сыворотке крови у детей с витамин D-дефицитным рахитом методом газожидкостной хроматографии.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 49 детей с рахитом на базе детской поликлиники №2 г. Самарканда. Среди обследованных детей острое течение заболевания отмечалось у 25 (51%), подострое у 24 (49%) детей.

Состав высших жирных кислот в сыворотке крови у обследованных детей определяли методом газожидкостной хроматографии. Качественный и количественный состав высших жирных кислот определяли на хроматографе цвет 100, модель 165 с пламенно-ионизационным детектором. В результате идентификации разделенных метиловых эфиров жирных кислот в сыворотке крови обнаружены следующие жирные кислоты: С(16:0) – пальмитиновая, С(16:1) – пальмитолеиновая, С(18:0) – стеариновая, С(18:1) – олеиновая, С(18:2) – линолевая, С(18:3) – линоленовая и С(20:4) – арахидоновая.

Результаты исследования. Исследования показали, что при рахите у детей содержание С(16:0)- $28,96 \pm 1,37\%$, ($P < 0,01$) (у здоровых этот показатель составило- $28,17 \pm 1,37\%$), С(18:0)- $27,67 \pm 0,82\%$, ($P < 0,20$), ($26,13 \pm 1,32$) и С(18:3)- $2,11 \pm 0,45\%$, ($P < 0,05$), ($2,41 \pm 0,45\%$) повысилось, а содержание таких жирных кислот как С(16:1)- $1,62 \pm 0,43\%$, ($P < 0,01$), ($2,70 \pm 0,22\%$); С(18:1)- $0,76 \pm 0,10\%$, ($P < 0,20$), ($0,90 \pm 0,13\%$); С(18:2)- $30,74 \pm 2,10\%$, ($P < 0,50$), ($33,32 \pm 2,51\%$) и С(20:4)- $2,10 \pm 0,51\%$, ($P < 0,05$), ($3,56 \pm 0,60\%$) снизилось т.е. наблюдается липидный дисбаланс, что требует проведения корригирующей терапии данной патологии.

Выводы. Таким образом, при D-дефицитном рахите у детей наблюдается липидный дисбаланс. Традиционный метод лечения не приводит к восстановлению метаболизма высших жирных кислот в сыворотке крови, что указывает на необходимость проведения корригирующей терапии при данной патологии с включением растительных масел.

ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Икрамова Х.С

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Преэклампсия является грозным осложнением беременности, родов и послеродового периода и занимает одно из ведущих мест в структуре причин материнской и перинатальной смертности как в нашей стране, так и за рубежом. У беременных проживающих в регионе Приаралья имеется риск развития преэклампсии в два раза больше, потому что неблагоприятные условия экологии в этой зоне провоцируют и усугубляют течение хронического пиелонефрита, в ряду с другими заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Целью: изучить особенности течения и исходов преэклампсии развивающийся на фоне пиелонефрита у беременных проживающих в регионе Приаралья.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование проводилось у 62 женщин в Хорезмском областном перинатальном центре. Истории беременных были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 42 беременные с диагнозом тяжелой преэклампсии на фоне хронического пиелонефрита в возрасте от 17 до 29 лет (средний возраст $23 \pm 4,5$ года).

Результаты исследования и их обсуждение. У 48% женщин данная беременность была первой, 2 и более беременностей в анамнезе имели 52% женщин. Сравнительный анализ указал значительное преобладание осложнений течения беременности и неблагоприятного исхода родов для матери и плода в основной группе по сравнению с контрольной. В первой группе беременность закончилось срочными родами у 76,5% женщин, преждевременные роды были у 22,8%, внутриутробная гипоксия и инфицирование плода наблюдалось в 11,6% случаев, синдром задержки развития плода (СЗРП) отмечен у 15,8% женщин. У 2% беременных выполнена операция кесарева сечения по поводу рубца на матке. Среди осложнений преобладали несвоевременное излитие околоплодных вод (40,2%), аномалии родовой деятельности (19,5%), аномалии отделения плаценты (22,4%). У 86,3% женщин основной группы наблюдался лейкоцитоз (9,5 г/л и выше), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромная анемия ($Hb < 95$ г/л). Заболеваемость новорожденных у матерей с пиелонефритом составила 17%. У 2% детей имелись нарушения адаптации плода в ранний неонатальный период, частота гипоксического синдрома составила 12%. Таким образом показано резкое увеличение перинатальной патологии и нарушения течения беременности у женщин с тяжелой преэклампсией на фоне пиелонефрита.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Икрамова Х.С

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Хронический пиелонефрит, в ряду с другими заболеваниями почек и мочевыводящих путей занимает второе место среди инфекционной экстрагенитальной патологии после острых респираторных заболеваний. Рост встречаемости преэклампсии, как осложнения беременности, за последние 5 лет, по мнению многих авторов связан с широким распространением экстрагенитальной патологии. В последние годы ключевым звеном патогенеза гипертензивных нарушений считают

системную гипоперфузию и гипоксию, обусловленные генерализованными нарушениями сосудистого тонуса.

Цель исследования: изучение особенностей течения преэклампсии у беременных на фоне хронического пиелонефрита, влияния на исход родов для матери и плода и эффективности лечения преэклампсии у беременных региона Приаралья.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 82 женщин в отделение патологии беременных Хорезмского Областного перинатального центра. На УЗИ почек одностороннее поражение имелось у 32,5% женщин, двустороннее – у 67,5%. Бактериурия выявлена у всех исследуемых первой группы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов показал выраженность эндогенной интоксикации, устойчивость артериальной гипертензии у беременных на фоне проводимого лечения и низкую вариабельность частоты сердцебиения плода. Артериальное давление в основной группе регистрировалось в пределах - 150 – 138/ 105 – 89 мм.рт.ст., в контрольной группе в пределах 128 – 144/ 85 - 97 мм.рт.ст. В первой группе беременность закончилось срочными родами у 76,5% женщин, преждевременные роды были у 22,8%, внутриутробная гипоксия и инфицирование плода наблюдалось в 11,6% случаев, синдром задержки развития плода (СЗРП) отмечен у 15,8% женщин. У 2% беременных выполнена операция кесарева сечения по поводу рубца на матке. Лечение преэклампсии проводилось стандартными методами и включало магнезиальную, инфузионную, симптоматическую терапию, коррекцию нарушений в системе мать–плацента–плод.

Выводы: Течение преэклампсии на фоне пиелонефрита, сопровождаются более выраженными гемодинамическими нарушениями в организме матери, ведет к увеличению частоты гипоксического синдрома в раннем неонатальном периоде (12%), инфицированию плода (11,6%) и наличию СЗРП (15,8%). Таким образом показано резкое увеличение перинатальной патологии и нарушения течения беременности у женщин с тяжелой преэклампсией на фоне пиелонефрита.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС

Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить взаимосвязь задержки нервно-психического развития (НПР) доношенных и недоношенных новорожденных в динамике первых шести месяцев жизни.

Материал и методы исследования. Прослежено НПР 40 доношенных (срок гестации 38-40 недель) и 20 недоношенных детей (срок гестации 32-37 недель) в динамике первых шести месяцев жизни.

Результаты исследования. Нами изучено, что неврологический очаговые симптомы чаще встречаются у недоношенных (50%), чем у доношенных детей (20%) в период новорожденности. Признаки церебральной патологии в первые дни жизни были обнаружены у 35% недоношенных и у 15% доношенных. Признаки натального повреждения спинного мозга выявлены у 25% недоношенных и у 5% доношенных ($P < 0,01$). Динамическое наблюдение детей в первые 3-6 месяцев жизни с задержкой НПР и их сопоставление с данными УЗИ исследования показало, что задержка НПР более стойко сохраняется у детей, родившихся недоношенными (30,0%), чем доношенными (7,5%, $P < 0,01$).

Основными клиническими симптомами пациентов с повреждениями шейной отдела спинного мозга являлись верхние вялые парализации или монопарез, в сочетании с пирамидными нарушениями в ногах. Так, поисковый, хоботковой и сосательные рефлексы практически у всех пациентов этой клинической группы были сохранены, несмотря на выраженность неврологической симптоматики, поскольку она была спинальной. У всех новорожденных этой группы хватательный рефлекс и рефлекс Бабкина был грубо снижен, либо отсутствовал, причем у многих была явная асимметрия рефлекса. К 7 дню жизни тенденция к восстановлению хватательного рефлекса была очевидной, но полностью рефлекс не восстановился не у одного ребенка.

Таким образом, у недоношенных детей, чем у доношенных, в раннем неонатальном периоде часто отмечаются выраженность безусловных рефлексов, и это определяет поздний неврологический статус. У недоношенных детей также отмечаются стойкие изменения параметров УЗИ (нейросонография) головного мозга, которые сильно коррелируют с поражениями головного и спинного мозга новорожденных в неонатальном периоде. Недоношенные дети с клинко-инструментальными признаками поражения головного и спинного мозга составляют группу риска по отставанию нервно-психического развития в раннем детстве.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ

Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт

Определение состояния нервно-психического развития (НПР) детей первых месяцев жизни должна быть дифференцированной, т.к. параметры НПР отличаются большей вариабельностью в связи с физиологической зрелостью и индивидуальными особенностями детей в постнатальном этапе жизни (Аршавский И.А., 1996, Воронцов И.М., 2001).

Цель работы. Изучить НПП детей, родившихся доношенными и переношенными в динамике первых шести месяцев жизни.

Материал и методы исследования. Обследовано НПП в динамике 3-6 месяцев жизни 40 доношенных детей (срок гестации 38-40 недель) и 20 переношенных со сроком гестации 41-42 недели. Нервно-психическое развитие изучалось по шкале Журбы Л.Т. и Мостюковой Е.М.(1992): коммуникабельность, сенсорное развитие, двигательная активность. Материал обработан методом параметрической статистики (Лакин Г.Ф., 1990).

Результаты исследования. В ходе динамического наблюдения выявлены случаи задержки НПП в виде отдельных её форм соответственно у 2 (5%) и 3 (15,0%, $P<0,05$) доношенных и переношенных. Сочетанные формы задержки НПП по нескольким параметрам шкалы были обнаружены у 15% доношенных и 35% переношенных ($P<0,01$), т.е. сочетанные формы задержки НПП в 2 раза и её отдельные формы в 3 раза чаще встречаются среди переношенных детей. При изучении степени влияния отдельных групп факторов на НПП обнаружено, что наибольшая сила влияния ($n \times 2 = 14,7$, $P<0,01$) пренатальных факторов, таких как хронические заболевания матери и осложнения в родах, экстрагенитальные заболевания, гипоксия плода и асфиксия новорожденных.

Таким образом, как отдельные, так и сочетанные формы задержки нервно-психического развития чаще наблюдаются у детей, родившихся переношенными в силу воздействия пре- и интранатальных факторов риска.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

В осуществлении процессов адаптации к условиям внеутробной жизни у здоровых и больных новорожденных, особое место занимает система кровообращения, от эффективности работы которой во многом зависит становление функции других систем. Этот вопрос в литературе достаточно не изучен.

В целях изучения гемодинамики нами обследованы новорожденные от 62 женщин: 30 – от матерей с физиологической беременностью и родами, 32 - от матерей с гестозом при беременности. Для исследования гемодинамики использована интегральная реография грудной клетки (ИРГТ) по М.И.Тищенко (1978). Изучались ударный объем (УО), ударный индекс (УИ), ЧСС, минутный объем кровообращения (МОК), сердечный индекс (СИ).

Результаты исследований и выводы. Анализ результатов проведенных исследований показал, что в процессе ранней постнатальной адаптации у доношенных новорожденных, родившихся от матерей с физиологической беременностью и родами, отмечалось увеличение разовой и минутной производительности сердца на 2-3 сутки и их снижение к 4-ым суткам, на 5-6 сутки эти параметры стали повышаться и к 7 дню они соответствовали данным первого исследования. (2-3 сутки) за счет учащения ЧСС.

У новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсиями, отмечается существенное снижение уровня кровообращения (УО, УИ, МОК) на 2-6 сутки, адаптационное повышение этих изменений происходит поздно, то есть к 7 дню нормализации не происходило.

Эти данные свидетельствует о снижении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

**Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт**

Актуальность проблемы: патология органов пищеварения у детей отличается высокой распространенностью, ведущее место среди них занимают болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Нарушения функции билиарного тракта - это ранняя патология желчевыводящей системы у детей, которая сопутствует заболеваниям гастродуоденальной зоны, усугубляя их течение.

Цель исследования: выявить особенности течения хронического гастродуоденита у детей с дискинезией желчного пузыря.

Материалы и методы: Во второй клинике СамМИ было обследовано 26 детей в возрасте от 9 до 17 лет (15 мальчиков и 11 девочек) с хроническим гастродуоденитом в сочетании с дискинезией желчного пузыря и 10 детей из группы наблюдения, у которых не выявлена патология желудочно-кишечного тракта. Среди обследованных детей преобладали дети в возрасте от 12 до 15 лет. Диагностический алгоритм включал: сбор анамнеза, клинический осмотр, УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС, интрагастральную рН-метрию, общеклинический и биохимический анализы крови.

Результаты исследования: У 19(73%) обследованных детей отмечался отягощенный семейный анамнез по патологии заболеваний желудка и ДПК в сочетании с хронической патологией желчного пузыря, а у 7(27%) больных только заболевания желудка и ДПК. Сравнительный анализ клинических особенностей хронического гастродуоденита у детей при сочетании дискинезии желчного пузыря показал, что при поражении гастродуоденальной зоны чаще преобладали жалобы на тошноту - у 20

детей, отрыжку горечью - у 12, отрыжку пищей - у 9, рвоту - у 6. Боли в эпигастрии и в правом подреберье отмечались у 18 пациентов. Анализ характера жалоб свидетельствует о полисимптомности проявлений диспептического и болевого синдрома у детей с дискинезией желчного пузыря при сочетании с хроническим гастродуоденитом. По результатам эндоскопического исследования у больных преобладал хронический гастродуоденит без деструкции - 18 (69%), эрозии ДПК - у 8 (31%), дуоденогастральный рефлюкс регистрировался у 7 (27%).

Выводы. Таким образом, хронический гастродуоденит в сочетании с дискинезией желчного пузыря у детей характеризуется полисимптомностью диспептического и болевого синдрома.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ

Ишанджанова С.Х.

Ташкентская медицинская академия

Своевременное прогнозирование, распознавание и лечение, а также профилактика экстрагенитальных заболеваний у матерей приводит к снижению уровня бесплодия среди женщин. Это является одним из актуальных задач нашей медицины. Причины, приводящие к нарушению весьма многочисленны и разнообразны. Например, особое место занимают неправильное использования различных лекарственных препаратов. Целью работы явилось выявление структурно-функциональных особенностей развития и становления репродуктивных органов в условиях хронического токсического воздействия меркозолила на организм матери, и последующего функционирования женской гонады в условиях экспериментального моделирования дисфункциональных состояний тиреоидной системы. В соответствии с целью и задачами исследования были поставлены следующие серии экспериментов: У половозрелых, нерожавших крыс –самок хроническую интоксикацию воспроизводили путем ежедневных введением меркозолила в течение 21 дня. Было воспроизведения модели гипотиреоза, путём пер орального введения меркозолила в дозе 5 мг на кг в сутки. Контролем к каждой экспериментальной возрастной группе животных служили интактные крысы соответствующих возрастов. Контрольные животные получали инъекции физиологического раствора по схеме введения препаратов. Далее эти самки оплодотворялись здоровыми самцами. Для женщин гипотиреоз опасен не только тем, что риск заболевания выше, чем у мужчин, но и тем, что это нарушение может негативно сказаться на репродуктивной способности – возможности забеременеть, выносить и родить здорового ребенка. Прежде всего, следует отметить, что хроническое воздействие на организм матери оказало существенное отрицательное влияние на фертильную способность и течение

беременности у крыс-самок. В контрольной группе у всех животных наступила беременность. В опытной группе беременность наступила лишь у 84% животных, которая завершилась родами в 64 %, выкидышами – в 8%, и смертью в период беременности – в 12% случаях. Важно отметить, что численность потомства, полученного от хронического токсического воздействия мерказолила на организм матерей во всех экспериментальных подгруппах, была значительно меньше, чем в контроле.

ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА

**Каримова Н.А., Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт**

Актуальность. Проблема репродуктивного здоровья мальчиков привлекает пристальное внимание научных исследователей, поскольку наряду с медицинской проблемой все больше приобретает социальное значение. Оздоровление мальчиков и профилактика патологии репродуктивной системы является актуальной проблемой.

Целью исследования явилось изучение влияния дефицита гормонов щитовидной железы на формирование патологии репродуктивной системы у мальчиков.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 256 больных находящихся на учете с диагнозом гипогонадизм за период с 2002 по 2016 годы в возрасте от 10 до 18 лет. У юношей-подростков такие состояния, как нарушение полового развития по типу задержки или гипогонадизма распознаются с опозданием в 2,5-3 года. В 82,5% случаев диагноз связан с обращением родителей по поводу болезни сына и лишь в 12,4% наблюдениях является результатом внимательного отношения к пациенту врачей других специальностей. Больные отличались дефицитом веса $9,7 \pm 2,3$ кг и роста $12,4 \pm 6,5$ см. Они отличались телосложением от здоровых сверстников: избыточным отложением жира в области молочных желез, живота, бедер, мышечной гипотонией. У 86 мальчиков выявлена кардиопатия, которая проявлялась гипертрофией левого желудочка. Боли в конечностях отмечались у 199 мальчиков (78%) на фоне остеопороза. У 120 мальчиков по данным УЗИ выявлена гипоплазия яичек, по сравнению с нормой на $15 \pm 2,3$ мм. Уровень тестостерона $0,01 - 0,3$ нг/мл у здоровых детей, а у больных в 77 больных (30%) уровень тестостерона был ниже этой цифры. Уровень хорионического гонадотропина не определялся у 78% больных, при норме 25 mIU/ml у здоровых детей. У 80% больных был диагностирован гипотиреоз. Лечение проводилось комплексной терапией гормоном хорионическим гонадотропином в дозе от 500 до 1000 МЕ в комбинации с гормонами щитовидной железы (L-тироксин).

Вывод. Снижение половой функции у мальчиков затрагивает широкий круг проблем, требующих повышенного внимания и высочайшего уровня компетентности специалистов в разных областях медицинских знаний. Для профилактики пороков развития мочеполовой сферы и снижения порога фертильного риска следует уделять больше внимания своевременному генетическому консультированию. Для эффективной реабилитации детей с гипогонадизмом необходимо проводить гормональное обследование на гормоны, ответственные за репродуктивную функцию и гормоны щитовидной железы.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ, ДИНАМИКИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В Г.ТАШКЕНТЕ

Касимова Д.А.

Ташкентская медицинская академия,
Школа общественного здравоохранения

Детская инвалидность является важнейшей проблемой во всех странах мира. Сотни тысяч детей-инвалидов нуждаются во внимании и поддержке общества, социальной, медицинской и другой помощи.

Наши наблюдения показали, что уровень общей инвалидности в г.Ташкенте в течение 11 лет колебался с 110,7‰ в 2005 году до 74‰ в 2011 году. Самый низкий показатель первичной инвалидности зарегистрирован в 2011 году 11 случая на 10 тыс.детей, а самый высокий - в 2003 году (15,9‰). Следует отметить, что с 2001 по 2005гг. уровень как общей, так и первичной детской инвалидности в г.Ташкенте существенно не менялся, а начиная, с 2005 года и особенно с 2008 года этот показатель имел тенденцию к снижению.

С 2001 по 2011 год, т.е. за 11 лет, показатель общей инвалидности снизился на 28,1%, а первичной инвалидности - на 29,9% (рис.).

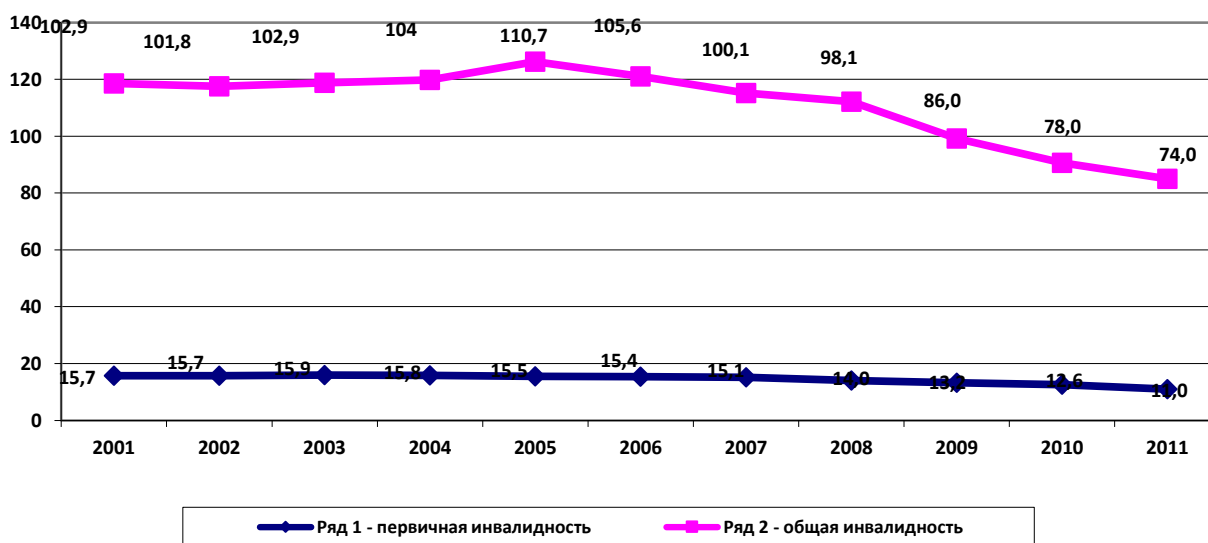


Рис. 3.1. Динамика уровня общей и первичной инвалидности детей в г.Ташкенте.

Выводы: Результаты наших исследований соответствуют данными авторами, анализировавшими основные показатели инвалидности и её причинные факторы в Республике Узбекистана. Так, интенсивный показатель (на 10 тыс. населения) имеет тенденцию к снижению: за последние 3 года -на 18,1% из числа лиц, в первые признанных инвалидами, что, возможно, связано, прежде всего, с тщательным отбором больных, направляемых на ВТЭК, и улучшением оказания как медицинских, так и социальных услуг. На наш взгляд, несмотря на общую тенденцию к снижению детской инвалидности, показатели стабильности групп инвалидности, уровень её остаются довольно высоким.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Кудратова М.П., Мардыева Г.М, Усманова М.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт

Несмотря на высокую эффективность лечения антибактериальными препаратами, пневмония остается в ряду важнейших причин смертности в экономически развитых странах. Рациональный выбор антибиотика является решающим фактором, определяющим течение острой пневмонии и сроки выздоровления больного.

Цель исследования: изучить особенности обратной динамики восстановления клинических, рентгенологических и лабораторных данных при внебольничных пневмониях у детей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 359 больных с внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, находившиеся на лечении в IV отделении пульмонологии 1 детской городской больницы города Самарканда. Использовались клиничко-лабораторные, рентгенологические, микробиологические методы диагностики.

Результаты. У большинства детей внебольничная пневмония развивалась на неблагоприятном преморбидном фоне. Среди наиболее частых отягощающих состояний ведущее место занимали анемии. Наиболее частой (70%) клиничко-рентгенологической формой внебольничной пневмонии являлась очагово-сливная бронхопневмония. Сегментарное поражение легких диагностировалось реже (25%) и преимущественно у детей старшего школьного возраста. Клинически обе формы пневмонии характеризовались среднетяжелым (70%) и тяжелым течением (30%), с преобладающим поражением средней доли. В условиях госпитального лечения наиболее эффективными были цефалоспорины II–III поколения, особенно комбинированная терапия цефалоспоринов

Шпоколения с макролидами. Независимо от этиологического фактора обратная динамика клинических данных происходила в течение первых двух недель. Нормализация лабораторных показателей отмечалась на второй неделе. Физикальные изменения за счет аускультативной симптоматики сохранились более 2-х недель. У основной группы детей с пневмококковой пневмонией рентгенологическое разрешение пневмонии происходило в течение 3-х недель.

Выводы. Положительная динамика клинических, рентгенологических и лабораторных данных, независимо от этиологии внебольничной пневмонии, проявлялась синхронно по срокам: приблизительно в 2/3 случаях в ранний период и 1/3 - в поздние сроки течения бронхолегочного процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

**Кудратова М. П. , Набиева Ш. М.
Самаркандский Медицинский Институт**

Целью исследования. Было клиническое наблюдение за больными с обструктивными бронхитами, с ларинготрахеитами и пневмониями с обструктивным синдромом и эффективность использования препарата небутомола и небуфлюзона при этих заболеваниях.

Материалы и методы исследования. Материалом для наблюдения послужили дети от 6 месяцев до 5 лет с обструктивным бронхитом 20 детей, с ларинготрахеитом 15 детей, с острой пневмонией в сочетании с обструктивным синдромом 20 детей. Для снятия обструктивного синдрома использовался ингалятор (небулайзер) компрессорный CNO2 MV "ulaezerhome". Проведено клиническое наблюдение больных в пульмонологическом отделении детской городской больницы №1 за период с сентября по февраль 2016-2017 года. Были изучены современные методы лечения бронхообструктивного синдрома с использованием небулайзерной терапии у детей.

Результаты и их обсуждение. Всего за период с сентября по февраль 2016-2017 года наблюдались 20 детей с обструктивным бронхитом, 15 детей с ларинготрахеитом, 20 детей с пневмонией с обструктивным синдромом. Все больные поступали в основном на 2-3 день заболевания и это были дети в возрасте от 1 года до 5 лет.

Все дети поступившие в стационар получали препараты небутомола и небуфлюзон в возрастных дозировках через небулайзер "Юлайзер-про", продолжительность ингаляции составляла от 3 до 5 минут. Доза препарата составила до 1 года – 1 мл, после 1 года – 2 мл. Больные получали ингаляции 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести состояния.

Основная масса больных поступала в тяжелом состоянии, с выраженной одышкой и дыхательной недостаточностью 1 и 2 степени. При

поступлении в стационар у всех детей наблюдались температура, кашель, экспираторная одышка, слабость, потливость, снижение аппетита. Начиная с 2-3 суток, отмечалось улучшение общего состояния, положительное изменение реологических свойств мокроты, переход кашля в продуктивный, уменьшение выраженности признаков обструктивного синдрома, уменьшились хрипы.

Выводы: Таким образом:

- 1.** Была получена положительная динамика клинических данных при использовании небулайзерной терапии с применением препаратов небутомола и небуфлюзона. У больных наступало улучшение общего состояния, уменьшалась одышка, быстро снимался обструктивный синдром, что уменьшало пребывание койко дней в стационаре и снижало потребность в парентеральном введении препаратов, что избегало побочных действий препаратов крови.
- 2.** Небулайзерная терапия проста и доступна в использовании, она не даёт побочных эффектов и проста в употреблении как в стационаре, так и в поликлинике и позволит предупредить развитие тяжелых осложнений.
- 3.** Раннее начало терапии, обучение родителей применению небулайзера предотвращает во многих случаях развитие тяжелой бронхиальной обструкции, уменьшает стрессовое воздействие заболевания на ребенка и родителей.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кудратова М. П. , Набиева Ш. М.

Самаркандский медицинский институт

Целью исследования. Было клиническое наблюдение за больными с обструктивными бронхитами, с ларинготрахеитами и пневмониями с обструктивным синдромом и эффективность использования препарата небутомола и небуфлюзона при этих заболеваниях.

Материалы и методы исследования. Материалом для наблюдения послужили дети от 6 месяцев до 5 лет с обструктивным бронхитом 20 детей, с ларинготрахеитом 15 детей, с острой пневмонией в сочетании с обструктивным синдромом 20 детей. Для снятия обструктивного синдрома использовался ингалятор (небулайзер) компрессорный CNO2 MV "ulaezerhome" который состоит из небулайзерной камеры загубника, воздушной трубки, маски, воздушного фильтра. Проведено клиническое наблюдение больных в пульмонологическом отделении детской городской больницы №1 за период с сентября по февраль 2016-2017-года. Были изучены современные методы лечения бронхообструктивного синдрома с использованием небулайзерной терапии у детей.

Результаты и их обсуждение. Всего за период с сентября по февраль 2016-2017 года под наблюдением наблюдалось 20 детей с обструктивным

бронхитом, 15 детей с ларинготрахеитом, 20 детей у которых пневмония протекала с обструктивным синдромом. Все больные поступали в основном на 2-3 день от начала заболевания наблюдаемые больные составили дети от 1 года до 5 лет.

Все дети поступившие в стационар получали ингаляционно препараты небутамол и небуфлюзон в возрастных дозировках через небулайзер "Юлайзер-про", продолжительность ингаляции составляла от 3 до 5 минут. Доза препарата составила до 1 года – 1 мл, после 1 года – 2 мл ингаляционно. Больные получали ингаляции 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести состояния.

Основная масса больных поступала с тяжелым состоянием, с выраженной одышкой и дыхательной недостаточностью 1 и 2 степени выраженности, у них обструктивный синдром снимался на первые сутки от начала получения препарата, у детей со 2 степенью дыхательной недостаточности обструктивный синдром снимался на 2 день от начала получения ингаляции. При поступлении в стационар у всех детей наблюдались температура, кашель, экспираторная одышка, слабость, потливость, снижение аппетита на фоне проводимого лечения, включавшего применение ингаляций с препаратами небутамол и небуфлюзон в возрастных дозировках через небулайзер "Юлайзер-про" начиная с 1-3 суток, отмечалось улучшение общего состояния, положительное изменение реологических свойств мокроты, переход кашля в продуктивный, уменьшение выраженности признаков обструктивного синдрома. Значительное уменьшение частоты кашля наблюдалось через 3 дня. К этому же сроку исчезали патологические физикальные изменения в легких, уменьшались хрипы.

Терапия препаратами небутамол и небуфлюзон проводилась 3-5 дней в зависимости от тяжести состояния и выраженности степени дыхательной недостаточности.

Выводы: Таким образом, проведенные исследования позволили нам сделать следующие выводы:

1. Была получена положительная динамика клинических данных при использовании небулайзерной терапии с применением препаратов небутамола и небуфлюзона ингаляционно. У больных наступало улучшение общего состояния, уменьшалась одышка, быстро снимался обструктивный синдром, что уменьшало пребывание койко дней в стационаре и снижало потребность в парентеральном введении препаратов, что избегало побочных действий препаратов крови.
2. Небулайзерная терапия проста и доступна в использовании, она не даёт побочных эффектов и проста в употреблении как в стационаре, так и в поликлинике и позволит предупредить развитие тяжелых осложнений.
3. Раннее начало терапии, обучение родителей применению небулайзера предотвращает во многих случаях развитие тяжелой бронхиальной

обструкции, уменьшает стрессовое воздействие заболевания на ребенка и родителей.

ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Киличева Т.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Часто рецидивирующие острые заболевания дыхательного тракта, детские инфекции могут нарушить нормальный ход развития антропометрических процессов детского организма.

Цель. Изучить особенностей физического развития у детей дошкольного возраста, страдающих аллергическим рецидивирующим обструктивным бронхитом.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей (дошкольного возраста), страдающих аллергическим рецидивирующим обструктивным бронхитом (АРОБ): мальчики - 28, девочки - 22. У каждого обследованного проводился обще клинический осмотр, измерялись масса, длина тела и окружность груди.

Результаты исследования. Анализ клинических проявлений показал, что у больных детей преобладающим симптомом болезни были приступообразный кашель. Рецидивы обычно возникали несколько раз в месяц. У пациентов часто отмечалась эозинофилия в периферической крови. Продолжительность болезни находилась в пределах от нескольких месяцев до 6 лет и более. Длительность болезни до 2-х лет была у 22 (44,0%) пациентов, от 3 до 5 лет – у 18 (36,0%), свыше 5 лет – у 10 (20,0%). Таким образом, у большинства – 26 (52,0%) болезнь продолжалась в течение длительного периода. Это, естественно, отразилось на показателях роста и развития детей и на их общем состоянии. Изучение антропометрических показателей длины роста, массы тела и окружности груди показало, что у детей, страдающих АРОБ, отмечалось заметное отставание физического роста и развития. Так, показатели роста (длины тела) были ниже аналогичных показателей стандарта у мальчиков на 5,1-8,5%, а у девочек – на 2,2-6,0%. Показатели массы тела оказались ниже аналогичных показателей стандарта у мальчиков - на 3,4-6,6%, а у девочек – на 7,4-18,1%, а показатели окружности груди были ниже аналогичных показателей у мальчиков на - 2,6% а у девочек – на 2,1-3,6% (P<0,05). У большинства детей первые симптомы болезни появлялись в возрасте 4-6 лет. Болезнь часто приобретала длительное хроническое течение. Немало важную роль в нарушении физического развития детей играют такие факторы, как и факторы риска: наследственная отягощенность, искусственное или раннее смешанное вскармливание в течении первого года жизни ребенка.

Выводы. Таким образом у детей, страдающих аллергическими рецидивирующими обструктивными бронхитами отмечается отставание физического развития, которое проявляется в наличии дефицита длины и массы тела, а также окружности груди. В комплексе причин, имеющих значение в отставании физического развития детей, существенная роль принадлежит аллергическим рецидивирующим обструктивным бронхитам, которые негативно влияют на здоровье детей.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ

Киличева Т.А.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. У 20-40% детей имеются жалобы в основном диспептического характера, а также возможен и болевой симптомокомплекс. При этом в 70-90% случаев боли в детском возрасте обусловлены функциональными причинами и являются важной составляющей симптомокомплекса функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ФР ЖКТ).

Цель. Изучить зависимость возникновения ФР ЖКТ у детей младшего школьного возраста от характера питания.

Материалы и методы исследования. Изучая зависимость развития функциональных нарушений ЖКТ от характера питания, нами было обследовано 340 школьников начальных классов (7-10 лет) методом анкетирования и полного клинического обследования. Проанализировав полученные данные, мы пришли к выводу, что у 45% школьников были жалобы диспептического характера.

Результаты исследования. При анализе диспептического синдрома у 37 детей (10,8%) была установлена относительно высокая частота таких жалоб, как периодическая тошнота в 10 случаях (27,7%), у 15 (50%) – снижение аппетита. Реже встречались такие явления как отрыжка и редкая, беспричинная рвота (3 и 4 детей), а также учащение либо урежение стула (4 и 2 школьника соответственно). В единичных случаях, встречались такие жалобы, как повышение аппетита, чувство раннего насыщения, повышенное газообразование, вздутие живота либо отсутствие аппетита. Проанализировав анкеты заполненные родителями детей, мы пришли к выводу, что у 50 детей отмечался синдром раздраженного кишечника, который (14,7%) характеризовался неполным опорожнением кишечника, у 12 детей наличие стула один раз в 3 дня или 1 раз в неделю, а у 31 ребенка частые ощущение вздутия и переполнения в животе. Данные нарушения были в 45% (153 ребенка) у детей вторых и третьих классов. В первом классе у детей наиболее частыми проблемами со стороны ЖКТ были чувство раннего насыщения, а также снижение аппетита. У детей

четвертых классов у 23% детей из 340 обследованных (78 ребенка) чаще наблюдались проблемы связанные с синдромом раздраженного толстого кишечника. Специфического и регулярного лечения ни один ребенок не принимает.

Вывод. В результате проведенного нами анализа анкетирования было определено, что в развитии функциональных нарушений ЖКТ немало важное значение имеет режим питания школьников и употребление некачественных продуктов питания не входящих в список допустимых продуктов питания для школьников начальных классов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мадримова А.Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проблема детского паралича остаётся одним из актуальных проблем в современной медицине. В настоящее время наблюдается постоянное увеличение числа больных с детским церебральным параличом. Частота церебрального паралича в зарубежных странах составляет 2-3 случая на 1000 новорожденных детей, в Узбекистане – 8,9 случая на 1000 новорожденных.

Наиболее существенным в клинической картине ДЦП является не только поражения двигательной системы и интеллектуально-психической сферы, но и нарушения слухового анализатора, что в свою очередь вторично влияет на задержку речевого и умственного развития. По зарубежным данным у детей с детским параличом речи составляет 65-85%, а нарушение слуха отмечается у 10-15%. В настоящее время одним из наиболее распространенных и доступных методов скринингового исследования слуха является отоакустическая эмиссия (ОАЭ).

Цель исследования: изучить состояние слухового анализатора у детей с различными формами ДЦП методом скринингового обследования.

Материалы и методы. Материал настоящего исследования охватывает 67 (134 уха) детей с различными формами ДЦП. Скрининговую группу составляли дети от 6 до 16 лет, мальчики- 36 (53,7%) и девочки- 31(46,3%). Наибольшее число 47(71%) детей было с часто встречающимися формами ДЦП (спастическая диплегия, гемипаретическая, атонически-астатическая формы). С наиболее тяжелыми формами (гиперкинетическая и двусторонняя гемиплегия) были - 20 (29%) детей.

Результаты: Исследование слуховой функции осуществлялось на приборе «Нейро-Аудио-Скрин» двумя классами ЗВОАЭ: задержанной вызванной отоакустической эмиссией (ЗВОАЭ/ТЕОАЭ) и эмиссией на частоте продукта искажения ПИОАЭ/ДРОАЭ). Проведение ПИОАЭ выявило следующие результаты: из 67 ребенка тест пройден на оба уха у

39 детей (78 уха), на одно ухо — у 18 детей (36 уха), тест не пройден на оба уха у 10 детей (20 ушей). Проведенное одновременно исследование слуховой функции методом ЗВОАЭ дало несколько иные результаты: из 67 ребенка тест пройден на оба уха у 48 детей (96 уха), на одно ухо — у 5 детей (10 ушей), тест не пройден на оба уха у 14 детей (28 ушей). При анализе аудиологического скрининга по данным отоакустической эмиссии, выявлено патология слухового анализатора у детей с ДЦП, что составила 41,7 %.

Таким образом, 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.

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ.

Матмуротова С.О., Худайберганов К.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар. Текшириш ўтказишдан олдин синов тадқиқотларини ўтказиш учун 15-49 ёшдаги аёллар орасидан 100 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. Асосан туғиш ёшидаги аёлларда гиподинамия ва овқатланишнинг бузилиши ва гармонал ўзгаришлар метаболик синдромга сабаб бўладиган хавф омилларининг энг катта қисмини ташкил қилиши аниқланилди.

Натижалар. Туғиш ёшидаги аёллар орасида тана вазнининг ошиши кейинги вақтларда катта муаммо ҳисобланади. 35 ёшдан ошган аёлларда тана вазнининг ошиши кўпроқ кузатилди. Висцерал-абдоминал ёғ босиши билан кечувчи гармонал бузилишлар аниқланди, бунга кўра кортизол ошиши, аёлларда тестостерон ва андростендион ошиши, прогестерон камайиши, инсулиннинг ошиши, норадреналиннинг ошиши кузатилди. Гармонал бузилишлар биринчи навбатда ёғнинг асосан висцерал соҳада йиғилишига олиб келади, шунингдек бевосита ёки билвосита инсулинорезистентлик ва метаболик бузилишларга сабабчи бўлади. Инсулинорезистентликнинг шаклланиши ва ривожланишида висцерал ёғ тўқимаси муҳим ўрин эгаллайди. Аёллар орасида метаболик синдромини учраши асосан 35 ёшдан кейин кўпроқ кузатилиши, бу қондаги липидлар алмашинувининг бузилиши, холестерин ва триглицеридлар микдорининг

ошиши билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Кортизол метаболизмга турлича таъсир кўрсатади. Маълумотларга кўра аёллар орасида гиперхолестеринемия 16% ни гипертриглицеридемия 20 % ни ташкил қилди.

Хулоса. Аёллар орасида абдоминал соҳа ёғ тўқимаси, абдоминал ёғ босиши билан кечувчи нейрогормонал бузилишлар, симпатик нерв системаси фаоллигининг ошиши муҳим аҳамиятга эга. Аёллар орасида метаболик синдромни белгилари кўпроқ кузатиляпти. Туғиш ёшидаги аёллар орасида метаболик синдромни белгиларини олдин олиш усулларини излаб топиш катта ва муҳим аҳамиятга эга эканлигидан далолат беради ва изланишлар ўтказишни тақозо этади.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ.

Матризаева Г.Дж., Жуманиязова М.Н

Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии

По данным ВОЗ преэклампсия диагностируется у 28% беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. Преэклампсия осложняет от 1,3% до 6,7% всех беременностей и остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Особенности условий жизни в регионе Приаралья, которые объединяют в себе негативные факторы экологии(соли в питьевой воде, атмосферные грязи и др.) и социально-экономическое неблагополучие, безусловно, отрицательно влияют на состояние здоровья населения, особенно для беременных женщин и детей проживающих в этом регионе.

Целью исследования – оценка **клинических симптомы анемии и изучить особенности их проявлений у беременных с преэклампсией, проживающих в регионе Приаралья.** Исследование проводилось у 185 беременных в Хорезмском областном перинатальном центре в течение 6 месяцев (с сентября 2016г. до февраля 2017 г). Беременные были разделены на две группы. Первую группу входят 78 беременных с диагнозом тяжелой преэклампсии в возрасте от 17 до 29 лет (средний возраст $23\pm 4,5$ года). Во вторую группу включено 107 беременных с легкой преэклампсией в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст $25\pm 4,2$ года).

Анализ крови показал гипохромную анемию ($Hb < 90$ г/л) у 164(88,6%) исследуемых беременных. Согласно классификации ВОЗ: 1 (легкая) степень анемии отмечалась у 41 (25%) беременной, 2 (средняя) степень у 37(22,6%) беременной и 3 (тяжелая) степень у 86 (52,3%) беременной. Самыми частыми симптомами анемии были: тахикардия(исключая органические изменения) у 69(42,1%),

сердцебиение(часто при ходьбе на короткое расстояние) у 104(63,4%), ортостатический коллапс у 78(47,6%) беременных обеих групп. Вариабельность сердечного ритма при тахикардии составила в первой группе 82 – 98 уд. в мин. и 78 – 93 уд. в мин. у пациенток контрольной группы. У первой группы беременных головокружение наблюдалось у 7(8,9%),общая слабость у 42(53,8%), а у второй группы беременных головокружение отмечалась у 26 (24,3%), общая слабость у 87 (81,3%). Свидетельством к этому мнению является развития ПОНРП у 5 (71.4%) беременных, которые жаловались на головокружения в первой группе и у 18 (69,2%) беременных, которые жаловались на головокружения во второй группе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Матризаева Г.Дж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Беременность вызывает в системе кровообращения многообразные изменения, предназначенные обеспечить нормальное развитие плода и безопасные роды. Эти изменения происходят не только в родах, они являются одним из основных проявлений адаптационных механизмов на протяжении всей беременности. Если в здоровом организме беременной резервные возможности сохранены, то при развитии тяжелых форм гипертензионных расстройств происходит их истощение.

Цель исследования: проанализировать изменения гематологических показателей у беременных с преэклампсией тяжелой степени в момент интенсивной терапии и на момент родоразрешения.

Материалы и методы исследования: В Хорезмском Областном перинатальном центре проведен ретроспективный анализ, за период 2015-2016 годы. Нами исследована 187 историй родов с преэклампсией тяжелой степени. Истории беременных разделены на две группы: 1 группа - беременные с преэклампсией тяжелой степени родоразрешенных естественным путем, 2 группа- беременные с преэклампсией тяжелой степени, родоразрешенных путем операции кесарево сечение.

Результаты:Изменения параметров гематологических показателей в начале I периода родов явилось доказательством правильности примененной комплексной интенсивной терапии, что привело к более устойчивой компенсации, выразившейся в снижении уровня артериальной гипертензии, улучшении реологических свойств крови, функции печени, почек.

Таким образом, полученные нами данные сравнительного анализа показателей периферической крови у беременных с ПЭ тяжелой степени при поступлении и родоразрешении подтвердили те закономерности

изменений реологических свойств крови, которые представлены в литературе.

Согласно классическому положению гемореологии, главнейшим фактором, определяющим вязкость крови, является объемная концентрация эритроцитов, т.е. величина гематокрита. Анализ показателя гематокрита при ПЭ тяжелой степени показывает разноплановость его изменений, что может свидетельствовать о том, что при развитии преэклампсии у беременных происходит не только повышение процентного содержания эритроцитов, но и его снижение. Проводимая комплексная интенсивная терапия, применяемая перед родоразрешением, улучшает показатели периферической крови, позволяет стабилизировать течение ПЭ тяжелой степени, и своевременно решить вопрос о сроке и выборе метода родоразрешения.

ЧАҚАЛОҚЛАР ЭРИТРОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ОНАЛАР САЛОМАТЛИГИГА БОҒЛИКЛИГИ

Махмудова Б.Ш., Бозорова М.У., Пазилжанова М.П.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Текшириш натижалари шуни кўрсатадики, соғлом оналардан туғилган чақалоқлар ҳаётининг дастлабки икки кунда эритроцитларнинг ўртача диаметри $8,24 \pm 0,02$ мкм ни ташкил этади. Бола ҳаётининг кейинги кунларида бу кўрсаткич камайиб $7,67 \pm 0,04$ мкм га етади. Бу чақалоқларда эритроцитларнинг хажми дастлабки 7 кун мобайнида деярли ўзгаришсиз бўлиб, ўртача $130,4 \pm 1,89$ мкм ни ташкил этади. Эритроцитлар қалинлиги эса 1-7 кунларида бироз фарқ қилиб 2,01 дан 2,09 мкм атрофида бўлади. Шу кунларда сферик индекс кўрсаткичи эса, ўртача $4,3 \pm 4,0$ га яқин бўлди.

II даражали анемияси бор оналардан туғилган болалар эритроцитлари ўртача диаметри ҳаётининг 1 кун ($8,02 \pm 1,6$ мкм) бўлса, 7 кунга бориб бу кўрсаткичлар ($7,50 \pm 0,22$ мкм) соғломларникидан сезиларли ($P < 0,05$) даражада фарқ қилади. Оғир анемия белгилари мавжуд бўлган аёллардан туғилганларда эса бу кўрсаткич яққолроқ ($P < 0,05$) ифодаланади ($7,94 \pm 0,12$ мкм). Шунингдек, эритроцитлар ўртача хажми кўрсаткичлари ҳам кейинги гуруҳ болаларида энг кичик ($115,5 \pm 1,5$ ва $113,5 \pm 1,2$ мкм) сонларни ташкил қилди. Эритроцитларнинг ўртача хажми нормада $130,6 \pm 1,23$ мкм бўлган холда, болалар ҳаётининг 7 кун енгил анемияси бор оналардан туғилганларда $128,5 \pm 1,8$ мкм; ўртача оғир анемияда $128,5 \pm 1,2$ мкмни ташкил этди холос. Эритроцитлар қалинлиги анемиянинг даражасига боғлиқ бўлмаган холда кўтарила бориб, ҳаётининг 7-кунда контрол гуруҳларникига нисбатан анча юқори ($P < 0,001$) кўрсаткичга етади. Эритроцитлар сферик индекси кўрсаткичлари анемиянинг даражаларига боғлиқ равишда камайиб, айниқса оғир

даражадаги камқонлиги бор аёллардан туғилган болаларда 7 кун и энг паст кўрсаткични ($2,7 \pm 0,2$) ташкил этди

ТОҒ ИҚЛИМИ ШАРОИТИДА БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ТАШҚИ НАФАС ФУНКЦИЯСИГА САНОГЕН ТАЪСИРИ.

**Машарипова С.О., Хайдарова Б.А., Ибрагимов С.С.
Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали**

Аллергик касалликларни жумладан, бронхиал астмани даволашда катор десенсибиловчи, бронхоспазмалитик дори-дармонлар мавжуд бўлсада, уларни, уларни индивидуал эффективлиги етарли бўлмаган ҳолда айниқса болаларда дори аллергиясига хос асоратларни келтириб чиқармоқда. Шунга кўра бронхиал астмани даволашда тоғ иқлими шароитида беморларга даволовчи бадантарбия массаж, физиотерапевтик муолажаларни тавсия этиш, ташқи нафас функциясини, бронхлар гиперреактивлиги ва иммунологик кўрсаткичларни меъёрига келишини таъминлайди.

Текширув мақсади: бронхиал астма билан оғриган беморларга тоғ иқлимнинг ташқи нафас функцияси ва клинко иммунологик кўрсаткичларга саноген таъсирин ўрганишдан иборат.

Кузатувимизда 60 нафар 7-14 ёшгача бўлган беморлар бўлиб, ўғил болалар -33, қиз болалар -27.

Материал услублар. Беморларга ташхисни клинко аллергологик, функционал ва иммунологик текширувлар асосида қўйилди.

Касалликни кечишига кўра беморларни 3 гуруҳга ажратилди:

- 1- гуруҳ касалликни энгил кечиши
- 2- гуруҳ касалликни ўрта оғир кечиши
- 3- Гуруҳ соғлом болалардан ташкил топган назорат гуруҳи.

Хамзабод сиҳатгоҳи йил бўйи беморлага хизмат кўрсатади. Денгиз сатҳидан 3.100 м баландликда жойлашган бўлиб, куёш радиацияси юқори даражада, тоғ этагида сойлар, кўкаламзор ям- яшил адир тоғлар, тоза ҳаво сиҳатгоҳга янада кўркамлиқ бахш этади. Ташқи нафас функцияси “Метатест-2м” аппарати ёрдамида ўрганилди. Қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди: 1 дақиқада нафас сони (НС), бир дақиқада нафас ҳажми (НХ), ўпканинг тириклик сиғими (ЎТС). 1 сонияда нафас чиқариш ҳажми (НЧХ 1с), Тиффно индекси (ИТ), ўпканинг максимал вентиляцияси (ЎМВ). Бронхиал реактивлигини ацитилхолин синамаси билан 14 нафар беморда “Пульма-01” аппарати ёрдамида аниқланди. Бунинг учун беморларга 1 дақиқа давомида физиологик эритма ингаляция қилинди. Физиологик эритмага юқори сезувчанлик аниқланмаганда, ацитилхолинни (50, 100, 200, 1000, 2000) эритмалари билан 1 дақиқа 10 дақиқа интервал билан ингаляция ўтказилди. Бир сонияда нафас чиқариш ҳажмини (НЧХ1с) 20% камайтирган ацитилхолинни энг минимал концентрацияси аниқланди.

Шундай қилиб, тоғ иқлими шароитидаги сиҳатгоҳларда беморлар аҳволи яхшиланиб, касалликни ремиссия даври узайибгина қолмай ўпка вентиляциясининг сезиларли ортиши, бронхлапр сезгирлигини бимологик фаол моддаларга бўлган сезгирлигининг камайиши, хужайра ва гуморал иммун кўрсаткичларини носпецифик омиллари (фагоцитоз)ни меъёрига яқинлашуви юзага келади.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Машарипова С.О., Хайдарова Б.А.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Анемия беременных – анемия, развивающаяся во время беременности (преимущественно во II-III триместре) в результате чего нарушается способность крови переносить кислород.

Классификация: Различают две группы анемий: 1. диагностируемые во время беременности; 2. существовавшие до её наступления.

По степени тяжести анемии различают: - легкая – гемоглобин 110-91 г/л, эритроциты $3,6-3,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит ниже 37-31%; - средняя тяжесть - гемоглобин 90-71 г/л, эритроциты $3,3-3,0 \times 10^{12}/л$, гематокрит ниже 30-24%;

- тяжелая – гемоглобин 70 и ниже г/л, эритроциты менее $3,0-1,8 \times 10^{12}/л$, гематокрит 23-13%.

Симптомы и признаки: вялость, общая слабость; бледность кожных покровов и слизистых оболочек; ломкость волос и ногтей; хейлит (заеды); нарушение аппетита, извращение вкуса и запах изо рта; сонливость, головокружение, потемнение в глазах, головные боли, обмороки, шум в ушах, сердцебиение, одышка, шумы при аускультации сердца; склонность к простудным заболеваниям. Для диагностики проводится общий анализ крови (количество эритроцитов, цветной показатель, гематокрит); биохимия крови: общий белок, Fe сыворотки.

Немедикаментозное лечение: коррекция диеты в соответствии с принципами рационального питания: исключение во время приема препаратов железа приема чая, кофе и жидкости во время еды; обследование на наличие паразитарных инвазий. В I и II триместрах один раз в месяц; в III триместре 2 раза в месяц в зависимости от тяжести анемии по показаниям. Консультация терапевта, гематолога – для уточнения формы анемии.

Медикаментозное лечение: При уровне гемоглобина ниже 100 г/л до 20 недель беременности, а также при наличии клинических признаков, направляется на консультацию гематолога для выявления формы анемии. Рекомендуются соответствующие поправки к диете. При отсутствии эффекта через 2 недели проводится лабораторное исследование (с определением количества эритроцитов, цветного показателя, сывороточного железа). При подтверждении диагноза ЖДА, а также при

исходной анемии на фоне диетотерапии, назначаются препараты железа. Суточная доза для лечения легкой формы составляет – 100 мг железа и 400 мг фолиевой кислоты в течение 3 месяцев. При уровне гемоглобина 70 г/л и ниже необходимо стационарное лечение в ОПБ и консультация гематолога.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ.

Машарипова Ю. К.

Ташкентская медицинская академия

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: исследовать состояние репродуктивного здоровья девушек, занимающихся футболом.

Материалы и методы: В нашем исследовании участвовали 50 девочек занимающихся футболом, в возрасте от 19-23 лет. Общий стаж занятий спортом у всех до 5 лет. Им было проведено анкетирование анализирующее влияние занятий спортом на менструальную функцию. Так как ряд вопросов отражал характеристики репродуктивной функции, сроков начала менструального цикла, особенности его характера и отношения спортсменок к своему репродуктивному здоровью.

В группе обследованных нами спортсменок общая частота менструальных дисфункций составила 55 % . Анализ анкетных данных позволил нам распределить всех девушек по характеру менструальных дисфункций на несколько группы : альгодисменорея и нерегулярный цикл 25%. В другую группу вошли спортсменки с олигоменореей (короткие менструации менее 2-х дней) и гипоменареей (количество теряемой крови менее 40 мл) – 15% . Для 3-й группы была характерна вторичная аменорея (отсутствие менструации в течение 6 и более месяцев) наблюдалось у 8% обследуемых. Нормальный менструальный цикл отмечён у 48% спортсменок.

Большое значение для выявления и профилактики различных заболеваний у спортсменов имеет контроль за состоянием здоровья и диагностика тренированности. По нашим данным, многие спортсменки достаточно легкомысленно относятся к своему здоровью: 62% девушек продолжают тренировки во время менструации, 81% -даже принимают участие в соревнованиях. Среди опрошенных один раз в год посещали гинеколога-12% девушек, 12% реже одного раза, 78% девушек вообще не обследовались за последний год.

Результаты исследования: Интенсивные физические нагрузки психологические нагрузки являются одной из причин развития некоторых нарушений репродуктивного здоровье спортсменок. Тренировочные занятия , превышающие более 8-10 часов в неделю приводят к симпатoadреналовому стрессу и как результат дисфункции яичников.

Повышенная маскулинизация, развивающаяся преимущественно у девушек, занимающихся футболом способствует развитию синдрома гиперандрогении.

Выводы: Надо обязательно ввести наблюдение и регулярное обследование у гинеколога и эндокринолога детей и подростков женского пола, занимающихся спортом с целью своевременной коррекции, развивающихся нарушений репродуктивного здоровья.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СПОРТСМЕНОК ЗАНИМАЮЩИХСЯ БАСКЕТБОЛОМ

Машарипова Ю. К.

Ташкентская медицинская академия

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: Изучения механизмов в степени влияния значительных физических нагрузок у спортсменок на состояние менструальной функции.

Методы исследования: Нами было обследованы девушки спортсменки сборных команд Хорезма по баскетболу. Основную группу составили 50 девушек члены команды, спортивный стаж до 5 лет. Спортсменки обследуемой группы тренировались ежедневно от 3-4 часов, что составило в среднем 18-20 часов в неделю. Контрольную группу составили 50 девушек с активным двигательным режимом, тренировались не более 5- часов в неделю не занимающиеся в спортивных секциях. Все обследованные нами девушки были возрасте от 16-23 лет. Материально-бытовые условия у всех обследованных были удовлетворительными.

Методы исследования: сбор анамнеза анкетирования, физическое развитие оценивали по методу антропометрических стандартов, оценка полового развития по Арон Д.Н., оценка гирсутизма по D.Ferriman-J.D.Gallwey измерений параметров костного таза, метод измерения базальной температуры. Ультразвуковое исследование матки и придатков. Велась статистическая обработка данных с использованием прикладных программ MicrosoftOffice (Word, Excel), StatisticaforWindows.

Результаты исследования: из общего число обследованных спортсменок нарушения менструального цикла выявлено 21 (45,4%) с нормальными менструациями у 29 (54,6%). Из анамнеза установлено, что из гинекологических заболеваний у обследованных девушек имели место воспаления придатков матки дисфункциональные маточные кровотечения. Регистрация минимального гирсутизма по D.Ferriman-J.D.Gallwey(признаки андрогенезации кожи и её придатков) у спортсменок составляет 40%, контрольной группе 4%. Маскулинизация в основной группе наблюдалась у 23 (47%). В группе спортсменок отмечается значительно высший частота позднего менархе (в 5 раз), чем контрольной группе. В группе спортсменок с нарушенной

менструальной функцией (МФ) из расстройств были олиго-опсоменарея у 18 спортсменов, полипройоменарея у 10 спортсменов. В основной группе у спортсменов с нарушенной МФ у 10 (21%) обнаружены гипоплазия матки, у 4 (7,5%) поликистоз яичников.

Заключения: было выявлено достоверная зависимость частоты нарушений МФ от фактора, характеризующего продолжительность еженедельных и ежедневных нагрузок. Предложен нами обязательный скрининг-контроль, который позволит выявить группы риска по развитию нарушений МФ. Совершенствования тренировочного процесса с учётом фазы менструального цикла, с целью построение индивидуальных тренировочных микроциклов, обязательным условиям является проведение тренировочных занятий в оптимальном временном режиме до 12 часов в неделю. Эти мероприятия позволит провести своевременную реабилитационную терапию на фоне постепенно снижающийся нагрузок до полного восстановления МФ.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Назаров К.Д.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. В последнее десятилетие болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей дошкольного возраста, при этом их значительная доля приходится на внебольничную пневмонию (ВП). По наблюдениям клиницистов, ВП нередко протекает бессимптомно, а её терапия не всегда оказывается эффективной, что становится причиной затяжного и осложнённого течения воспалительного процесса. В Узбекистане заболеваемость детей пневмонией находится в пределах 8,2-12,8%. Одной из основных причин увеличения числа пневмоний, является высокий уровень диагностических ошибок и поздняя диагностика. Значительно увеличился удельный вес пневмоний, при которых клиническая картина не соответствует рентгенологическим данным, увеличилось число малосимптомных форм заболевания.

Также имеются сложности в этиологической диагностике пневмоний, так как со временем происходит расширение и модификация перечня возбудителей. Еще относительно недавно внебольничная пневмония связывалась главным образом со *Streptococcus pneumoniae*. В настоящее время этиология заболевания значительно расширилась, и помимо бактерий может быть представлена еще и атипичными возбудителями (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*), грибами, а также вирусами (гриппа, парагриппа, метапневмовирусами и др.), роль последних особенно велика у детей до 5 лет. Все это приводит к несвоевременной коррекции лечения, утяжелению состояния пациента,

назначению дополнительных лекарственных препаратов, что в конечном итоге отражается на прогнозе заболевания. Таким образом, несмотря на достаточно подробное изучение проблемы пневмонии детского возраста, существует необходимость в уточнении современных клинических особенностей пневмонии, исследовании значения различных возбудителей, в том числе пневмотропных вирусов, при этом заболевании.

Цель исследования: Выявление современных клинико-лабораторных и этиологических особенностей течения пневмоний у детей.

Материалы и методы: Было проведено комплексное обследование 63 детей с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 до 15 лет, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении детского стационара Харезмская ОДММЦ г. Ургенч. Среди обследованных детей было 35 мальчиков (55,5%) и 28 девочек (44,4%).

Выводы: 1. Наиболее частой клинико-морфологической формой пневмонии у детей на современном этапе является очаговая правосторонняя пневмония со среднетяжелым течением и локализацией в средней доле (4 и 5 сегменты легких).

2. Для сегментарной пневмонии более характерно тяжелое течение с длительно сохраняющейся фебрильной температурой тела, выраженной локальной симптоматикой и выраженными лабораторными изменениями.

3. У большинства больных (75%) пневмония – пневмококковой этиологии. При этом исследование мокроты методом ПЦР на пневмококк является более информативным, чем посев на флору.

4. Большую роль в развитии пневмонии играют респираторные вирусы, которые были выделены у 30% больных, причем у половины из них – в сочетании с пневмококком.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

**Нуриддинова Г.Т., Пазлжанова М.П., Махмудова Б.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей до 3 месяцев с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 30 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования внутриутробной инфекции.

Результаты исследования. Для оценки состояния здоровья детей при рождении применяли общепринятые клинические методы исследования. Оценка состояния детей после рождения проводилась с использованием шкалы Апгар на 1 и 5-х минутах жизни.

При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по внутриутробной инфекции во время

беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0% против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами внутриутробной инфекции - 25%, $P<0,01$), преэклампсией (77,8% против 40,0%, $P<0,01$), анемией (93,3% против 75,0%, $P<0,05$). У 80% матерей (против 45%, $P<0,01$), детей с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение (13,5%). Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером внутриутробной инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами внутриутробной инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов ($5636,8\pm 659,2$ против $6397,9\pm 305,9$, $P<0,05$), уменьшение относительного содержания лимфоцитов ($65,7\pm 3,1\%$ против $75,5\pm 1,54\%$, $P<0,01$), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов ($4,27\pm 0,18$ против $3,29\pm 0,26\%$, $P<0,05$), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ ($0,41\pm 0,08$ против $0,19\pm 0,01$, $P<0,01$), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ ($0,49\pm 0,06$ против $0,28\pm 0,05$, $P<0,05$), общего индекса интоксикации – ОИИ ($0,89\pm 0,04$ против $0,37\pm 0,05$, $P<0,001$), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ ($0,54\pm 0,04$ против $0,19\pm 0,09$, $P<0,05$) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ ($7,49\pm 0,18$ против $0,29\pm 0,09$, $P<0,05$).

Таким образом, внутриутробная инфекция у доношенных и недоношенных новорожденных характеризуется разнонаправленными изменениями показателей крови: гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, кислотно-основного состояния, что снижает их диагностическую ценность.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРИВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Махмудова Б.Ш.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Целью данной работы явилось выяснение причин дефицита железа и оценка симптомов болезни, частота их проявлений, наличие особенностей в клинике ЖДА у детей раннего возраста.

Под нашим наблюдением находилось 195 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 111, от 1 года до 2-х лет – 59, от 2 до 3 лет - 25 детей.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови

/ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 104 ребенка (53,3%), со средней тяжестью - 70 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 21 ребенка (10,7%). Следует отметить, что из 91 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Также отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (111 – 56,9%). У 164 (84%) детей выявлено снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения- 54 (27,7%); дети были малоподвижными, вялыми – 57 (29,2%), плаксивыми, капризными – 64 (32,8%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (148 – 75,9%) (систолический шум, тахикардия, незначительное расширение границ сердца). У 80 детей (41%) была выявлена гепатоспленомегалия.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 152 (77,9%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, в основном у детей до 1 года.

Таким образом, железодефицитная анемия у детей раннего возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 1 года, а причинами ее развития являются антенатальные факторы, эндогенный и экзогенный дефицит железа, вызванный различными факторами на фоне сопутствующих заболеваний (рахит, экссудативно-катаральный диатез, гипотрофия). В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИЕТОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Олмосов Р.Ш., Миррахимова М.Х.

Ташкентская медицинская академия

Распространенность бронхиальной астмы в последние десятилетия увеличилась более чем в 10 раз. При этом начало заболевания сместилось на более ранний возраст, сегодня ее нередко диагностируют у детей даже первых месяцев жизни. Важная роль в лечении бронхиальной астмы (БА) придается диетотерапии.

Цель исследования: является не только элиминация триггеров, но и обеспечение оптимальных темпов физического развития.

Материал и методы. Обследован 91 ребенок 6–17 лет с БА в отделении пульмонологии. Проводилось анкетирование родителей, осмотр

детей, антропометрия с оценкой по региональным картам роста, оценка качества жизни с помощью вопросника.

Результаты и обсуждение. Мальчики с БА младшей группы в 27,8% случаев имели дефицит массы тела (МТ), в 16,7% – избыток МТ и ожирение. Мальчики пубертатного возраста в 21,7% случаев имели избыточную МТ, дефицит – 17%. У девочек с БА младшего школьного возраста дефицит МТ отмечался в 12,5% случаев, а избыток в четверти случаев. Среди девочек пубертатного возраста с БА более 50% имели избыточную МТ. Девочки с БА в четверти случаев имели снижение роста. Питание 67% является неполноценным по содержанию белка. Редкое включение в рацион овощей, фруктов у 23%, ржаного хлеба у 57% детей приводит к дефициту клетчатки. Недостаточное потребление сливочного и растительного масла отмечается у 47% детей. Питание 47% детей является избыточным по содержанию рафинированных углеводов. Ограничения в питании имеют 80% детей, 67% хотели бы употреблять данные продукты, 33% при этом чувствуют себя «особенными», а 47% иногда нарушают диету. Ухудшение состояния возникают при нарушении рациона у 57%: у 13% – зуд, у 30% – кашель и одышка, у 7% – отек Квинке, у 7% – боли в животе. При оценке физического функционирования, психосоциального состояния выявлено, что качество жизни детей с тяжелой БА по всем показателям ниже, чем у детей со среднетяжелой и легкой формой.

Заключение. У детей с БА имеются особенности, которые чаще выражаются в избытке МТ и задержке роста, нарушения нарастают с возрастом и стажем заболевания и наиболее выражены у девочек пубертатного возраста. Распространенность нарушений физического развития у детей с БА и несбалансированность рациона питания обуславливает индивидуализации диеты в условиях стационара и составление диетических рекомендаций, учитывающих нутритивный статус при выписке. Качество жизни детей с бронхиальной астмой снижается в корреляции с тяжестью заболевания ($r = -0,7$).

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Олмосов Р.Ш., Миррахимова М.Х
Ташкентская медицинская академия

Бронхиальная астма - это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей. Согласно действующим стандартам, основой лечения заболевания является базисная противовоспалительная терапия. Однако определенная роль придается и симптоматическому лечению, а также диетотерапии,

целью которой является не только элиминация триггеров, но и обеспечение оптимальных темпов физического развития, созревания органов и систем.

Цель работы. Изучить пищевой режим и качество жизни детей с бронхиальной астмой.

Материалы исследования. Было проведено обследование 91 ребенка школьного возраста (6-17 лет) с бронхиальной астмой в детском отделении пульмонологии. Из них 22 ребенка с легкой астмой, а 46 — со средней степенью тяжести и 23 ребенка — с тяжелой астмой. В программу исследования входило, анкетирование родителей, осмотр и оценка питания детей, изучение медицинской документации с определением групп здоровья, проводилась оценка качества жизни детей.

Результаты. Была проведена оценка пищевого поведения и качества жизни 30 детей с астмой, отобранных методом случайной выборки. По результатам анкетирования родителей оценивали частоту включения в рацион их детьми тех или иных продуктов питания и режимные моменты приема пищи. Установлено, что питание 25 детей (83%) не соответствует принципам рационального и адекватного питания.

Выводы. 1. У детей с бронхиальной астмой имеются особенности физического развития, которые чаще выражаются в избытке массы тела и задержке роста, выявленные нарушения нарастают с возрастом и стажем заболевания и наиболее выражены у девочек пубертатного возраста.

2. Питание детей с бронхиальной астмой является несбалансированным по основным макронутриентам, отмечается дефицит животного белка, жиров и клетчатки, избыток в рационе рафинированных углеводов, это может быть связано с необоснованными строгими ограничениями в питании детей и может приводить к нарушению нутритивного статуса и ухудшать качество жизни и течение заболевания.

3. Распространенность нарушений физического развития у детей с бронхиальной астмой и несбалансированность рациона питания обуславливает индивидуализации диеты в условиях стационара и составление диетических рекомендаций, учитывающих нутритивный статус при выписке.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАСИ.

Ражабова Н.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тадқиқот мақсади. Хоразм вилоятидаги эрта ёшлиёшидаги болаларнинг жисмоний ривожланишини баҳолаш ва яхшилаш чораларини ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. Хоразм вилоятидаги Янгибозор, Урганч туманлари ва Урганч шаҳрида истиқомат қилувчи эрта ёшидаги (1-3 ёш) жами 200 нафар болаларнинг КВП лардаги № 112 хужжатларини, ҳамда

Урганч бекат темир йўл шифохонаси, вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт марказида даволанган шу ёшдаги болаларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинди, ушбу болаларнинг психоэмоционал ҳолати анкета сўров ёрдамида ўрганилди.

Натижалар. Эрта ёшли болалар саломатлигига баҳо беришда аниқланишича, турли ёшдаги (1-3 ёшли) болаларда жисмоний ривожланиш ва саломатлик кўрсаткичлари ўзаро фарқ қилади.

Вазн -бўй индекси (ВБИ)нинг таҳлили шуни кўрсатадики, бу кўрсаткич 1-3 ёшда ўғил болаларда юқори (18,2) бўлса, қизларда эса бу ёшда аксинча сезиларли даражада паст (14,52) эканлиги кузатилди.

Қишлоқ ва шаҳардаги шу ёшдаги болаларнинг жисмоний ривожланиши бир-бири билан солиштирилганда, 1-3 ёшли ўғил болаларда бўй кўрсаткичи қишлоқ жойларидаги ўғил болаларда бирмунча юқори бўлса, қишлоқдаги шу ёшдаги қизларда эса бу кўрсаткич шаҳардагига нисбатан паст эканлиги аниқланди. Қишлоқда яшовчи ёшли ўғил болаларда шаҳардаги шу ёшдагиларга нисбатан бўйи пастлигини кузатдик.

Вазн- бўй индекси (ВБИ) ҳам қишлоқ ва шаҳардаги болаларда бир-биридан фарқ қилади. Қишлоқдаги ўғил болаларда бу кўрсаткич шаҳардаги шу ёшдаги ўғил болаларга нисбатан паст бўлса, ушбу ёшдаги қишлоқдаги қизларда эса аксинча шаҳардаги қизларга қараганда юқорилиги аниқланди. Касалланиш даражаси шуни кўрсатади-ки, шаҳарлик 1-2ёшли болаларда ўткир респиратор вирусли касалликлар, 2- 3 ёшда рецидивловчи бронхит, талваса синдроми , 3 ёшдагиларда ўткир бронхит касаллиги кўп учраган.

Шаҳардаги эрта ёшли болаларда умумий касалликлар структурасида ўткир респиратор касалликлар энг кўп учраганлигини кузатдик. Қишлоқдаги ушбу ёшдаги болаларда касалланиш даражаси шаҳардагилардан фарқ қилади. 2 ёшли болаларда шаҳар болаларига нисбатан ўткир респиратор касалликлар оз, зотилжам, гелминтозлар эса кўп, 3 ёшли қишлоқ болаларида ўткир бронхит, зотилжам анча юқори эканлигини аниқладик.

ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ

Ражабова Н.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Биз илмий тадқиқот ишимиз давомида 145 та 3 ёшгача бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатларини ўргандик. Тадқиқот объекти – Урганч туман маркази 1- поликлиника, 3 – болалар поликлиникаси ва Темир йўл тармоқлари шифохонаси. 112/ у карта ва тиббий мурожаат маълумотлари асосида ўрганилди, ҳар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди. Анамнестик маълумотларни таҳлил қилиш учун оила анамнезини, 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-ёшгача -62(43%), Б) 1-2 ёш-53(37%), В) 2-3ёш - 30(20%). 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 87% ида ҳомиладорлик ёмон кечган, 56%ида кучли гестоз, 35%ида буйрак касалликлари, 13%ида кольпит, 12%ида олдиндан сув кетиш, 12%ида эса ўткир респиратор касалликлар кузатилган. Бу патологиялар алоҳида ва уйғунлашиб келган. Бу болаларнинг 66% и тез – тез касалланувчи болалар (йилига 3 марта ва ундан кўп) эканлиги аниқланди. Бунга сабаб касаллик олди фон ҳолатларининг юқори даражаси (89%) ва уларнинг уйғунлашиб келишидир. Гўдакларни овқатлантиришда 69% бола табиий, 20% аралаш, 11% и сунъий, фақат кўкрак сути билан овқатлантирилган болалар эса 22% ни ташкил қилади. Бу боланинг 69% ида овқатланиш тўғри ва 31%ида нотўғри олиб берилган. Тадқиқотда шу нарса аниқландики, гўдакларда рационал овқатлантириш тўғри ташкил қилинмаган, кўшимча овқатлар нотўғри киритилган, болалар кўп ҳолларда бир томонлама овқатлантирилган, озуқалар барча ингредиентлар билан етарли бойитилмаган. Болаларнинг жисмоний ҳолатига, саломатлигига овқатланиш омиллари ўз таъсирини кўрсатмай қолмайди. Уларнинг иммун тизимининг ривожланиши овқатнинг нафақат миқдори, балки сифат кўрсаткичлари билан чамбарчас боғлиқ. Шу мақсадда текширилган болаларнинг таомномаси таҳлил этилди ва кундалик таомномаларда бир кунлик озиқ – овқат маҳсулотларининг деярли бир хилда эканлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, кўпроқ овқатланиш билан боғлиқ хасталикларнинг (фон, гиповитаминозлар ва бошқалар) келиб чиқишнинг олдини олишда тўғри овқатлантиришни ташкил қилиш, буни оналарга албатта ўргатиш ва тарғибот қилишда ҳали ҳам кенг қамровли ишлар олиб борилиши лозимдир.

ЭМИЗИКЛИ ОНАЛАР САЛОМАТЛИГИНИ БОЛАЛАРДА ИММУНИТЕТНИНГ РИВОЖЛАНИШИДАГИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Ражапова Н.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тадқиқот мақсади: Оналар ва болалар соғлиги турли хил ижтимоий- иқтисодий, биологик, экологик, тиббий-ташқилий омиллар таъсирига боғлиқ. Ҳаммамизга маълумки 6 ойгача фақат она сути билан

овқатлантириш болаларни юқумли касалликлардан сақловчи ва иммун тизимини ривожланишида муҳум восита бўлиб қолади.

Материал ва услублар: Биз 320 та 3 ёшгача бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатларини ўргандик. Тадқиқот объекти – Урганч туман 1-оилавий поликлиника ҳудуди, “Чалиш” КВПси . 112/ у карта ва тиббий мурожаат маълумотлари асосида ўрганилди, ҳар бир болага анкетавий таҳлилий тиббий харита тўлдирилди.

Натижалар: Биз томондан Урганч тумандаги оилавий поликлиникаларида болаларни оқилона овқатлантириши ва унинг аҳамиятига баҳо бериш мақсадида 80 да 3-ёшгача бўлган болалар, “Чалиш” КВП сида 130 та 3 ёшгача бўлган болалар ўрганилди. Бизнинг кузатувимиздаги болаларнинг ёши куйидагича:

А) 6-ойгача -103(37%)

Б) бой-1 ёш-87(45%)

В) 1-3 ёш-20(18%)

Бу болаларнинг овқатланиш хусусияти ўрганилганда куйидаги кўрсаткичларни аниқладик:

Табиий овқатлантириш -77%, аралаш овқатлантириш -13%, Сунъий овқатлантириш -10% ташкил қилган.

Чақалоқларда туғилгандаги вазни бўйича таҳлил қилганда: 2500гр. гача-1%, 2500-3000кг-38%, 3500-4000кг-56%, 4000 кг дан катта-5%. Чунончи 1-3 ёшли болаларнинг озиқ – овқат гуруҳларида нон ва ғалла маҳсулотлари порцияси нормадан 2.0 баравар кўп (Н-6-11), сабзавотлар 3 баравар кам (н-3-5), мевалар 2,5 баравар (н-2-4), сут ва сут маҳсулотлари 2-3 баравар (н-1-3), ёғлар ва ширинликлар эса меъёрдан 2 баравар кўп истеъмол қилиниши аниқланди. 78 % болаларга суюқликни чой сифатида егулик билан бирга берилади, компотлар, шарбатлар таомномада фақат 7.8 % ҳолатдагина кузатилади.

Бундан кўриниб турибдики, болалар етарли даражада, микроэлементлар егулик билан қабул қилмасдан, аксинча ёғ, ширинликлар , чойни хаддан зиёд кўп истеъмол қилмоқдалар. Болалар овқатида мевалар, айрим сабзавотлар етишмайди, уларнинг егулигида карбон сувлар, хайвон оксиллари, ёғ, ширинликлар меъридан ошиқ, кальций, фосфор, темир моддалари, Витамин А эса оз. Нохуш экологик ҳолатларда етарли овқатланмаслик уларнинг жисмоний ривожланишига салбий таъсир кўрсатиб бу эса болалар ўртасида турли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИ-АРАЛЬЕ

Ражапова Н.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования - установить клинико-иммунологические закономерности формирования болезней органов дыхания у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные профилактического осмотра 580 детей младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет), проживающих в городе Ургенч и прилежащих к нему районах. Данная территория относится к Приаралью. Клиническое обследование предусматривало сбор анамнестических данных, с выяснением акушерского анамнеза матери, наследственного предрасположения к тем или иным заболеваниям, анамнез жизни ребенка, перенесенные заболевания, сроков и характера начала заболевания, оценку общего состояния. Диагноз ставился на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных и рентгенологических методов исследования согласно классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (1995).

Из всех обследованных нами выделена группа с заболеваниями органов дыхания (204 ребенка): 94 ребенка с заболеваниями верхних дыхательных путей (46,1%) и 110 нижних (53,9%).

Результаты исследования. По нашим данным, встречаемость хронических и острых бронхитов среди обследованных детей с заболеваниями органов дыхания составила 54,9% (112 детей), ОРЗ - 29,9% (61 ребенок), пневмонии - 14,7% (30 детей) и тонзиллита - 4,9% (10 детей). При заболеваниях верхних дыхательных путей в наибольшей степени изменяется функция клеточного иммунитета: снижаются CD3 ($P < 0,01$), CD4 ($P < 0,05$), значительно повышается уровень CD8 ($P < 0,01$), CD16 ($P < 0,01$), CD20 ($P < 0,01$) и увеличивается выработка IgA ($P < 0,05$) и M ($P < 0,05$).

Выводы: Иммунологическими критериями у детей младшего школьного возраста с заболеваниями органов дыхания служат изолированные и сочетанные нарушения функционирования клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Качественные и функциональные изменения звеньев иммунитета зависят от локализации (верхние и нижние отделы дыхательных путей) заболеваний органов дыхания у детей младшего возраста, проживающих в зоне Приаралья.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА КИНДИК ТИЗИМЧАСИ ЧУРРАСИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Рўзматов И.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: чақалоқларда киндик тизимчаси чуррасида даволашни қулай усулини танлаш.

Материал ва усул: киндик тизимча чурраси билан 98 нафар бемор бизнинг кузатувимиз остида бўлди. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Беморларнинг 24 (24,4%) тасида киндик тизимчасининг катта чурраси, 37 (37,8%) тасида ўрта ўлчами ва киндик тизимчасининг кичик чурраси 37 (37,8%) чақалоқда аниқланди. 10 (10,2%) чақалоқда киндик тизимчаси чуррасининг асоратланган шакллари аниқланди, улардан 6 (60%) та чақалоқда чурра пардасининг ёрилиши, 4 (40%) чақалоқда ичак тутилиши клиникаси кузатилди. Киндик тизимчаси чуррасининг асоратланмаган шакли 88 (89,8%) чақалоқда кузатилди. 3 (3%) та ҳолатда чурра пардаси ва унинг таркибининг, бола туғилгандан кейин киндикни пастдан боғланиши натижасида, ятроген шикастланиши аниқланди. Асосий нуқсон билан бирга келган кўп сонли аномалиялар 41 (41,8%) чақалоқда аниқланди, 57 (58,2%) чақалоқда эса киндик тизимчаси чурраси ягона ривожланиш нуқсони эди. Шунини таъкидлаш керакки, йўлдош нуқсонлар киндик тизимчаси чурраси катта ўлчамлари билан бирга келганлиги кўп аниқланди, яъни киндик тизимчасининг катта ўлчамли чурраси бўлган 24 та боланинг 23 (95,8%) тасида кўп сонли нуқсонларнинг бирга келганлиги кузатилди. Жарроҳлик муолажаси 86 (87,7%) беморда ўтказилди. Операция турини танлаш, авваламбор, чурра ўлчамига ва йўлдош нуқсонларнинг оғирлигига, шунингдек висцеро-абдоминал диспропорциянинг яққоллигига боғлиқ бўлди. Кичик ва ўрта ўлчамдаги киндик тизимчаси чурраларига (74 (86%) бемор) радикал оператив муолажа ўтказилди. Бунда 9 (10,5%) беморга қорин олд девори пластикаси билан бирга Меккел дивертикули резекцияси ва 4 (4,6%) беморга бир вақтни ўзида ичак мальротацияси бартараф қилинди. Чурра таркибининг ятроген шикастланиши бўлган битта чақалоққа учма-уч анастомоз қўйиш билан ингичка ичак резекцияси ўтказилди, бошқа ҳолатда эса ичак некрози ва перитонит бўлгани учун қорин олд девори пластикаси билан бирга контрапертура оркали илиостома қўйилди. 3 (3,5%) ҳолатда катта эмбрионал чурраси бўлган чақалоқларга нуқсон четига Шустер халтаси 8-10 суткага тикилиб, висцеро-абдоминал диспропорцияни мунтазам ликвидация қилиб бориш мақсадида, ҳар кун унинг ҳажми кичрайтирилиши билан олиб бориладиган босқичли жарроҳлик коррекцияси ўтказилди, консерватив даволаш катта эмбрионал чурраси ва кўплаб нуқсонлари бор 12 (12,2%) та беморга ўтказилди. Ҳаммаси бўлиб 32 (32,6%) нафар чақалоқ вафот этди. Улардан 26 (81,3%) та чақалоқ эрта операциядан кейинги даврда вафот этди ва 6 (18,7%) тасида катта эмбрионал чурраси бўлган, консерватив даволанган болалар эди. Вафот қилганларнинг 21 (66%) нафарида 2 ва ундан ортиқ тизимларида кўплаб нуқсонлари бор эди, бу эса операциядан кейинги эрта даврда боланинг ҳалокатига олиб келди. Чурра ўлчами ва йўлдош

нуқсонлар орасида боғлиқлик аниқланди. Яъни, чурра ҳажми қанчалик катта бўлса, йўлдош нуқсонларнинг учраш ҳолати шунча юкори бўлди.

Шундай қилиб кичик ва ўрта ҳажмда бўлган эмбрионал чуррада корин олди деворининг радикал пластика усули кўпроқ амалда қилинади, катта ҳажмда бўлган эмбрионал чуррада эса этапли коррекция Шустер копчаси қўлланилади.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИБЕТА

**Садиқова З.Ш., Хожаназарова С.Ж.
Ташкенская медицинская академия.**

В соответствии с поставленными задачами, объектами исследования послужили 99 (95) белые лабораторные крысы-самки с исходной массой 80-150 грамм, находившиеся в обычных условиях вивария. Опытные животные содержались в отдельных клетках при комнатной температуре, естественном освещении, вентиляции. Питание было смешанным, сбалансированным.

Модель была получена однократным брюшинным введением 1,0 мл на 100 г массы аллоксана в фосфат-цитратном буфере из расчета 11 мг/100 г массы. Наличие эмиссии определяли глюкооксидантным методом: при этом количество сахара в крови составляло - 6,5-10,5 ммоль/л.

Все животные были разделены на 2 группы.

В первую группу включены 14 интактных крыс-самок.

Во второй группе – у 81 половозрелых крыс-самок морфологическое состояние сосудов микроциркуляторного русла и тканевых элементов маточной трубы.- было изучено после создания аллоксанового диабета

Сроки наблюдения от 3, 7, 15, 30, 60 и 90 дней после создания АД.

Как видно, нарушение микроциркуляции является одним из главных факторов в развитии патоморфологических процессов при аллоксановом диабете. Значительную роль в развитии интоксикации занимает гипоксия, причем, по нашему мнению, гипоксия носит смешанный характер, т.е. является циркуляторно-тканевой.

При этом ухудшение органного кровообращения приводит к ишемическим и метаболическим повреждениям тканевых структур маточной трубы, обуславливая степень тяжести развития патологического процесса, тем самым в значительной мере определяя исход сахарного диабета. Подтверждением развития гипоксии являются изменения в ультраструктуре клеток слизистой оболочки маточной трубы.

В этих клетках выявлено набухание или вакуолизация митохондрий, просветление их матрикса, преобладание в слизистой оболочке деструктивно измененных добавочных и слизистых клеток. Степень и выраженность их наблюдались в отдаленные сроки исследования.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ И БЕЗ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ

Саломова Ф.

Тошкент тиббиёт академияси

При анализе результатов исследования физиометрических показателей сравниваемых групп школьников с нарушениями и без нарушений осанки было отмечено, что во всех группах для этих параметров характерными являются возрастная динамика и половые различия.

Результаты исследований показали, что сила мышц сгибателей правой кисти у детей основной группы не имела достоверных отличий от контрольной, закономерно увеличиваясь от $6,9 \pm 0,4$ - $7,0 \pm 0,3$ кг в 7 лет до $37,6 \pm 2,8$ - $37,3 \pm 6,7$ кг в 16 лет. Исследования показали, что увеличение силовых показателей кистей рук с возрастом происходит неравномерно и имеет половые различия. Наиболее заметное повышение мышечной силы как правой, так и левой руки у мальчиков сравниваемых отмечено к 15-16 годам, у девочек - к 12-13 годам.

Показатели выносливости мышц кистей у мальчиков основной группы во всех возрастных подгруппах не имели достоверных отличий от показателей контрольной группы, тогда как у девушек 15 лет выносливость в основной группе была выше, чем в контрольной. Однако это напряжение функций мышц кисти привело к тому, что через год (в 16 лет) выносливость мышц кисти у девушек основной группы стала достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Исследование функционального состояния мышц туловища подтвердило большое значение мышечного корсета в формировании нарушений осанки. Особенно четко это проявилось у мальчиков (юношей), причем именно в функциональном состоянии мышц брюшного пресса (выносливость), так как в остальных показателях достоверных различий между основной и контрольной группами не выявлено. Во всех возрастных подгруппах контрольной группы мальчиков выносливость мышц брюшного пресса выше, чем в основной группе в возрасте 8, 9, 10, 12 лет. Интересно, что становая сила у мальчиков основной группы в возрасте 9-12 лет была несколько выше, чем в контроле, но в 15-16 лет она оказалась достоверно ниже, причем если в 15 лет эта разница составляла 8,3 кг, то в возрасте 16 лет – 21 кг.

Учитывая тот факт, что более низкие функциональные показатели мышц брюшного пресса характерны для младшего школьного возраста, мы полагаем, что этот момент является первичным в формировании нарушений осанки, тогда как снижение показателей становой силы у юношей и девушек 14-16 лет в основной группе есть результат

нарушенной осанки. Следовательно, мероприятия по укреплению мышц брюшного пресса у младших школьников должны рассматриваться как важная составляющая профилактики нарушений осанки.

ТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ПЕРИОДА.

Сапарбаева Н.Р

Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия

Ожирения и повышение артериального давления является компонентом метаболического синдрома (инсулино резистентность, дислипидемия, гиперактивность симпатической нервной системы, повышенное артериальное давление), но в отличие от метаболического синдрома мы исследовали женщин у которых отсутствовали другие признаки этого синдрома. Перименопаузальном периоде климактерические изменения такие как артериальная гипертензия, прибавка массы тела вплоть до ожирения, приливы, функциональная стенокардия встречаются у многих женщин.

Цель: изучение влияния терапии ожирения в сочетании с гомеопатическим препаратом на основные показатели сердечно-сосудистого риска у женщин перименопаузального периода.

Материалы и методы: В исследование включено 54 женщин. Средний возраст составил $45,2 \pm 4,6$ года. Все пациенты исходно, через 1, 3 и 6 мес терапии проходили полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. У всех пациентов на момент обследования была диагностирована артериальная гипертензия (систолическое АД $152 \pm 13,4$ мм рт. ст., диастолическое АД $101 \pm 11,2$ мм рт. ст.). В 1-ю группу 28 больных, которые на фоне немедикаментозной терапии принимали ксеникал в дозе 120 мг 2 раза в сутки на протяжении 1-го месяца терапии, а в последующем по 120 мг 1 раз в сутки и ременс по 1 таб в день. Во 2-ю контрольную группу были включены 20 пациента, которым проводили только медикаментозную терапию антигипертензивным препаратом ИАПФ- лизиноприл (диротон-10 мг/сут) в сочетании рациональным питанием.

Результаты и их обсуждения: Как показали проведенные исследования, уже к концу первого месяца терапии отмечалась отчетливая тенденция к снижению ИМТ у больных обеих групп. К 3-му и 6-му месяцу лечения снижение ИМТ у больных, принимавших ксеникал, было значительно более выраженным и статистически достоверным. Проведенная терапия приводила к существенному улучшению метаболизма липидов. Следует отметить, что у всех больных до начала терапии отмечалась выраженная дислипидемия с увеличением содержания общего холестерина (ОХ) и его атерогенной фракции – липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в плазме периферической

крови. Результаты нашего исследования показывают, что включение в долгосрочный план ведения больных с ожирением ксеникала как препарата, предотвращающего повторное увеличение массы тела, является необходимым. Таким образом, лечение ожирения является сложной и еще окончательно не решенной проблемой. В то же время известно, что коррекция избыточной массы тела значительно снижает риск развития сердечно-сосудистой патологии.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Сапарбаева Н.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Жизненно опасной патологией беременности является преэклампсия, патогенетически обоснованного лечения которой, кроме прерывания беременности, нет, что обуславливает поиск профилактических немедикаментозных мероприятий. В последние 10 лет наблюдается рост преэклампсии, в основном, за счёт числа её тяжёлых и сочетанных форм, составляющих 25%. От тяжёлой, рано начавшейся и длительно текущей преэклампсии, являющейся причиной перинатальной смертности в 11,4% случаев, погибает почти 95% пациенток.

Цель: Оценить значимость факторов риска развития преэклампсии у беременных Приаралья.

Материалы и методы исследования: В исследование включено 170 беременных, которым в сроке 22–27 нед. Проведена УЗ-оценка гемодинамики в маточной артерии и полное клинико-лабораторное обследование. В анкете учитывались данные предрасполагающие к развитию преэклампсии: возраст, социальные данные, антропометрические характеристики, паритет, осложнения беременности, соматические заболевания и клинико-лабораторные данные.

Результаты и их обсуждение: Из 170 пациенток программа выделила здоровых – не угрожаемых по преэклампсия – 54, угрожаемых по возникновению преэклампсии – 116. К исходу беременности преэклампсия возникла у 113 женщин, в конце беременности преэклампсия возникла у 113 женщин. Всем пациенткам, включенным в исследование в сроке 21–24 недели проводилась УЗ оценка гемодинамики в маточных артериях. При сравнении показателей доплерометрии маточных сосудов в динамике у пациенток I группы без профилактики преэклампсии, степень нарушения кровотока не изменилась. Во II группе после проведенной стандартной профилактики преэклампсии уменьшилась доля нарушений Ia степени: до профилактики – 94,8%, после – 71,1%. Во II группе показатели гемодинамики в маточной артерии улучшились на 94%. В процессе исследования было рассмотрено наличие возможных изменений в клинических анализах до и после профилактики, эффективность

профилактики изучалась по динамике изменений показателей крови. При сравнении общего анализа крови в сроке 16–17 нед. и 21–24 нед. произошли изменения: в I группе выросли показатели лейкоцитов, эритроцитов, СОЭ, гематокрита, а уровень гемоглобина, тромбоцитов снизился, что говорит о возможном возникновении преэклампсии в этой группе без профилактических мероприятий.

Выводы: Наиболее значимыми во всех расчетах при преэклампсии оказались такие показатели, как фибриноген, общий белок и СОЭ, что свидетельствует о ранних и стойких нарушениях белкового обмена и системы гемокоагуляции. Это соответствует имеющимся сведениям об увеличении вероятности развития коагулопатии потребления (синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания). Эти результаты подтверждают также признаки активации кататоксических программ адаптации при преэклампсии.

Важными предикторами оказались симптомы нарушения гемодинамики полученные при помощи информативной ультразвуковой доплерографии.

БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ СИНДРОМ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Сатибалдиева Н. Р., Хакимов А.

Тошкент тиббиёт Академияси

Долзарблиги. Эрта ёшли болалар орасида обструктив синдромибилан кечувчи касалликлар етарли даражада таркалган бўлиб, кўкрак ёшидаги болаларнинг 10-30% да пневмония, бронхит, ўткир респиратор инфекциялар обструктив синдроми билан кечиши аниқланган, шулардан 3 ёшгача бўлган ҳар 4 болада бронхоспазм ҳаётида ҳеч бўлмаганда бир маротаба кузатилади. Қайта бронхообструктив синдромнинг кузатилиши, кейинчалик, болаларда эрта бронхиал астма касаллиги кузатилишига сабаб бўлмоқда.

Ишнинг мақсади. Болаларда обструктив синдром билан кечувчи касалликларни кечиш хусусиятларини ўрганиш ва касаллик тарихини таҳлил қилиш .

Текшириш усуллари. ТТА 1- клиникаси болалар пульмонология бўлимида 2016 йилда 6 ойликдан 14 ёшгача бўлган, бронхообструктив синдроми билан кечувчи касалликлар билан даволанаётган бемор болаларда касалликнинг кечиш хусусиятларини ва уларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди.

Олинган натижалар: Бронхообструктив синдром кузатилган 6 ойдан -14 ёшгача бўлган 42 бемор болалар ва касаллик тарихи таҳлил қилинди. Болаларда пневмония, ўткир респиратор инфекциялар 52,3% холларда бронхообструктив синдром билан кечганлиги аниқланди. Интранатал даврда ва эрта неонатал даврлардаги кўплаб ноўя таъсирларни юзага келиши, аллергик, экссудатив-катарал диатезларни

кузатилиши, ўткир респиратор инфекциялар ва пневмониялар 47,7% холларда обструктив синдром билан кечганлиги аниқланди. Бронхообструктив синдром билан кечувчи касалликлар орасида ўткир обструктив бронхит алоҳида 18 болада (42,8%), пневмония обструктив синдром билан 6 болада (14,6%), ўткир респиратор инфекция обструктив синдром билан 5 болада (11,9%), қайталанувчи обструктив бронхит 9 болада (21,4%) ва бронхиал астма 4 болада (9,5 %) кузатилди. Орттирилган бронхларнинг гиперреактивлиги (6,7%) ва тузалиш (48,5%) ни ташкил қилди.

Хулоса:

1. Эрта ёшли болаларда қайта обструктив синдромларни кузатилиши бронхиал астмага ўтишига олиб келувчи хавф омилларидан бири хисобланади.

2. Болаларда бронхиал обструкция ҳолатларини эрта аниқлаш, диагностика қилиш, даволаш ва ўз вақтида профилактика қилиш, бронхиал астмага ўтишини ва хавф омилларини ривожланишини олдини олади..

РАЗВИТИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВЫСОКИМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ РИСКОМ

**Туйчиев Д.Б, Махаматов С.Э
ОДММЦ, Фергана, Узбекистан**

Актуальность: Среди важных отраслей, для развития страны, отдельное значение имеет медицина – социальные проблемы. Поэтому, в нашей республике государственная программа развития насчитывает уделять особое внимание на охрану материнства и детства. В связи с этим, мы считаем, что изучение этиологии и распространение некоторых детских заболеваний имеет не только медицинское, но и государственное значение.

В последние годы участились случаи госпитализации детей с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения или так называемое нетравматическое кровоизлияние в головной мозг, сопровождающейся крайне тяжелой и растертой клинической картиной, особой неврологической симптоматикой и летальным исходом. Наиболее тяжелая форма нарушения мозгового кровообращения, развивается при кровоизлиянии под оболочки мозга или в вещество мозга. Барашнев Ю.И. в своих трудах указал прямую зависимость возникновения ОНМК у новорожденного с отягощенным пренатальным анамнезом матери. Изучение механизма развития нарушения мозгового кровообращения у детей, поможет врачам и ученым лучше понять

этиологию данного состояние и особенности восстановления головного мозга после ОНМК различного генеза.

Целью исследования явилась изучение этиологии и распространенность острого нарушение кровообращение у детей 1 года жизни.

Материал и методы исследования: Было обследовано 28 детей (0-5 мес дней) с нетравматическим нарушением мозгового кровообращение различного генеза. Из них 7 больных с субэпендимальным кровоизлияниями (СЭК) 1-2 степени, 4 с интравентрикулярным кровоизлияниями (ИВК), 2 с сочетанием СЭК и ИВК. 5 больных с кровоизлиянием в вещество головного мозга, 3 с субарахноидальным кровоизлиянием, 8 с внутри желудочковыми кровоизлияниями. Всех детей учитывая тяжесть состояние, госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Исследовали результаты данных анамнеза, нейросонографии, эхоэнцефалографии (ЭхоЭГ), мультисистемной компьютерной томографии (МСКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ). Постоянный монитор гемодинамики, кислородного статуса (пульсоксиметрия на аппарате – VLT, кардиомонитор – Usax Украина).

Результаты и обсуждения. Дети, особенно новорожденные с перинатальными поражениями центральной нервной системы, уже рожденные с нарушениями мозгового кровообращение, были рождены от матерей высокого перинатального риска. По данным анамнеза многие из них неоднократно лечились в отделение патологии беременных по поводу угроза прерывание беременности, различными экстрагенитальными заболеваниями, острых респираторных инфекций и по другим причинам. Больные с внутри желудочковыми и субарахноидальными кровоизлияниями относились к группе более старших возрастных групп (3-5 мес). Возникновение ОНМК у этих детей в основном была связана с другими патологическими состояниями, такими как Острые респираторные заболевания, кишечные колики при синдроме раздраженного кишечника и другие, быстро приводящегося к развитию тромбгеморрагического синдрома (ДВС). Многие из этих больных тоже были рождены от матерей с отягощёнными анамнезами. У 13 (45%) новорожденных с последствиями ППНС по результатам анализа ИФА выявлено внутриутробная инфекция, в основном инфекции родовых путей, такие как ЦМВИ, герпес вирус и др. Нестабильность состояние гемодинамики, ЦНС и неблагоприятный исход наблюдались в основном у незрелых новорожденных и у детей с ОНМК осложненной внутричерепной гипертензией, с переходом на отека мозга.

Выводы: По результатам исследования можно сделать вывод, что риск ОНМК любого генеза в том числе и нетравматическая кровоизлияния в головной мозг во многом зависят от течение беременности и здоровья матери. Внутриутробные инфекции, гипотрофия, частые угрозы

прерывания беременности, могут привести к рождению ребенка с очень высоким риском развития кровоизлияний в мозг. Антенатальная профилактика и ранняя диагностика экстрагенитальных заболеваний поможет сократить возникновение остаточных неврологических осложнений, инвалидностей и летальных исходов.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМНИНГ КЕЧИШИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Уралов Ш.М., Ибатова Ш.М., Махмудова Ф.В.,

Абдумунинов М., Алтиев Т.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Нафас аъзолари касалликлари болалар орасида энг кўп тарқалган бўлиб, кўпинча бронхообструктив синдром билан кечади. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларни аниқлаш, унинг тарқалиши ва айниқса эрта ёшдаги болалар орасида сурункали тус олиши, кейинчалик бронхиал астма касаллиги келиб чиқишининг олдини олиш учун жуда муҳим ҳисобланади.

Тадқиқот максоди эрта ёшдаги болаларда бронхообструктив синдром кечиш хусусиятлари ва хавф омилларини аниқлаш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Илмий тадқиқотлар РШТЎИМСФ 1-болалар бўлимида ўтказилди. Тадқиқотга 3 ёшгача бўлган 70 нафар болалар олинди. Ушбу болалар орасида 2 ойдан 1 ёшгача бўлган болалар сони - 45 (64,3%), 1 ёшдан 2 ёшгача бўлган болалар - 15 (21,4%) ва 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар - 10 (14,3%) ни ташкил қилди. Бемор болаларда клиник-анамнестик, лаборатор ва инструментал текширишлар ретроспектив тарзда ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Олинган натижалар шуни кўрсатдики ўғил болалар 50 (71,4%) ва қиз болалар 20 (28,6%) орасидаги нисбат 2,5:1 ни ташкил қилди. Таъкидлаш жоизки, ўғил болаларнинг обструкцияга мойиллиги уларда нафас аъзолари кеч ривожланиши ва нафас ўтказувчи йўлларнинг нисбатан торлигига боғлиқ. Шунингдек, 12 ойгача бўлган болалар орасида бронхообструктив синдром ривожланиши 2 баробар кўп учраши кузатилди. Асосий омиллар бўлиб бемор болаларда аллергияга наслий мойиллик - 17 (24,3%), кўпроқ онаси томондан; анамнезида ЎРИ, бронхит, пневмония ўтказган болалар - 53 (75,7%); онасининг ҳомиладорлиги оғир токсикоз билан кечган болалар - 32 (45,7%); МНС перинатал зарарланиши - 11 (15,7%); фон касалликлардан: анемия - 64 (91,4%), рахит - 12 (17,1%); йўлдош касалликлари аниқланган болалар - 14 (20%); эрта сунъий овқатлантириш - 48 (68,5); туғилганда тана вазни 4000 гр ва ундан ортиқ бўлган болалар - 7 (10%); туғилганда тана оғирлиги 2500 гр дан кам бўлган болалар - 4 (5,7%); касаллик бошланганда уйда даволанишни бошлаган болалар - 12 (17,1%) ни ташкил қилди.

Хулоса. Шундай килиб, нафас аъзолари касалликларида бронхообструктив синдромнинг кечиш хусусиятлари ва хавф омилларини аниқлаш, ҳамда уларни ўрганиш аҳоли орасида профилактик чора-тадбирларни янада такомиллаштириш имконини беради.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Ибатова Ш.М., Абдумуминов М., Алтиев Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается повышенный интерес к нутритивной поддержке развивающегося детского организма, в частности к проблеме микроэлементозов. В педиатрии это одна из важных проблем, так как дисбаланс микроэлементов значительно влияет на иммунный статус ребенка, приводит к развитию полиморбидных состояний, оказывает значительное влияние на течение и исход заболеваний, на рост и развитие подрастающего поколения.

Цель работы. изучение состояния некоторых эссенциальных, условно-эссенциальных и условно-токсичных микроэлементов в организме у детей больных рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ).

Материал и методы исследования. Обследовано 39 детей в возрасте от 1 до 5 лет с РОБ в стадии обострения, которые находились на стационарном лечении в отделениях педиатрического блока Самаркандского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи (СФРНЦЭМП). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Анализ микроэлементного состава волос проведен нейтронно-активационным методом в Научно-исследовательском институте ядерной физики Академии Наук Республики Узбекистан.

Результаты исследования. Анализ полученных данных выявил достоверное повышение таких микроэлементов как хром, медь и цинк в организме детей, больных РОБ, по сравнению с контрольной группой ($P < 0,01$; $P < 0,01$; $P < 0,001$; соответственно), тогда как уровни кобальта, ртути, калия, рубидия и селена у больных РОБ были на уровень ниже, по сравнению с контролем ($P < 0,001$; $P < 0,05$; $P < 0,001$; $P < 0,5$; $P < 0,001$; соответственно). У больных РОБ между условно-эссенциальным микроэлементом мышьяком и некоторыми эссенциальными микроэлементами выявлена высокая корреляционная зависимость между As-I ($r=0,939$), As-Cr ($r=0,828$), As-Zn ($r=0,907$), As-Cu ($r=0,848$) и As-Se ($r=0,824$). Нами также была констатирована высокая корреляционная взаимосвязь между Hg-I ($r=0,975$), Hg-Cr ($r=0,853$), Hg-Zn ($r=0,883$), Hg-Cu ($r=0,783$) и Hg-Se ($r=0,825$).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей с длительным рецидивирующим течением заболеваний бронхо-легочной системы выявлен значительный дисбаланс эссенциальных, условно-эссенциальных и условно-токсичных микроэлементов в организме, что требует проведения дополнительной коррекции нутриентами.

БОЛАЛАРДА НЕЙРОТОКСИКОЗНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Файзиёва Ў. Р.

Тошкент тиббиёт академияси.

Мавзунинг долзарблиги. Марказий асаб тизими функцияси бузилишлар касалликлари болалар ўлимининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Нейротоксикоз (токсикоз -эксикоз билан) токсик энцефалопатия бўлиб, бунда неврологик бузилишлар етакчи омил ҳисобланади, инфекция агент таъсирида мия тўқима ва хужайраларида неврологик, қон айланиш бузилишлари, терморегуляция, кислотали - ишқорий мувозанати бузилишлари кузатилади. Асосан 3 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди. Болаларда нейротоксикознинг 3 даражаси ажратилади:

I (енгил) даража – безовталиқ, тахипноэ, тахикардия; қусиш, қиска муддатли талвасалар, катта лиқилдоқ пульсацияси, бўртиб чиқиши кузатилади.

II (ўртача оғирлик) даражаси – хуш бузилишлари; гипертермия; НОС- 60-80/мин., ЮУС-180- 200/мин., тери оқимтирлиги ва акроцианоз. Олигоурия 1мл/кг/соат ёки паст. Мия ва менингиал симптомлари яққол бўлади.

III (оғир) даража – сопор ёки кома; талваса; t° тела 40°C ; терини мармар тусга кириши, петехия; А/Б паст, ипсимон пульс; анурия, қусиш «кофе қуйқаси» кўринишида бўлади.

Илмий ишнинг мақсади.- Болалар реанимация бўлимида даволанаётган эрта ёшдаги болаларда нейротоксикоз кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш усуллари ва материаллар. ТТА, 1-клиникаси болалар реанимация бўлимида, сентябр 2016йилдан, март- 2017йилгача, 117та бемор даволанган, шундан, жами - 68та бемор кузатувдан ўтказилди. Шулардан, 1ёшгача-37та бемор, 1ёшдан 2ёшгача - 22та, 2ёшдан 3ёшгача - 9та бемор кўрувдан ўтказилди.

Текшириш усуллари. Умумий қон, пешоб, копрология. Биохимик текширувлари: алт, аст, кальций, оқсиллар, мочевино, креатинин, қолдиқ азот, коагулограмма. Кўкрак кафаси рентгенографияси. ЭЭГ, ЭКГ. УТТ. МРТ. Невропатолог кўриги.

Хулоса.1. Ўлим кўрсаткичи умумий даволанган болалар сонидан олинди. 1ёшгача 37тадан 5та (4,3%) болада кузатилди. 1-2ёшларда 22тадан-

2та болада(1,7%). 2-3ёшда-9тадан 1та (7,6%) болада учради. 3-ёшгача бўлган болаларда токсикоз эксикоз билан (нейротоксикоз) асосий касалликнинг асорати бўлиб, болалар ўртасидаги ўлимга сабаб бўлади. 3. Эрта ёшдаги болаларни ўз вақтида шифохонага ётқизиб даволаш асосий касалликларни нейротоксикоз билан асоратланишини олдини олади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Хабибова В.Ш., Миррахимова М.Х.

Ташкентская медицинская академия

Рациональное питание является основополагающим фундаментом профилактики многих заболеваний, способствующим поддержанию организма в оптимальном физиологическом состоянии, повышению иммунитета и сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. Согласно данным ВОЗ, развитие 80% заболеваний в той или иной мере обусловлено пищевым фактором.

Состояние здоровья и дальнейшее развитие ребенка во многом зависит от вида вскармливания, которое он получал в раннем детстве.

Цель исследования. Оценить качество жизни детей первого года жизни в зависимости от характера вскармливания.

Материал и методы. Для оценки качества жизни детей первого года жизни нами проведено анкетирование родителей и педиатров по вопроснику QUALIN у 72 детей.

Все дети были доношенные и были поделены на 3 группы: 1-ю группу составили дети, находившиеся на естественном вскармливании – 55,3%, 2-ю группу (23,7%) – на искусственном и 3-я группа состояла из детей, находившихся на смешанном вскармливании (21%).

Результаты и обсуждение. В городе Ташкент проанализированы данные 350 детей до одного года, родившихся в 2015 г., получавших разные виды вскармливания. Из них 120 (34%) детей, находились на грудном вскармливании, 154 (44%) младенцев на смешанном вскармливании, 76 (22%) младенцев на искусственном.

Ежемесячные прибавки массы тела имеют зависимость от вида вскармливания: в первые месяцы жизни выше у детей, получающих исключительно грудное молоко, в последующие месяцы жизни выше у детей, получающих молочные смеси.

Анализ оценки качества жизни детей первого года жизни (по вопроснику QUALIN), показал, что качество жизни детей, получавших исключительно грудное молоко на протяжении всего первого года жизни выше, чем у детей, находившихся на смешанном и искусственном вскармливании.

Заключение. Таким образом, вопросник QUALIN можно использовать для оценки эффективности вскармливания детей первого года жизни.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ.

**Хайдарова Б.А., Машарипова С.О., Ибрагимов С.С.
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии**

Аллергический ринит (Ар) широко распространенное в большинстве стран заболевание. За последнее несколько десятилетий отмечается неуклонный рост числа больных, страдающих этой патологией. В структуре аллергических заболеваний удельный вес Ар весьма высок (60-70%) /2,3/ от 1,4 до 40% детей.

Нами проведено клиника эпидемиологическое обследование 350 школьников, в возрасте 7-8 лет и 530- в возрасте 13-14 лет.

Среди школьников и их родителей распространялись специально разработанные анкеты.

О распространенности аллергического ринита судили по частоте чиханья, зуд в носу, заложенность носа, слизистые отделяемое из нос.

При анализе анкет обнаружено, что у 12,5 детей в возрасте 7-8 лет и 17,6% в возрасте 13-14 ранее отмечались симптомы АР.

Между мальчиками и девочками статистически значимых различий не выявлены. Отмечено что признаки заболевания достоверно чаще, наблюдались возрастной группы, что свидетельствует, с одной стороны, о гиподиагностике аллергического ринита, а с другой о поздней диагностике заболевания .

Полученные нами результаты указывают на преобладание легких и средне тяжелых форм заболевания. У 6,5% детей симптомы заболевания умеренно мешали повседневной жизни, тогда как 8,9% чаще затрудняли приступы чихания, заложенность носа.

У 65,7% наших пациентов одновременно диагнозом АР регистрировались сопутствующие аллергические заболевания. Как аллергический риносинусит, пищевая, лекарственная аллергия и аллергодерматит. Широкие масштабы Ар у детей требуют изучения особенностей и исходов данной патологии. С этой целью нами проведено динамическое наблюдение 80 детей с аллергическим ринитом в течение 3 лет. Прогрессирование симптомов ринита отмечалось у 67%детей.

Благоприятное течение заболевания с клинической ремиссией за время наблюдения отмечалось 16,5% детей.

Таким образом, как показали проведенные исследования, частота аллергического ринита у детей по результатам активной диагностики выше, чем по данным обращаемости старшего возраста встречаются чаще , чем у детей младшего возраста (7-8 лет).

В структуре аллергического ринита преобладают легкие и среднетяжелые формы заболевания.

Ранняя диагностика и лечение аллергического ринита будет способствовать предупреждению возникновения осложнений.

О БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время назрела необходимость совершенствования терапии детей с железодефицитной анемии (ЖДА), дальнейшей разработки и внедрения в клиническую педиатрию новых, более эффективных препаратов железа, что будет способствовать снижению заболеваемости, развитию тяжелых форм заболевания.

Целью данной работы явилось определение эффективности новой композиции ферроцерона у детей раннего возраста с ЖДА.

Под нашим наблюдением находилось 195 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с ЖДА. Контрольную группу составили 224 ребенка аналогичного возраста. Среди обследованных больных у 21 ребенка диагностирована тяжелая форма заболевания ($Hb \leq 70$ г/л), у 70 – анемия средней тяжести (Hb в пределах 90-70 г/л), у остальных детей (104) – анемия легкой степени.

Всем больным проведено лечение препаратами железа. Из общего числа больных 42 ребенок получали лактат железа, 48 – сироп алое с железом, 45- феррум-лек, 60- ферроцерон в сиропе шиповника.

Комбинация ферроцерона с сиропом шиповника обусловлена высоким содержанием аскорбиновой кислоты в плодах шиповника, что стимулирует высокую абсорбцию железа. Отмечалась положительная динамика прибавки Hb во всех группах детей, леченных препаратами железа. Однако, у детей получающих ферроцерон в сиропе шиповника концентрация гемоглобина достоверно выше уже на 15 - день приема препарата ($P < 0,01$; $P < 0,01$; $P < 0,01$), к этому сроку данный показатель близок к нижней границе нормального уровня его для раннего возраста, а на 25 день лечения происходит нормализация уровня Hb у детей, леченных ферроцероном в сиропе шиповника ($P < 0,05$; $P < 0,01$; $P < 0,01$), что объясняется более интенсивной скоростью прироста Hb по сравнению с таковой в других группах.

Более наглядным фактом эффективности и преимущества ферроцерона в сиропе шиповника могут служить данные прироста Hb 15 - и 25 - дней лечения препаратами железа.

Таким образом, итоги наших исследований по оценке эффективности ферротерапии, дают возможность сделать вывод о том, что на фоне

лечения детей ферроцероном в сиропе шиповника, происходит более прогрессивное улучшение самочувствия и состояния больных детей, симптомы заболевания ликвидируются на 15 – 20 день, что на 8 -12 дней раньше, чем у детей, получающих другие препараты. Также, препаратом выбора должен быть препарат, дающий быстрый, стойкий терапевтический эффект, сокращающий сроки лечения больных – каковым является ферроцерон в сиропе шиповника.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хахимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники железодефицитной анемии (ЖДА) у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74, от 1 года до 2-х лет - 29, от 2 до 3 лет - 22 детей.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%) , со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%).

Результаты и обсуждение. Среди симптомов наиболее часто отмечали отсутствие аппетита – у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела – у 70 (56,6%), частые срыгивания у 69 детей (55,2%) и рвоты – 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых выявлена почти у всех больных - 95 детей (76,0%), также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 56 (44,8%), сухость и выпадение волос – 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей – 25 (20,8%). Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 – 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявляется снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми – 57 (45,6%), плаксивыми, капризными – 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 – 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и

незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Халматова Б.Т.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность исследования. Последние десятилетия наблюдается рост атопии в детской популяции. Большую роль в манифестации симптомов аллергии играет характер питания ребенка, возраст контакта с потенциальными пищевыми аллергенами и формирование пищевой толерантности.

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на манифестацию пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Материалы и методы: проведено анкетирование 60 матерей детей в возрасте от 1 до 1,5 лет, у которых были зафиксированы проявления атопического дерматита. Анализируемую группу составили 56% мальчиков, 44%-девочек, средний возраст — 1 год, 3 месяца.

Результаты. Наследственную отягощенность по атопии указали 39% респондентов, чаще со стороны материнской линии; в этой группе женщины во время беременности исключали из рациона облигатные аллергены (23%) и выполняли рекомендации по соблюдению гипоаллергенного быта (27%). 80% опрошенных указали, что беременность протекала с токсикозом, 14% - с угрозой прерывания, 7% - с анемией, 5% с инфицированием. Дети 74% матерей были приложены к груди сразу после родов, остальные в течение 2-5 часов (13%), 2-12 суток (13%). На грудном вскармливании с рождения находились 84% детей. 6% матерей отметили, что симптомы атопического дерматита появились у ребенка на исключительно грудном вскармливании при употреблении кормящей женщиной высоко аллергенных продуктов. В течение года подавляющее большинство детей 97% были переведены на смешанное (70%) или искусственное вскармливание (27%). 30% матерей отметили, что самостоятельно выбирали молочную смесь, остальные руководствовались рекомендациями врача. У 32% детей введение

молочной смеси сопровождалось появлением кожных высыпаний и диспепсии. Матери 6 детей (9%) начали вводить прикорм детям ранее 4 месячного возраста, 2 детей (3%) старше 6 месяцев, остальным (88%) в возрасте с 6 месяцев. 44% опрошенных матерей отметили, что введение прикорма сопровождалось появлением кожных симптомов атопии, неустойчивым стулом (37%), запорами (23%), метеоризмом (23%). Только 64% матерей при введении прикормов руководствовались рекомендациями педиатра. 18% опрошенных матерей отметили, что симптомы атопии возникли у ребенка без видимых причин.

Заключение: Одним из главных факторов, влияющих на манифестацию пищевой аллергии у детей раннего возраста, является нерациональное питание: позднее прикладывание к груди, перевод на смешанное или искусственное вскармливание, несоблюдение сроков введения прикорма, выбор матерями молочной смеси и блюд прикорма без рекомендации врача.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОЗГА У ДЕТЕЙ

Хатамов А.И., Каттаходжаева Д.У.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучение морфометрических данных нейронов коры собственного энторинального поля ерг¹ энторинальной области мозга у детей различного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейростатистический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический метод.

Результаты исследования показали, что у новорожденных наружный слой коры собственного энторинального поля ерг¹ энторинальной области мозга характеризуется островковым типом расположения клеток. Размеры клеток в пределах $14,4 \pm 0,6 \times 16,8 \pm 0,8$ и $14,6 \pm 0,9 \times 17,0 \pm 0,7$ мкм. Нейроны имеют овальные и треугольные формы. Средний слой представлен малоокрашенными полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют – $12,0 \pm 1,1 \times 14,4 \pm 0,9$ и $12,2 \pm 0,9 \times 14,7 \pm 0,7$ мкм.

Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами $12,0 \pm 0,9 \times 12,0 \pm 0,5$ и $12,2 \pm 0,7 \times 12,3 \pm 0,7$ мкм.

У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Размеры клеток достигают $17,8 \pm 0,7 \times 21,0 \pm 0,7$ и $18,0 \pm 0,8 \times 21,5 \pm 0,7$ мкм.

В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток.

Наружный слой характеризуется островковым строением. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Клетки имеют многоугольные и пирамидные формы. Внутренний слой отличается диффузным расположением полиморфных клеток.

У детей первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей. Размеры клеток изменяются незначительно. Наружный слой сохраняет островковый тип строения.

Вывод. Цитоархитектоническая картина энторинальной области у детей в 7-летнем возрасте обладает всеми качествами, свойственными для взрослых людей.

ДИНАМИКА ВЫСОТЫ НЕЙРОНОВ КОРЫ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

Хатамов А.И., Каттаходжаева Д.У.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Изучение высоты нейронов коры пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрористологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический метод.

Результаты исследования. Исследования показали, что у новорожденного ребенка клетки пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа имеют овальную и пирамидную форму. Высота этих нейронов у новорожденного ребенка составляет в левом полушарии $14,4 \pm 0,7$ мкм, а в правом полушарии – $14,7 \pm 0,9$ мкм.

В период грудного возраста высота нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга ребенка резко возрастает, в левом полушарии равна – $16,5 \pm 0,9$ мкм, а в правом полушарии – $16,9 \pm 1,2$ мкм.

В периоде раннего детства увеличение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа ребенка интенсивно продолжается и высоты нейронов слева равняется $17,6 \pm 1,12$ мкм, а справа – $17,9 \pm 0,8$ мкм.

В первом детстве высота нейронов в изученной корковой формации в левом полушарии равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, а в правом – $18,9 \pm 1,1$ мкм.

В периоды подросткового возраста, юношеского и взрослых возрастов величина высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга человека мало меняется, так, в левом полушарии высота нейронов в подростковом возрасте равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, в юношеском возрасте $18,9 \pm 0,9$ мкм.

В поздних сроках постнатального онтогенеза, т.е. в пожилом и старческом возрастах имеет место некоторое уменьшение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа мозга.

Вывод. Таким образом, наиболее интенсивные изменения высоты нейронов пирамидного слоя поля СА₂ гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚОЛОҚЛАРНИ КЎКРАК СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ДАСТЛАБКИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Худайберганов М.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кўкрак сути бола учун ҳам сифат жихатидан ҳам миқдор жихатидан тўйимли озиқа ҳисобланади. Онани сутини ўрнини босувчи бошқа бир озуқа хозиргача фанда топилмаган ва ишлаб чиқарилмаган. Бундан кейин ҳам буни ижобий хал қилишнинг имкониятлари бўлмаса керак. Буюк аллома Абу Али ибн Сино онанинг сутини бежизга қуёш нурларига тенглаштирмаган. Кўкрак сути билан тўғри ва тўлақонли овқатлантирилган болалар, овқатланишнинг бошқа турида бўлган кўкрак ёшидаги болаларга нисбатан кам касалланишлари, улар орасида ўлим кўрсаткичларининг жуда камлиги бизга маълум. Яна шунингдек, кўкрак сути чақалоқни дастлабки 3 ойда юқумли касалликлардан сақловчи асосий восита ҳисобланади.

Биз томондан янги туғилган чақалоқларга кўкрак бериш муддатини ўрганиш мақсадида “ Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль – март ойларида кетма-кетликда туғилган 100 та бола ўрганилди. Уларнинг 45 таси ўғил, 55 таси қиз болалардан иборат. 68 таси қишлоқ, 32 таси шаҳар болаларидир. Маълумотлар анкета сўровномаси ёрдамида тўпланди. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти таклифига кўра янги туғилган чақалоқ дастлабки 30-40 дақиқа ичида кўкрак сути билан боқилиши керак. Агар янги туғилган чақалоқларни кўкрак сути билан боқишни 90% га етишига эришилса, дунёда 1.5 млн чақалоқнинг хаёти сақлаб қолинар экан.

Биз томондан ўрганилган болалар 64% (64 та) туғилгандан кейин 1 соатгача муддатда онасининг кўкракга берилган. Бу албатта кўкрак сути билан боқишнинг хозирги замон концепциясига мос келади. 17% (17 та) бола эса туғилганидан 1 соатдан кўпроқ вақтдан кейин кўкракга берилган. Аммо 19% (19 та) янги туғилган чақалоқнинг дастлабки соатларида кўкрак сути билан боқилмаганлиги, уларнинг хаётда яшовчанлигини чегаралаб ўлим ва касалланиш хавфини кучайтириши мумкин.

Демак , ҳомиладор аёлларни режали соғламлаштириш ва янги туғилган чақалоқларни камида 6 ойгача фақат кўкрак сути билан боқиш ўз кучида қолмоқда.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Джуманязова Г.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Болалик даврида оғир шароитда ўсиб улғайган организм у катта ёшгаётганда ҳам саломатлик даражаси бўйича қатор муаммоларини келтириб чиқариши инглиз олимлар томонидан ўрганилган. Соғлом туғилган болалар муддатига етмай туғилган чала нимжон ва касалванд туғилган болаларга нисбатан касалликларга чидамли бўлиши, касалликларни қайталаниши деярли бўлмаслиги мабодо улар касалланиб қолса тез соғайиб кетишлари бизга маълум.

Чақалоқнинг туғилган вақтида умумий аҳолини ўрганиш мақсадида “ Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль – март ойларида кетма-кетликда туғилган 100 та бола ўрганилди. Уларнинг 45 таси ўғил, 55 таси қиз болалардан иборат. 68 таси қишлоқ , 32 таси шаҳар болаларига тўғри келади. Маълумотлар анкета сўровномаси ёрдамида жамланди. Ўрганилган болаларнинг 13% (13та) соғлом туғилган. Бу албатта паст кўрсаткич. Умумий аҳолининг ўртача оғирлик даражасида туғилган болалар 72% (72 та) ташкил этиши , ижтимоий иқтисодий ва тиббий биологик йўналишдаги олиб борилаётган ишларнинг қониқарсизлигидан далолат бериб турибди. Яна шунингдек, 2% (2та) боланинг ўта оғир аҳолида 13% (13 та) эса оғир аҳолида дунёга келиши нафақат уларнинг ҳаётга “мослашиш” жараёнларини оғирлаштириб кўяди балки улар ўртасида касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг ҳам кўпайишига асосий сабаб бўлади.

Ўрганилган маълумотлар шуни кўрсатадики, бола туғилган вақтда уларнинг умумий аҳолини кўрсаткичлари ўғил ва қиз болаларда деярли бир хил.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, туғиш ёшидаги аёлларда экстрагенетал касалликларнинг кўплаб учраши (71%) нафақат ҳомиланинг она қорнида тўлақонли ривожланишига балки чақалоқнинг дунёга келиш пайтида ҳам унинг умумий аҳолига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

ТУҒГАН АЁЛЛАРНИ ЁШЛАР КЕСИМИДА ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Джуманязова Г.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўзбекистонлик шифокорлар Бутун Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташиқлотининг тавсияларига асосланиб, туғишга энг лайоқатли бўлган даврни 22-35ёш аёлларга тавсия қилиб келмоқдалар.

Туғган аёлларни ёшини ўрганиш мақсадида “Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль – март ойларида кетма-кетликда туққан 100 та аёлнинг мальумотларианкета сўровномаси ёрдамида ўрганилди. Олинган мальумотларга кўра 20ёшгача туғган аёллар ҳисобга олинмаган, бу албатта ижобий ҳолатдан далолат беради. 10% аёл 22 ёш даврида фарзанд кўрган бу ҳам ёмон кўрсаткич эмас. 25 ёшгача 37%, 30 ёшгача 20 %, 35 ёшгача эса 18 % аёллар фарзанд кўришган. Бу юқоридаги рақамларни ижобий баҳолаш мумкин. Аммо 14% аёлнинг 35 ёшдан катта бўлган даврда хомиладор бўлиб, фарзанд кўриши нафақат ўзининг организмига ноҳўя таъсир кўрсатиши,оғир оқибатларни келтириб чиқариши балки она қорнидаги хомиланинг ривожланишига,туғриқ жараёнларига, қолаверса янгидан дунёга келаётган чақалокнинг саломатлик кўрсаткичларига ҳам бевосита салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Демак, Биз эрта тузиладиган никоҳларга, айниқса яқин қариндошлар ўртасидаги никоҳлар тузилишига ҳар томонлама тўсқинлик қилиш билан бирга ,35 ёшдан катта ёшдаги аёлларни хомиладор бўлиб фарзанд кўришларини оғир оқибат натижаларини уларга тушунтиришимиз ва шунингдек аҳоли, айниқса туғиш ёшидаги аёлларни тиббий маданиятини оширишимиз мақсадга муофиқдир.

ТУҒАН АЁЛЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Алиева .П.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Туғиш ёшидаги аёллар ўртасидаги касалликлар юқорилигича қолмоқда. Айниқса бу Орол бўйининг ноҳуш минтақаси ҳисобланган Хоразм вилоятида бошқа минтақаларга нисбатан бу кўрсаткичлар юқори бўлиб, 71% ташкил этади. Бу эса ўз навбатида жамоатчилик ва тиббиёт ходимлариданпайдо бўладиган кўндаланг масалаларни ҳал қилишни талаб қилади. Туғиш ёшидаги айниқса хомиладор аёлларни саломатлик кўрсаткичларини ўрганиш ва уни ижобий томонга қараб ўзгартириш тиббиётнинг долзарб масалаларидан бири бўлиб бормоқда. Соғлом онадан соғлом болани дунёга келиши бизга фандан мальум. У аллақачон исботини илмий асосларда топган.

Биз бу мақсадлар учун “ Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль – март ойларида кетма-кетликда туққан 100 та аёлларнинг мальумотлари анкета сўровномаси ёрдамида ўрганилди. Иш натижаларига кўра 69% аёлда экстрагенетал касалликлар топилди. Улар ўртасидаги камқонликнинг у ёки бу кўриниши ҳамон юқори бўлиб у 60% ташкил этди. Бу касалликни олдиниолиш ва даволаш узок йиллардан буён

давом этиб келишига қарамасдан, бу борада унчалик сезиларли ижобий натижалар бўлмаяпти. 7-10% аёлларда 2 та ва ундан кўп касалликларни мавжуд бўлишиши организмни хар томонлама ожизлантириб қўйиши мумкин. Бу эса ўз навбатида “ хавф” гурухлари кўпайишига , қолаверса муддатига етмасдан нимжон ва касалманд болаларни туғилишига замин яратиши шубҳасиз.Ўрганилган аёлларнинг 16%- 1чиҳомиладорликда, 10%-2чи хомиладорликда, 3%- 3 чи хомиладорликда ва 1%-4 чи хомиладорликда соғлом аёллар эканлиги аниқланди.Биринчи ваиккинчи хомиладорлар ўртасидаги касалликлар 1 хил яъни 23% эканлиги маълум бўлди. Учинчи ва тўртинчи марта хомиладорлар ўртасидаги касалликлар сонини маълум миқдорда паст эканлиги алоҳида ўрганишни талаб қилади. Шундай қилиб, қиз болаларни ўспиринлик давриданок оилага тайёрлаб бориш, улардаги мавжуд патологик жараёнларини даволаш талаб қилинади. Яъна шунингдек уларни тиббий билимларини ўрта мактаблардан бошлаб ошириб бориш зарур бўлади. Эрта ёшларда қурилган оиладан келиб чиқиши мумкин бўлган оқибатларни такрор-такрор тушунтиришимиз лозим бўлади.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Худайбергенов М.Р.

Ургенчский филиал ташкентской медицинской академии

Оптимальное питание и рациональное кормление грудных детей и детей раннего возраста относятся к числу самых важных факторов, определяющих здоровье, физическое и психическое развитие. Рациональные принципы и методы кормления позволяют предупредить нарушения питания и раннюю задержку роста. У детей с нарушениями питания, отмечаются повышенная частота и более тяжелая форма кишечных и других инфекций, они в большей степени подвергаются риску преждевременной смерти.

Обследовано всего 1255 детей раннего возраста. В зависимости от вида вскармливания детей на первом году жизни все обследуемые дети были подразделены на 3 группы. Первую группу составили дети, находящиеся на естественном вскармливании, количество, которых составило 917. Вторую группу составили дети, находящиеся на искусственном вскармливании, проживающие с родителями, в количестве 268. Третья группа состоит из детей, находящиеся на искусственном вскармливании, проживающие в домах малютки и ребенка – 70.

Среди детей первой подгруппы в возрасте 0-3 месяца, у 82% - первой группы и 82,3% - второй группы детей нервно-психическое развитие соответствует возрастной норме, у 5,6% и 4,7% детей соответственно наблюдалось опережение развитие, тогда как у 12,2%

детей – отставание в развитии. В динамике в 3-6 месяца получены следующие данные: у 75% детей первой подгруппы первой группы и 74,4% детей первой подгруппы второй группы - нервно-психическое развитие соответствовало возрастной норме. У 18,3% и 19,2% соответственно, наблюдалось опережение и 6,1% и 5,6% - отставание развития, что указывало на наличие увеличения опережения и уменьшения отставания, чем предыдущие возраста.

Анализируя, полученные данные и сопоставляя их между возрастными, можно прийти к выводу о том, что у детей, находящихся на искусственном вскармливании, особенно проживающих в домах сирот наблюдается ухудшение показателей нервно-психического развития в динамике. Все это влияет на развитие и формирование поведенческой реакции, как в первом, так и последующие периоды жизни.

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ

Назарова М.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Дети с различными формами аллергии более восприимчивы к различным простудным заболеваниям. Увеличения аллергических заболеваний у детей отмечается во всех странах мира, вероятно, связано это с особенностями современной технологии пищевой промышленности, в которой широко употребляются различные добавки-красители, консерванты, эмульгаторы.

У детей раннего возраста пищевая аллергия проявляется по-разному в зависимости от индивида. Чаще всего проявляется в виде различных поражений кожи – атопического диатеза, отмечаются явления себореи на волосистой части головы в области темени, а также молочного струпа и др. Единственным эффективным способом борьбы с аллергией является исключение из рациона тех продуктов, которые вызывают аллергическую реакцию. Например, у детей до 1 года пищевая аллергия чаще бывает из-за повышенной чувствительности к белку коровьего молока, далее, с постепенным расширением рациона питания, могут развиваться аллергические реакции на все вводимые продукты: соки, фруктовые и овощные пюре, как правило, из плодов, имеющих желтую, оранжевую, красную окраску и др.

Самый простой способ, чтобы узнать на какой именно продукт возникает аллергическая реакция – введение пищевого дневника. В него ежедневно записывают весь набор продуктов, которых получает ребенок, особо стоит отмечать каждый новый продукт, время появления и характер реакции на него – сыпь, зуд, покраснения кожи, расстройства стула и другое.

Питание должно быть сбалансированным по содержанию белков, жиров и углеводов. Для сбалансированного питания имеются три вида прикорма:

первый приком – в виде овощного пюре, вводится раньше обычного на один месяц, второй прикорм (каши) – с 6-6,5 месяцев. При повышенной чувствительности к коровьему молоку каши готовят на овощном или фруктовом отварах. Третий прикорм детям, страдающим пищевой аллергией, лучше давать в виде второго овощного блюда.

В заключении надо отметить, что у детей с пищевыми аллергическими заболеваниями в начальный период жизни необходимо исключать продукт, который вызвал аллергическую реакцию. С возрастом у ребенка аллергический настрой к ранее непереносимым продуктам обычно снижается, и рацион его может постепенно расширяться.

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВ У ДЕТЕЙ

Салаева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одним из основных компонентов, а также факторов риска развития метаболического синдрома(МС) является характерный спектор липидных нарушений крови, и в частности, уровня триглицеридов и снижение фракции липопротеидов высокой плотности.

Возрастание жирных кислот в печени ведет к повышению уровней ТГ, холестерина фракции, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) и к снижению уровня холестерина (ХС) высокой плотности (ЛПВП).

Поэтому наличие у больного характерных нарушений липидного обмена может являться дополнительным доказательством патологического действия ИР в организме. В связи с этим изучаемая проблема считается актуальной и своевременной.

Проведен сравнительный анализ параметров липидного спектра крови у детей с ожирением и нормальной массой тела. Исследования проводились в двух группах: 1- основная группа – 48 наблюдений и 2 – контрольная группа – 18. Оценивались углеводный и липидный обмен.

В основной группе различные изменения липидного спектра определялись в 26 случаях (54%). В контрольной группе количество детей, имеющих липидные нарушения, было меньше, всего 5 случаев (27%), однако достоверности различий не получено ($P=0,31$)

По мере нарастания массы тела, все больше прослеживалась тенденция к снижению концентрации ЛПВП, а значимость различий с контрольной группой – возрастала. Тем самым, сравнительный анализ исследуемых параметров жирового спектра крови у детей с нормальным весом и с разными степенями избытка массы показал обратную зависимость уровня ЛПВП от массы тела.

Таким образом, среди детей с ожирением выраженность изменений липидного спектра крови зависела в большей степени от характера ожирения, чем от избытка массы тела. Учитывая характер липидных

изменений и выраженную связь с секрецией инсулина, можно заключить, что в детском возрасте формирование ожирения и, в частности, его абдоминальной формы сопровождается характерным для состояния инсулинорезистентности нарушением метаболизма жиров.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Рахманова Д.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Оптимальное питание и рациональное кормление грудных детей и детей раннего возраста относятся к числу самых важных факторов, определяющих здоровье, физическое и психическое развитие. Рациональные принципы и методы кормления позволяют предупредить нарушение питания и раннюю задержку роста. Имеются данные, подтверждающие предположение о том, что питание грудных детей имеет долговременные последствия для здоровья и играет определенную роль в предупреждении развития хронических неинфекционных заболеваний у взрослых.

Грудное вскармливание имеет ряд преимуществ, как для ребенка, так и для матери. Грудное молоко содержит все питательные вещества в объеме, достаточном для покрытия нужд ребенка. Оно значительно легче усваивается организмом, чем коровье молоко или промышленная молочная смесь. Аллергия на коровье молоко, встречающаяся у искусственно вскармливаемых грудью младенцев. Материнское молоко не содержит аллергенов. Материнское молоко облегчает всасывание таких минеральных веществ, как цинк и железо. Материнское молоко содержит в 8 раз больше линоленовой кислоты, чем коровье молоко. Линоленовая кислота необходима для нормального роста и развития детей.

Большинство защитных эффектов грудного вскармливания против инфекционных заболеваний являются пассивными, т. е. Иммунозащитные факторы в грудном молоке защищают поверхности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей и тем самым снижают риск инфекции. Но есть также и данные о том, что грудное молоко оказывает активное влияние на иммунную систему ребенка. В возрасте 4 месяцев размер вилочковой железы у детей, вскармливаемых грудным молоком, в два раза больше, чем у детей на искусственном вскармливании. Кроме того, у детей, вскармливаемых грудью, лучше реакция на некоторые вакцины, чем у детей, вскармливаемых детской питательной смесью. Если техника грудного вскармливания является удовлетворительной, то исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни обеспечивает потребности в энергии и питании подавляющего большинства младенцев.

Таким образом, грудное вскармливание желательна не только для физического здоровья и развития ребенка, но и для снижения риска инфекций, полноценного психомоторного развития.

ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ К ГРУДИ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Рахманова Д.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В грудном возрасте ребенка, вскармливаемого грудью, особое значение имеет правильное его приложение к груди, которое обеспечивает эффективный сосательный рефлекс. Неправильное приложение к груди может отрицательно влиять как для ребенка, так и для матери.

Если ребенок хорошо приложен к груди, то он может эффективно сосать. При этом ребенок сосет медленно и глубоко в течение одной секунды, затем следует видимое или слышимое проглатывание, иногда ребенок замирает на несколько секунд, что позволяет протокам наполниться молоком снова. Когда ребенок снова начинает сосать он может сделать несколько быстрых сосательных движений, стимулируя приток молока, а затем начнет медленное глубокое сосание. Щеки ребенка остаются округлыми во время кормления. К концу кормления сосание обычно становится медленнее с меньшим количеством глубоких сосаний и длинными паузами между ними. Это время, когда количество молока уменьшается, но, поскольку это богатое жирами заднее молоко, важно продолжать кормление. Когда ребенок удовлетворен он, обычно спонтанно выпускает грудь. Сосок может на секунду или две выглядеть растянутым, но он быстро возвращается к исходной форме.

Ребенок, который приложен неправильно, вероятно, будет сосать неэффективно. Он может все время сосать быстро, неглотаая, и щеки могут быть втянутыми во время сосания, показывая, что молоко не течет должным образом в рот ребенка. Когда ребенок останавливает сосание, сосок может оставаться втянутым и выглядит приплюсненным со складкой сверху или снизу, показывающий, что сосок поврежден из-за неправильного прикладывания.

Когда ребенок сосет неэффективно грудь может стать набухшей, или может развиваться закупорка млечного протока или мастит. Потому что удаляется не достаточное количество молока из груди и потребление молока может быть недостаточным. Это в свою очередь, может привести к снижению веса ребенка. Ребенок, возможно, может отдалиться от груди и отказаться от кормления грудью и остается голодным или продолжает сосать в течение длительного времени или очень часто. Грудь может быть раздражена слишком долгим кормлением, что приводит к преизбытку молока.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОКЛАРНИ БОШҚАРИЛИШИ МУМКИН БЎЛГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРГА ҚАРШИ ЎТКАЗИЛАДИГАН ЭМЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Машарипова. Х.Қ

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўзбекистон Республикасида аҳоли ўртасида ўтказиладиган бошқарилиши мумкин бўлган юқумли касалликларга қарши эмлаш ишлари Давлат тасарруфи ва назоратига олинган. Эмлаш вакциналари узлуксиз равишта, режага биноан таъминоти тامينланган. Узоқ йиллар давомида илмий асосларга таяниб, бу соҳада олиб борилган ишлар ва Бутун Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг таклифларини инобатга олган ҳолда айрим касалликлар батамом бизда тугатилди. Айрим касалликларни кўпайиши кескин камайди. Лекин шунга қарамасдан хавода, сувда ва тупроқда организм юқтириши мумкин бўлган вируслар ва бактериялар ҳамон атрофимизда айланиб юрибди. Булар хоҳлаган ёшда, хоҳлаган даврда ҳимоясиз қолган инсон организмига, айниқса болаларга ўз кучини кўрсатиши мумкин. Бошқарилиши мумкин бўлган юқумли касалликларнинг деярли барча ёшда, айниқса болалар аҳолиси буларга нисбатан ўта сезувчанликни инобатга олсак жамоатчилик ва тиббиёт ходимлари олдида бу соҳада долзарб муаммолар мавжудлигини инобатга олишга тўғри келади.

Биз томондан янги туғилган чақалоқларда ўтказиладиган эмлаш ишларини сифат ва самарадорлигини ўрганиш мақсадида “ Вилоят перинатология марказида” 2017 йилнинг февраль – март ойларида кетма-кетликда туғилган 100 та бола ўрганилди. Уларнинг 45 таси ўғил, 55 таси эса қиз болалардир. Биз 2 та эмлаш ВГВ ва БЦЖ га қарши эмланишларни ўргандик. Биринчи касалликларга қарши 80% бола, иккинчисига эса 78% бола эмланган. Хар иккиала касалликларга қарши эмланмаганликнинг асосий сабаби бўлиб, нафас бузилиш синдроми билан туғилган чақалоқлар ҳисобланади.

Ўтказилган эмлашлардан кейин бирорта чақалоқда ҳам у ёки бу кўринишдаги асоратлар кузатилмаган.

Демак болалар аҳолиси ўртасида бошқарилиши мумкин бўлган юқумли касалликларга қарши эмлашларни энг юқори чўққисига эришиш лозим. Бунинг учун албатта ҳомиладор она соғлом туғилган чақалоқ эса меъёردа бўлиши керак. Эмлашга қарши кўрсатмалар эса 1-2% дан ошмаслиги керак.

БОЛАЛАРНИ ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Машарипова Р.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Қўшимча овқат бериш- эмизикли болаларга кўкрак сутига қўшимча равишда озуқа ва суюқликлар беришдир.Бола ўсиб яна фаол бўлиб боргани сари унинг озуқа ва физиологик эҳтиёжларини коплаш учун биргина кўкрак сутининг ўзи етарли бўлмай қолади.Истисносиз кўкрак сути хисобидан таъминланадиган энергия, темир ва алмашмайдиган озуқа моддалар миқдори, ҳамда ўсаётган эмизикли боланинг эҳтиёжларини коплаш учун болага мослаштирилган оила дастурхонидан қўшимча озуқа керак бўлади. Улғайган сари бу фарқ ортиб боради, ҳамда энергия ва озиқ моддалар, айниқса темирга бўлган эҳтиёж кўкрак сути билан бирга бошқа овқатни ҳам талаб қилади.

Қўшимча овқат асаб- мушак фаолиятининг ривожланишида муҳим ўрин тутди. Эмизикли болалар кўкрак сутидан сўнг тўғридан- тўғри катталар овқатини истеъмол қилиш учун физиологик жихати томонидан тайёр бўлмайди.Ўтиш даври овқатини танавул қила бошлаганда бола турли хил тузилиш ва қонсистенцияларга эга озуқа маҳсулотларига дуч келади.Бу эса чайнаш каби муҳим ҳаракат кўникмаларини ривожланишига ёрдам беради. Тўғри танланган қўшимча озуқанинг ўз вақтида берила бошланиши жадал ўсиш даврида эмизикли ва эрта ёшдаги болалар саломатлигининг мустаҳкамланиши овқат қабул қилишнинг яхшиланиши ва жисмоний ривожланишига ёрдам беради. Бу масала эса тиббиёт ходимларининг диққат марказида бўлиши керак.

Қўшимча овқатни қуйидаги тоифаларга бўлиш мумкин:

Ўтиш даври овқати – эмизикли болаларнинг алоҳида озуқа ва физиологик эҳтиёжларини қондиришга махсус мослаштирилган маҳсулотлар;

Оила дастурхонидан овқат ёки уй овқати – эрта ёшдаги болаларга бериладиган оиланинг бошқа аъзолари ҳам истеъмол қиладиган маҳсулотлардир.

Қўшимча овқат беришнинг тўлиқ даврида она сути эмизикли бола истеъмол қилаётган асосий сут тури бўлиши керак. Қўшимча овқатни тахминан 6 ойдан бера бошлаш мақсадга мувофиқдир.

ОНА САЛОМАТЛИГИНИ ҲОМИЛА РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ

Машарипова. Х.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Туғиш ёшидаги аёлларни мунтазам, режа асосида тиббий-профилактик кўриклардан ўтказиш ҳамон долзарблигича қолмоқда. Уларда аниқланган касалликларни соғломлаштиришда талайгина муаммолар мавжуд. Яна шунингдек туғриқлар орасидаги интервалнинг 10-15% аёлларда 1-2 йил эканлиги муаммонинг долзарблигини янада оширади. Соғлом онадан соғлом бола дунёга келиши бизга маълум.Биз томондан 100 та туққан аёлнинг касалликлари ва улардан туғилган

болаларнинг антропометрик кўрсаткичлари ўрганилди. Аёлларнинг атига 31%(31 та) га соғлом ташхиси қўйилган. Қолган 69% (69 та) аёлда у ёки бу касалликлар, айримларида эса 2та ва ундан кўп касалликлар аниқланди.Энг кўп 60% аёлда кам қонликнинг турли даражалари ва кўринишлари топилган .Яна шунингдек уларнинг маълум бир қисмида тоқсикоз, гаймарит, сурункали пиелонефрит ва кўп сувлилик аломатлари борлиги аниқланган. Ҳомиладор аёлдаги бу касалликлар дунёга келиши кутилётган фарзанднинг ўсиб ривожланишига у ёки бу кўришда салбий таъсир кўрсатиши мумкин.Жумладан: тана оғирлигининг 35% да (ўғил болаларда 9% қизларда 16%) тана узунлигинг эса 37%(ўғил болаларда 9% қизларда 28%) меъёрдан чекинганлиги бевосита онасининг саломатлиги , атроф -мухит, касб- хунари ва хаёт –турмуш тарзлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.Чақалоқларда тана оғирлиги ва узунлигининг меъёрдан четлашишлари биринчи ва иккинчи фарзандларда аниқланганлиги алоҳида илмий асосланган ўрганишларни талаб қилади. Антропометрик кўрсаткичлар хомиланинг она қорнида меъёрда ривожланганлигидан дарак берувчи асосий омиллардан эканлигини унутмаслигимиз керак.

Демак, меъёрда чақалоқни дунёга келишини таъминлаш учун туғиш ёшидаги аёллар ўртасида тиббий- профилактик кўрикларни жонлантиришимиз ва сифат жихатидан яхшилашимиз керак бўлади. Уларда топилган касалликларни эса турли босқичларда даволаб , соғломлаштиришимиз лозим. Яна шунингдек уларга соғлом турмуш тарзи асосларини ўргатиш билан бирга тиббий билим ва маданиятини ошириб боришимиз зарур.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИ ВА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ ВА УНИНГ ТАҲЛИЛИ.

Худайберганова А.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хоразм вилоятидаги Янгибозор, Урганч туманлари ва Урганч шаҳрида истиқомат қилувчи кичик мактаб ёшидаги (7-10 ёш) жами 600 нафар ўқувчиларнинг КВП лардаги № 026, № 112 хужжатларини, ҳамда Урганч бекат темир йўл шифохонаси, вилоят кўп тармоқли болалар тиббиёт марказида даволанган шу ёшдаги болаларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинди, ушбу болаларнинг психоэмоционал ҳолати анкета сўров ёрдамида ўрганилди.

Натижалар. Бола мактабга бора бошлагач, вазн кўшилиши 7 ёшли қиз болаларда секинлашса, бўй ўсиши эса қиз ва ўғил болаларнинг иккаласида ҳам сустлашади, 8 ёшлиларда иккала жинсда ҳам вазн ўсиши сустлашган, бўй ўсиш қизларда орқада қолган; 9 ёшли болаларда вазн ва бўй ўсиши қиз болаларда суст кечган бўлса, 10 ёшга келиб иккала жинснинг ҳам бўй ўсиши бошқа ёшларга қараганда илдамлашди, вазн

Ўсиш кўрсаткичи бу ёшга келиб қизларда ўғил болаларга қараганда юқорилигини аниқладик. Вазн -бўй индекси (ВБИ)нинг таҳлили шуни кўрсатадики, бу кўрсаткич 9 ёшда ўғил болаларда юқори (20,2) бўлса, қизларда эса бу ёшда аксинча сезиларли даражада паст (13,52) эканлиги кузатилди. Қишлоқ ва шаҳардаги шу ёшдаги болаларнинг жисмоний ривожланиши бир-бири билан солиштирилганда, 8-9 ёшли ўғил болаларда бўй кўрсаткичи қишлоқ жойларидаги ўғил болаларда бирмунча юқори бўлса, қишлоқдаги 8-9-10 ёшда қизларда эса бу кўрсаткич шаҳардагига нисбатан паст эканлиги аниқланди. Қишлоқда яшовчи 10 ёшли ўғил болаларда шаҳардаги шу ёшдагиларга нисбатан бўйи пастлигини кузатдик.

Вазн- бўй индекси (ВБИ) ҳам қишлоқ ва шаҳардаги болаларда бир-биридан фарқ қилади. Қишлоқдаги 9 ёшли ўғил болаларда бу кўрсаткич шаҳардаги шу ёшдаги ўғил болаларга нисбатан паст бўлса, ушбу ёшдаги қишлоқдаги қизларда эса аксинча шаҳардаги қизларга қараганда юқорилиги аниқланди. Касалланиш даражаси шуни кўрсатади-ки, шаҳарлик болаларда 7 ёшда ўткир респиратор касалликлар, 8 ёшда рецидивловчи бронхит, сурункали гастродуоденит, талваса синдроми, 9 ёшдагиларда ўткир бронхит касаллиги кўп учраган.

Шаҳардаги кичик мактаб ёшли болаларда умумий касалликлар структурасида ўткир респиратор касалликлар энг кўп учраганлигини кузатдик. Қишлоқдаги кичик мактаб ёшидаги болаларда касалланиш даражаси шаҳардагилардан фарқ қилади. 7 ёшли болаларда шаҳар болаларига нисбатан ўткир респиратор касалликлар оз, зотилжам, гельминтозлар эса кўп, 8-9 ёшли қишлоқ болаларида ўткир бронхит, зотилжам, НЦД анча юқори эканлигини аниқладик.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ГИПОКСИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Худейбергенова А.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проведены катamnестические наблюдения за состоянием здоровья, нервно-психическим и физическим развитием у 50 недоношенных, получавших остром периоде гипоксии препараты с антиоксидантным фармакологическим эффектом. Контрольную группу составили 20 здоровых недоношенных детей и 23 недоношенных, перенесших гипоксию и не леченых антиоксидантами. Недоношенные, получавшие в остром периоде гипоксии курс антиоксидантной терапии, опережали по физическому развитию недоношенных новорожденных, нелеченных антиоксидантами. Это наглядно проявляется с 2-2,5 лет в прибавки массы и с 2,5-3 лет по ростовым показателям. Стимулированное физического развития у недоношенных при комбинации витамина Е и гормонов, по-

видимому, имеет мультифакторный характер, главный фактор которого – повышение индекса здоровья.

Недоношенные дети в сравнении с доношенными детьми более склонны к острым заболеваниям органов дыхания. Однако применение антиоксидантов у недоношенных в постнатальном периоде позволяет уменьшить частоту бронхолегочной патологии в два раза. У этих недоношенных детей заболевание протекает легче, без выраженных осложнений.

Исследование механизмов дестабилизации клеточных мембран и структурной реорганизации у недоношенных со среднетяжелым и тяжелым гипоксическим состоянием, обусловленным пневмониями в разгаре клинических проявлений свидетельствует о повышении содержания спонтанных и индуцированных липоперекисей, лизофосфатидилхолина, уменьшение содержания фосфатидилхолина в плазме крови, особенно в эритроцитах у недоношенных новорожденных со среднетяжелой гипоксией на фоне пневмонии по мере увеличения степени недоношенности.

Таким образом, данные состояния являются следствием сочетания комплекса факторов незрелости тканей и функциональных систем.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У МАЛЬЧИКОВ ДО 3 ЛЕТ

Ширинов Ж.Н.

Бухарский Государственный медицинский институт

Целью исследования было изучение и оценка морфометрических параметров позвоночного столба мальчиков до 3 лет, постоянно проживающих в Бухарской области.

Материал и методы исследования. Для выполнения исследований привлечено 79 мальчиков узбекской национальности до 3 лет. Используются морфометрические методы, данные компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Для анализа и оценки параметров позвоночного столба использована программа «MLV. Ink. Philips». Материалы обработаны общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Установлено, что общая длина позвоночного столба новорожденных мальчиков колеблется от 21,5 см до 27,0 см (в среднем $23,9 \pm 1,2$ см). Длина шейного отдела была в среднем $2,4 \pm 0,3$ см (10,0% от общей длины позвоночного столба), длина грудного отдела в среднем $12,3 \pm 0,5$ см (52,4%), длина поясничного отдела в среднем $4,9 \pm 0,4$ см (20,5%), длина крестцово-копчикового отдела в среднем $4,1 \pm 0,3$ см (17,1%).

Нами установлено, что длинотные параметры позвоночного столба детей грудного возраста (до 1 года) изменяется не равномерно. Общая

длина позвоночного столба колеблется от 31 см до 33,5 см (в среднем $32,0 \pm 1,5$ см). Длина шейного отдела в среднем $3,0 \pm 0,3$ см (9,4% от общей длины позвоночного столба), длина грудного отдела в среднем $18,3 \pm 0,5$ см (57,2%), а длина поясничного отдела в среднем $6,9 \pm 0,4$ см (21,6%), длина крестцово-копчикового отдела в среднем $5,1 \pm 0,3$ см (15,9%).

На втором году жизни общая длина позвоночного столба находилась в пределах от 36 см до 38,5 см (в среднем $37,5 \pm 1,2$ см). Длина шейного отдела в среднем $3,3 \pm 0,5$ см (8,8%), длина грудного отдела в среднем $20,9 \pm 0,7$ см (55,7%), длина поясничного отдела в среднем $6,1 \pm 0,4$ см (16,3%), длина крестцово-копчикового отдела была в среднем $5,8 \pm 0,3$ см (15,5%).

Общая длина позвоночного столба 3 летних мальчиков колебалась от 37 см до 39,3 см (в среднем $38,5 \pm 1,2$ см). Длина шейного отдела была в среднем $3,8 \pm 0,4$ см (9,9%), длина грудного отдела в среднем $22,0 \pm 0,5$ см (57,1%), длина поясничного отдела в среднем $7,0 \pm 0,3$ см (18,2%), а длина крестцово-копчикового отдела была в среднем $5,7 \pm 0,3$ см (14,8%).

Таким образом, грудной отдел позвоночного столба в первом году жизни и в последующих годах (до 3 лет) увеличивается с большим темпом, темп роста шейного отдела до 2 летнего возраста сравнительно медленный. Начиная с 2 летнего возраста темп роста поясничного и крестцово-копчикового отдела заметно уменьшается.

СОҒЛОМ ОНА -СОҒЛОМ ФАРЗАНД

Эргашева М.С.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Абу Али Ибн Сино 900 хил шифобахш ўсимликлардан дорилар тайёрлаб, табобатда қўллаган. Абу Али Ибн Сино ўзининг 5 томлик “Тиб конунлари” китобидаги II ва V томларида дорилар ва доривор ўсимликлар тўғрисида маълумот беради.

Ибн Сино даволаш мақсадида зиркнинг қизил ва қора турларидан фойдаланган. Улар кучли ўт(сафро) ҳайдаш хусусиятига эга. Ибн Сино зиркдан жигар касалликлари, меъда касалликларида, ичаклар атониясида ва тананинг пастки қисмидан қон кетишларни даволашда дамлама тариқасида ичишга тавсия қилган. Шишларни даволашда боғламлар холида қўллаган. Юқорида келтирилган касалликларни даволаш учун мураккаб дорилар таркибида зиркдан кенг фойдаланган. (Авиценна, Справочник Т.2003)

Шу кунгача зиркнинг барча хусусиятлари кенг ёритилган, аммо унинг камқонликка қарши таъсири ва камқонликни даволаш учун қўлланилиши ўрганилмаган. ТГА Фарғона филиалида ташкил этилган фитобарда олиб бориладиган илмий тадқиқот ишида зиркнинг камқонликни даволаш ва олдини олиш мақсадида қўллаш ўрганилади ва фертил ёшидаги аёллар

овқатланиш рационига зирк асосида махсулаштирилган қўшимчани киритиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилади.

Тадқиқот ишининг амалий аҳамияти.

1. Фертил ёшдаги аёллар овқатланиш рационига зирк асосида махсулаштирилган қўшимчалар киритиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқиш.
2. Зирк ва новвот асосида яратилган махсус қўшимчаларни камқонликни олдини олиш мақсадида овқатланиш рационига киритиш
3. ОМХ йўналиши талабаларига «Камқонликни даволашда зирк асосида яратилган махсус қўшимчани овқатланиш рационига киритиш» мавзусида ўқув-услубий қўлланма чоп этиш.

Тадқиқот натижаларига кўра, камқонлик билан хасталанган 47 нафар талабаларни зирк ва новвотдан тайёрланган қайнатма ёрдамида 10 кун давомида даволанганда ижобий натижаларга эришилди. Бунга кўра талабаларнинг такрорий қон тахлили ўтказилганда гемоглобин миқдори ўртача 10-12 г/л.гача кўтарилгани, организм умумий қувватининг ошганлиги, иштаханнинг яхшиланганлиги ва ишчанлик қобилятини ошишига эришилгани аниқланди.

Хулоса қилиб айтилганда, фертил ёшдаги аёллар овқатланиш рационига зирк ва новвотдан тайёрланган қўшимча киритилиши камқонликни олдини олишнинг муҳим омилларидан бири ҳисобланади.

БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШНИ РЕТРОСПЕКТИВ АНАЛИЗИ ВА МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ

**Юлдашев Б.С., Ражапов О.А., Матрасулов Р.С.
Тошкент тиббиёт Академияси Урганч филиали**

Кўпгина адабиётларда келтирилган маълумотларга қараганда умумий гинекологик касалликларнинг 18-21 фоизини бачадондан қон кетиш асорати ташкил қилади. Бундай қон кетишлар ёшлар бўйича тахлил қилинганда асосан икки даврда кўп: климактерик ва репродуктив даврларда кузатилишига гувоҳ бўлдик.

Бачадондан қон кетишини гистологик текшириш катта амалий билим талаб қилади ва бу эндометрийни функционал ҳолатини ва тухумдонларнинг гормонал активлигини аниқлашга имкон беради. Биз Хоразм вилоят патологик анатомия бюроси маълумотларига асосланиб 2016 йил бўйича бачадон бўшлиғи қириндиларининг ретроспектив тахлилинини ўтказдик, тахлил жараёнида йил давомида ўтказилган 17356 та беморлардан олинган биопсион ва операцион материалларни гистологик текширувлари ичида бачадон ичи қириндиси 436 (2,5%) тани ташкил қилиши аниқланди. Уларнинг барчаси 19 -65 ёш оралиғида бўлган аёллар бўлиб (кўпчилиги 35-50 ёш оралиғида), улардан бачадон бўшлиғидан қонсимон ажралма ажралганлиги сабабли диагностика мақсадида бачадон бўшлиғидан қиринди олинган. Тахлил натижасида 16,5 % ҳолатда эндометрий безлари секретор активлигини ошиши децидуал реакция

билан, 65 % текширишда эндометрийнинг безли гиперплазияси ва улар ичидан 35 % безли кистозли гиперплазия, 2,5% холатда эндометрий полипи, 9,4% да эндометрий атипик безли гиперплазияси, 1,8 % да елбўғоз, 7 (1,6%) та холатда аденокарцинома, 1 (0,23%) та холатда хорионэпителиома аниқланди.

Тахлилларга асосланиб қуйидаги хулосага келиш мумкин: 1. Бачадон ичидан қон кетишлардаги морфологик ўзгаришларнинг асосий қисмини эндометрийнинг безли гиперплазияси ташкил қилади. 2. Асосий гормонал ўзгариш натижасида қон кетиш 35-50 ёшли аёлларда нисбатан кўпроқ учраши кузатилади. 3. Атипик безли гиперплазияларни пременопауза ва менопауза даврларида кўпроқ учраши, бачадон ичи қириндиларининг 8 та холатида хавфли ўсма, 1,8 % да елбўғоз чиқиши, бачадондан қонли ажралма келишинингхар бир холати бўйича чуқур тиббий текширувларни амалга ошириш зарурлигидан далолат беради.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ НАЙДАГИ ХОМИЛАДОРЛИК РИВОЖЛАНИШИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ЎРНИ

Юлдашев Б.С. Ражапов О.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Тиббиёт соҳасидаги жаҳон адабиётларида келтирилган маълумотларга караганда бачадон найдаги яллиғланиш жараёнлари найдаги хомиладорликнинг асосий этиологик омили ҳисобланади. Хоразм вилоят патологик анатомия бюроси маълумотларига асосланиб 2015 - 2016 йил давомида найдаги хомиладорлик сабабли олиб ташланган 51 та бачадон найининг гистологик текшируви ўрганиб чиқилди. Беморларнинг ёши 21 - 40 ёшлар оралиғида. Фаллопий найининг гитологик препаратларини кўрганимизда 34 та холатда сурункали сальпингит оқибатларининг морфологик кўринишлари аниқланди. Шиллиқ ва мушак қаватларида бириктирувчи тўқима ўсганлиги, шиллиқ қавати бурмалари бир бири билан бирикиб безсимон бўшлиқлар ҳосил қилган.

Барча холатларда бачадон найининг деворида хорион сўрғичлари инвазиясига иммунологик реакция сифатида периваскуляр лимфоплазмоцитар инфильтрация кузатилади. Хомила пуфагининг ёпишган соҳасида шиллиқ ва мушак қаватида қон қуюлиши, мушак толаларининг коагуляцион некрози, қон томир деворининг фибриноид некрози аниқланди.

Шундай қилиб юқоридаги ўзгаришларга асосланиб, 34 та холатда бачадон найдаги хомиладорлик ривожланишига сурункали сальпингит сабаб бўлган деган хулосага келиш мумкин.

КОРРЕКЦИЯ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что адекватное поступление витаминов и минералов в организм матери во время беременности имеет колоссальное значение для формирования органов и систем плода. Однако большинство будущих матерей на всем протяжении периода гестации испытывают дефицит микронутриентов, что непосредственно отражается на здоровье последующего поколения. Неослабевающий интерес специалистов разных направлений медицины к фолатам, связан с тем, что учеными установлена роль этого витамина в лечении широкого спектра заболеваний. В 1991 г. группа по исследованию витаминов при Медицинском исследовательском совете подтвердила значение применения фолатов на ранних сроках беременности для предотвращения развития патологии позвоночникаплода. Частота диагностики дефектов нервной трубки (ДНТ) плода в России составляет около 0,5%; ежегодно погибают до 300 новорожденных с этим диагнозом, что составляет примерно 2% в структуре общей детской смертности. Рост и развитие плода характеризуются повышенной клеточной продукцией. Адекватное поступление фолатов является критическим для синтеза ДНК и РНК. ДНТ являются врожденными пороками развития, иногда фатальными, характеризующимися анэнцефалией или расщеплением позвоночника (spina bifida). Дефекты возникают между 21 и 27-м днем гестации. Это период, когда многие женщины еще не знают о своей беременности. Известным является факт, что чем ниже уровень фолатов в эритроцитах крови, тем выше риск рождения ребенка с пороком развития нервной трубки. Достаточный с точки зрения профилактики пороков незаращения нервной трубки уровень фолатов составляет более 906 нмоль/л. Результаты рандомизированных исследований показали 60–100% сокращение ДНТ в случае дополнительного потребления женщинами фолиевой кислоты на фоне полноценного разнообразного питания на протяжении 1 мес до зачатия и в течение 1 мес после зачатия. Эффективность первичной профилактики показала, что у пар, принимавших фолиевую кислоту до зачатия, частота ДНТ плода по итогам многолетних наблюдений снижается в 3 раза по сравнению с популяционной распространенностью данной группы пороков. Адекватное потребление фолиевой кислоты способствует предотвращению возникновения других видов врожденных пороков, в том числе пороков сердца и недоразвития конечностей. Таким образом, присутствуют все основания для продолжения дополнительного потребления фолиевой кислоты в течение всей беременности, даже после закрытия нервной трубки, чтобы уменьшить риск других возможных осложнений.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Юсупова М.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ранняя диагностика пневмонии достигается в первую очередь обязательным полноценным обследованием беременных, переносящих ОРВИ. В этой связи важнейшее значение принадлежит изучению жалоб, анамнеза и тщательному физическому обследованию. Диагностика пневмоний, прежде всего, базируется на наличии у больного острого интоксикационного синдрома в сочетании с физикальными и рентгенологическими признаками инфильтрации легочной паренхимы при исключении всех других заболеваний с подобной симптоматикой. При этом необходимо оценить преморбидный фон, диагностировать осложнения, возникающие со стороны дыхательной системы, а также изменения в других органах и системах больного.

Начало клинических проявлений в среднем приходится на 2-5 (реже 8) день от начала заболевания. Характерна лихорадка; продромальный период в виде температурной реакции от 2 до 6 дней, появление кашля, мокроты, лейкоцитоз или (реже) лейкопения с нейтрофильным сдвигом, укорочение перкуторного звука и появление аускультативных признаков пневмонии над пораженным участком легкого. Признаки дыхательной недостаточности могут развиваться, как правило, в течение 24 часов, что требует немедленной госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. Больная в сознании, не редко эйфорична, недооценивает тяжесть своего состояния. Цианоз носогубного треугольника, губ, ушных раковин и ногтевых лож. Одышка до 28-32 дыхательных движений в минуту часто сопровождается чувством нехватки воздуха, малопродуктивным кашлем со скудной мокротой слизистого характера или без отделения мокроты. Иногда частота дыхательных движений не высока (20-22 в минуту), но при этом имеет место значительное снижение сатурации крови кислородом. При поступлении беременной с ВП в стационар необходимо, прежде всего, оценить тяжесть состояния пациента и решить вопрос о месте лечения (общая палата или отделение реанимации).

IV-СЕКЦИЈА: ТИББИЙ БИОЛОГИК ВА ПРОФИЛАКТИК ФАНЛАР МУАММОЛАРИ

MODERN ASPECTS OF THE EPIDEMIOLOGY OF PARENTERAL VIRAL HEPATITIS

Abdukaxarova M.F., Ibragimov R.R., Najmiddinova N.N.

TMA, Department of Epidemiology

The rapid growth of drug addiction, multiple pathways of infection, including sexual transmission, the lack of vaccine prevention (viral hepatitis C), high incidence of chronic diseases (hepatitis C - up to 90%), disease outcomes in cirrhosis and primary liver cancer, low etiologic efficacy and much more determine the relevance of these infections.

According to WHO 2 billion people have signs of HBV infection, 350-400 million with chronic hepatitis B and 15-40% of them die from cirrhosis or liver cancer. 130-150 million patients have chronic HCV worldwide and 700 thousand people die annually.

Objective: The study of the main epidemiological characteristics of PVH at the present stage, the analysis of morbidity in the Republic of Uzbekistan and the improvement of preventive measures for parenteral viral hepatitis.

Materials and methods of research: Statistical materials of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan and data of the World Health Organization were used as research materials. The study used epidemiological and statistical methods of research.

Results: Recently, mutant strains of HBV virus have been found increasingly in patients. The strains of "mutant" more often lead to the development of a chronic form of the disease, which is less treatable and is predicted to be more unfavorably compared with the disease caused by the usual "wild" strain of HBV.

HCV has its geographical distribution, sensitivity to treatment with antiviral drugs and the ability to cause specific features of the disease. Viruses 1, 2 and 3 of the genotypes are most relevant for our region.

Factors of PVH transmission in the Republic of Uzbekistan: injections in the hospital - 6,3%, private injection - 7,4%, surgical intervenes - 11,6%, obstetrician-gynecology - 9,5%, state dentistry - 8,5% private dentistry - 12,6%, laboratory research - 6,3%, hairdressers - 3,2%, vertical (from mother to child) - 3,2%, sexual - 13,7% and others - 17,9%.

The incidence of HBV has decreased almost 8 times in recent years, while the incidence of HCV in the period 2006-2015 showed a decrease of more than 4 times. Despite the reduction in morbidity, the first established carrier remains at a consistently high level (10420 on average for HBV and 5670 for the first established HCV carriers).

Conclusions: Despite the reduction in incidence of PVH, there remain gaps in prevention: the carriage of PVH in high level, shortcomings in secondary and

tertiary prevention lead to growth of chronic forms, early detection of patients and carriers is not at the proper level, the problem of early diagnosis and accessibility of vaccination and treatment remains unsolved. 90% of patients can be treated with antiviral drugs, but a low level of diagnosis and limited access to treatment do not allow this.

ОИЛАДА ШАКЛЛАНГАН СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ – СОҒЛОМ ВА БАРКАМОЛ АВЛОД ПОЙДЕВОРИ

Абдуллаев И.Қ., Курбанов С.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мамлакатимизда ҳар томонлама мустаҳкам, имон–этиқодга, садоқатга, меҳр–муҳаббатга иззат–хурматга, ишончга асосланган ҳолда оила қуришнинг асоси ота–боболаримиз томонидан мукамал тарзда ишлаб чиқилган ва бугун ҳам бу қадриятларимиз ўз кучини йўқотгани йўқ.

Бугун ишонч билан айта оламизки, мамлакатимизда ҳар томонлама Соғлом оиланинг шаклланиши учун замин тўлиқ яратилган. Жамиятимизда олиб борилаётган кучли ижтимоий сиёсатнинг асл мақсади ҳам оила, она – бола, кекса ва ногиронларни ижтимоий муҳофаза қилишга қаратилган. Ўзаро ишонч, меҳр – муҳаббат бир – бирига бўлган иззат – хурмат, ота – оналар розилиги асосида қурилган оилада унинг мустаҳкам пойдевори бўлмиш – ижтимоий, психологик, маънавий, иқтисодий ва биологик бирликлар тўлиқ мужассамлашган бўлади. Бундай оилада ҳар томонлама соғлом муҳит ҳуқумронлик қилади. Демак соғлом дунёга келган фарзанднинг баркамол, бекамикўст комил инсон бўлиб шаклланиши учун тўлиқ замин яратилади.

Бундай оилаларда ўсиб – улғайган ўғил – қизлар ҳар томонлама соғлом, тетик, қизиқувчан, бағри бутун, гўзалликка иштиёқманд, ҳаракатчан, ростгўй, виждонли, атрофдагиларга нисбатан меҳр–оқибатли фарзандлар бўлиб етишадилар.

Оилада соғлом турмуш тарзини шакллантиришда ота – оналар оила даврасида фарзандлар билан саломатлик ва касалликлар, уларнинг юзага келиш сабаблари, уларни бартараф қилиш йўллари, ёмон одатлар тўғрисида, уларнинг тиббий, ижтимоий, маънавий ва иқтисодий зарарлари тўғрисида доимий эслатиб туришлари ва назорат қилишлари яхши самара беради. Йил давомида катта – катта байрамлар билан бир қаторда 7 кун халқаро саломатлик байрамлари сифатида нишонланишини, айтайлик 7 апрель – “Халқаро саломатлик куни”, 31 май – “Бутун жаҳон чекишга қарши кураш куни”, 26 июнь – “Бутун жаҳон гиёҳвандликка қарши кураш куни”, 1 декабрь – “Бутун жаҳон ОИТС га қарши кураш куни ва бошқа шу каби кунлар ва нима учун бундай кунлар дунёнинг барча мамлакатларида кенг нишонланиши тўғрисида гапириб бериш ҳам, оилада соғлом турмуш тарзини шакллантиришда ёрдам беради.

Тарбия жараёнида ҳам боланинг ўз қонуний ҳуқуқлари ва бурчлари борки, буларни албатда инобатга олиш зарур. Бу фан тилида толерантлик деб юритилади. Оилада фарзандларга нисбатан толерантлик бу боланинг инсон сифатида унинг талаб ва эҳтиёжларини, қадриятларини, фикрлашини ва тафаккур махсулларини, характерини, эътиқодини, дунёқарашини, қизиқишларини, маънавий шаклланган даражасини ва бошқа шу каби хусусиятларини инобатга олган ҳолда **тан олиш**, иккинчидан боланинг ўзига хослигига нисбатан нейтрал муносабатда бўлиш, инсонлараро мавжуд фарқларига ижобий ва тўғри муносабат кўрсатиб **қабул қилиш** ва учинчидан унинг ички дунёсини, хиссиётларини кўриб уни англаш, унинг ички талабларидан келиб чиқиб, ўзаро келишишга тайёрлаш билан **тушунишдир**.

Демак оила, жамият ичидаги кичик бир жамият экан, оилада фарзандлар орасида соғлом турмуш тарзини тўлақонли шакллантиришда ҳам ўзига яраша демократик ёндашиш, муносабат, фикрлаш ва эътиқодда эркинлик муҳити яратилмас экан, фарзандларимизнинг мустақил фикрлаш, фаолият юритиш, қарорлар қабул қилиш ва уни амалга ошириш имкониятларини чеклаб қўямиз.

Мамлакатимизда соғлом авлодни миллий руҳда тарбиялаш, уларни ҳар томонлама етук баркамол қилиб шакллантириш, бугуннинг энг муҳим масалаларидан ҳисобланади. Ушбу ўта муҳим вазифани амалга ошириш оила деб аталмиш муқаддас даргоҳдан бошланади. Демак оилада соғлом турмуш тарзини шакллантиришни, оилада соғлом маънавий психологик муҳитни барқарорлаштиришдан бошлашимиз керак. Шундай экан оилада шаклланган соғлом ижтимоий одатлар соғлом турмуш тарзининг асоси сифатида хизмат қилади ва жамиятимизда соғлом, ҳар томонлама етук, ақлан, жисмонан ва маънан баркамол авлод шаклланади.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ МАЪНАВИЙ АСОСЛАРИ

Абдуллаев И.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Маънавий асослар негизида шаклланган соғлом турмуш тарзи – саломатлигимиз гарови бўла олади. Шу ўринда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг саломатлик тўғрисидаги таърифини келтириш жоиз бўлади. “Саломатлик – нафақат одамда бирон–бир касаллик ёки жисмоний етишмасликнинг йўқлиги, балки бу инсоннинг маънавий, руҳий ва жисмоний баркамоллигидир” дейилади.

Мамлакатимизнинг биринчи Президенти И.А.Каримов ўзларининг “Юксак маънавият енгилмас куч” асарида маънавият сўзини таърифлаб “Маънавият – инсонни руҳан покланиш, қалбан улғайишга чорлайдиган, одамнинг ички дунёсини иродасини бақувват, иймон – эътиқодини бутун қиладиган, виждонини уйғотадиган беқиёс куч, унинг барча қарашларининг мезонидир” деб ёзадилар.

Фарзандларимиз одатда ҳар қандай турдаги ижобий ютуқларни қўлга киритганларида унинг билан фахрланадилар, бу ҳақда ота–оналарига билдириб қувончларини баҳам кўрадилар. Улар бу фаолиятларидан руҳий ва маънавий озуқа оладилар. Бахтга қарши бунинг акси бўлсачи, айтайлик тамаки чекишни, спиртли ичимликларни ичишни, гиёҳвандликни ўзлаштирсалар, улар бу ишларини ота–оналаридан ва жамоатчиликдан пинхона амалга оширишга ҳаракат қиладилар. Сабаби бу маънавий қашшоқликнинг махсули. Маълум вақт ўтгач ёшлар анашу носоғлом ижтимоий одатларнинг қулига айланиб, тобелик ҳасталигига учрайдилар. “Қасалликни яширсанг истмаси ошқора қилади”.

Ўтказилган тадқиқотлардан маълумки, чекувчиларга “Сиз тамаки чекиб бошлаганингиздан пушаймондамисиз?” деган саволга 100% чекувчилар “Ҳа” деб, “фарзандларингизнинг тамаки чекишга рози бўлармидингиз” деган саволга 100% “Йўқ” деб жавоб бердилар. Хўш агар чекувчиларнинг амалга ошираётган анашу фаолиятлари юксак маънавий асосларга таяниб амалга оширилаётган фаолият бўлганида улар шу тариқа жавоб берармидилар!

Бугун биз ишонч ва чексиз фахр туйғуси билан айтишимиз мумкинки, биз амалга ошираётган барча фаолиятларимизнинг маънавий асослари аجدодларимиз томонидан минг йиллар олдин яратилиб берилган. Таълим – тарбиядами, тиббиётдами, адабиёт ва санъатдами, қишлоқ хўжалигида дейсизми, муомала ва муносабат йўналишидами хуллас инсон фаолиятининг барча йўналишларида маънавиятнинг мустаҳкам пойдевори шундай яратиб берилганки, биз бунинг билан ҳар қанча ғурурлансак, фахрлансак арзийди.

Инсон учун маънавий бойликнинг ягона манбаси бу тарбия. Ҳар қандай турдаги тарбиянинг бошланғич манбаси бу оила. Биринчи навбатда оилада маънавиятнинг барча қирралари, йўналишлари бўйича тарбия турлари мустаҳкам пойдеворига эга бўлсагина, фарзандларимиз дунёга келган кундан бошлаб ушбу маънавият чашмасининг зилол сувидан баҳраманд бўладилар.

Биз юқорида таъкидлаган носоғлом ижтимоий одатларни (чекиш, ичиш, гиёҳвандлик ва бошқалар) одамлар айнан иродасизликлари сабабли ўзлаштириб оладилар ва иродасизликлари туфайли ундан воз кеча олмайдилар. Демак ёшларимизда соғлом турмуш тарзининг маънавий асосларини тўғри шакллантиришда биз катталар бепарволикка йўл қўймаслигимиз керак. Ушбу йўналишда ҳам мамлакатимизнинг биринчи Президенти И.А.Каримов мазкур китобларида ўз фикрларини давом эттириб “Барчамизга аён бўлиши керакки, қаердаки бепарволик ва лоқайдлик ҳукум сурса, энг долзарб масалалар ўзбўларчиликка ташлаб қўйилса, ўша ерда маънавият энг ожиз ва заиф нуқтага айланади. Ва аксинча – қаерда хушёрлик ва жонкуярлик, юксак ақл – идрок ва тафаккур ҳукмрон бўлса, ўша ерда маънавият қудратли кучга айланади” деб таъкидлайдилар. Демак барчамизнинг олий мақсадимиз соғлом болани

дунёга келтириш, баркамол авлодни шакллантириш экан, ёшларимизни хар томонлама, аклий, ахлокий, жисмоний ва маънавий жиҳатдан баркамол қилиб тарбиялашда бепарво ва лоқайд бўлмаслигимиз керак. Юксак маънавият асосларига таянган ҳолда тарбияланган шахсина буюк ишларга қодир бўлади.

ТОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

**Абдулҳакимов А.Р., Шавкатжонова М. Р.
Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии**

Известно более 40 металлов периодической системы Д.И. Менделеева с атомной массой свыше 50 атомных единиц относящихся к тяжелым металлам: Pb, Zn, Co, V, Cr, Mn, Fe, Ni, Cd, Cu, Mo, Sn, Hg, Bi и др. Они токсичны для живых организмов даже в низких концентрациях, и имеют способность к биоаккумуляции. Тяжелые металлы при попадании в окружающую среду ведут себя как токсиканты и экотоксиканты. В нее входят ртуть, кадмий, свинец, медь, мышьяк, никель, цинк и хром как наиболее опасные для здоровья человека и животных. Из них ртуть, свинец и кадмий наиболее токсичны. Поступление тяжелых металлов в окружающую среду связано с деятельностью человека. Их основные источники - промышленность, автотранспорт, котельные, мусоросжигающие установки и сельскохозяйственное производство. Свинец широко используется в производстве аккумуляторов, оболочек электрических кабелей, медицинской техники, хрусталя, оптического стекла, красок, многочисленных сплавов и т.д., не говоря уже о производстве, связанном с его получением. В сельскохозяйственном производстве загрязнение почвы тяжелыми металлами связано с использованием удобрений и пестицидов. Транспорт является источником более половины всех выбросов в атмосферу. Сжигание мусора сопровождается поступлением в биосферу большого количества тяжелых металлов. Все эти источники загрязнения вызывают в биосфере или ее составляющих (воздухе, воде, почвах, живых организмах) увеличение содержания металлов-загрязнителей по сравнению с естественным, так называемым фоновым уровнем. Попавшие в окружающую среду соединения тяжелых металлов загрязняют атмосферный воздух, воду, почву, попадают в растения и организмы животных, населяющих данную местность.

Вывод: Необходимо проведение экологического мониторинга содержания тяжелых металлов в воздухе, воде, почве. Проведение санитарно - гигиенического мониторинга пищевого сырья и продуктов питания на наличие в них тяжелых металлов. Дальнейшее изучение цепей миграции тяжелых металлов от их источника до человека.

ВИРУСЛИ В ВА С ГЕПАТИТЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдухалилов Ф.Ш., Абдукахарова М.Ф., Нейматова Н.Ў.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги вақтда дунё бўйича тахминан 130-200 миллион киши вирусли гепатит В билан касалланган. 2014 йилда бутун дунёда қарийб 11 миллионга вирусли гепатит С билан касалланиш рўйхатга олинган. Гепатит С асорати бўлган жигар ракидан 343000 киши ва жигар циррозидан тахминан 358000 киши вафот этганлиги аниқланган.

Тадқиқот мақсади. Вирусли гепатит В, Снинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва олдини олишга қаратилган чора - тадбирларни такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва текширув усуллари. Республика ДСЭНМи расмий статистик маълумотларининг эпидемиологик таҳлили. Илмий тадқиқотда эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган эпидемиологик таҳлил натижасида Ўзбекистон Республикасида ҳам қон орқали юқадиган вирусли гепатитларга қарши олиб борилаётган чора-тадбирлар ўз самарасини бераётганлиги аниқланди. Бунга мисол қилиб, гепатит Вга қарши ўтказилган режали эмлаш натижасида аҳоли ўртасида касалланиш 2011 йил ҳар 100 000 аҳолига нисбатан 2,1 ни ташкил қилган бўлса, ушбу кўрсаткич 2014 йил ўртача 1,1 ни ташкил қилади. Бу кўрсаткич гепатит В билан касалланиш 2015 йилда 2010 йилга нисбатан 52,5% га камайганлигидан дарак беради. Лекин, гепатит С билан касалланиш даражаси эса ортиб бормоқда. Вирусли гепатит Снинг ўткир шакли билан касалланган беморларнинг 70-80% сурункали шаклларига ўтади. Натижада касаллик оқибатида жигар циррози ҳолатлари 27%, жигар карциномаси эса 25% эканлиги фикримизни тасдиқлайди. Республикада ўтган йилларга нисбатан касалланиш 2090 тага ортган. Гепатит В ва С тарқалишида парентерал муолажалар олиш жараёнида хатоликлар, сифатли ва тўлиқ текширилмаган қон қуйиш ҳолатлари, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, яъни умумий бўлган соқол олиш воситалари ва тиш чўткаларидан фойдаланиш катта роль ўйнамоқда. Юртимизда гепатит В ва С инфекцияси тарқалишида жинсий йўлнинг улуши ҳам сезиларли даражада ортди. Шунингдек касалланганларнинг кеч аниқланиши касалланишлар сонининг ортишига сабаб бўлмоқда.

Хулоса қилиб айтганда, гепатит В ва С бўйича юқорида келтирилган маълумотларни эътиборга олган ҳолда, мамлакатимизда вирусли гепатит В, С инфекциялариси тарқалишига қарши самарадор тадбирларни олиб боришни янада кучайтириш талаб этилади.

ПОТРЕБЛЕНИЕ СЕРЫ АРТИШОКОМ КОЛЮЧИМ В РАЗЛИЧНЫХ ПОЧВЕННЫХ УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА.

Абзалов А.А, Мадаминова М.А, Шакирова Д.Н.
Ташкентский фармацевтический институт

Введение: физиологическая роль NPK и серы связана с их участием в синтезе белков, нуклеиновых кислот, аминокислот и др. Поэтому наличие их в питательной среде является важным условием активизации обменных процессов, лежащих в основе высокой продуктивности растений. Вместе с тем, незасоленные орошаемые почвы хлопковой зоны ощущают дефицит в сере, главным образом из-за изменения ассортимента и сокращения производства серосодержащих промышленных удобрений. С другой стороны, динамика изменения содержания серы в почве в течение вегетации растений практически остались недостаточно исследованными.

Материалы и методы исследования: для изучения влияния возрастающих доз серы, т.е. при различном соотношении азота к сере закладывали вегетационные опыты на фоне оптимального внесения фосфора и калия. Опыты закладывали в 10-ти кратной повторности с использованием типичного серозема и луговой почвы. Содержание серы в растениях определяли по методу Айдиняна Р.Х. Опыты проводились в сельскохозяйственной опытной станции Ташкентского Государственного аграрного университета. Результаты исследования. Установлено, что по мере суживания соотношения азота к сере увеличивается содержание серы в тканях растений, особенно при соотношении N:S=1:0,20-1:0,25 (или при дозе серы 40-50 кг/га), что более выражено на луговой почве, чем на типичном сероземе.

Результаты: нашими исследованиями установлено, что по мере прохождения фаз развития общее потребление серы увеличивается, достигая максимума в созревании семян артишока колючего, в фазу цветения количественные показатели поглощения серы растением повышается на луговой почве, чем на типичном сероземе; и здесь по мере суживания соотношения N:S (т.е. от 1:0 до 1:0,20-1:0,25) увеличивается потребление артишока колючего серы особенно на луговой почве. Большее поглощение серы особенно при соотношении N:S равном 1:0,25 характерно для растений на луговой почве, чем на типичном сероземе. В фазу созревания семян поглощение серы артишоком колючим увеличивается почти в 2 раза по отношению к фазе цветения, также выявлено, что большее поглощение серы растением на луговой почве происходит при соотношении N:S=1:0,25, а на типичном сероземе - N:S=1:0,20

Выводы: Таким образом большее потребление серы растениями артишока колючего способствует большему накоплению биомассы подземной части ими и получению экологически чистого сырья.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Авезов А. У., Алимова М.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Длительное злоупотребление препаратами опийной группы часто сопровождается поражением внутренних органов и особенно печени. В 75% случаев изменения носят характер хронического персистирующего гепатита. При повторном употреблении наркотиков опийной группы, патологические изменения в ткани печени встречаются почти в 100% случаев.

Учитывая тот факт, что наркотические препараты потенциально способны усиливать генерацию высокореакционных форм кислорода (ВРФК) в организме. Усиление генерации ВРФК отразится на состоянии системы защиты – на активности ферментов антипероксидной и антирадикальной защиты у подростков, употребляющих наркотические вещества. Активация генерации ВРФК, сопровождается накоплением тиобарбитуровой кислоты или свободного малонового диальдегида (СМДА).

Обнаружена зависимость недостаточности активности ферментов антипероксидной и антирадикальной систем в зависимости от длительности употребления наркотических веществ. Усиление генерации АФК в крови у подростков, употребляющих опий-сырец, связано с недостаточной мощностью антипероксидной и антирадикальной систем защиты. Генерация АФК сопровождается повреждением молекул белковой и липидной природы.

У подростков с опийной наркоманией антипероксидная и антирадикальная системы защиты снижаются соответственно 1,8 и 1,2 раза. Так, у подростков с длительностью наркомании более 2,5 лет изменения в антиоксидантной системе (АОС) более выражены: активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) снижены в 3,5 и 3,2 раза. При продолжительности наркомании менее года активность системы АОС менее снижена, и ниже уровня контроля лишь 1,5 и 1,6 раза соответственно.

Разработка нового патогенетически обоснованного способа корректирующей терапии подростков и детей, употребляющих наркотические вещества, заключается в применении биологически активной пищевой добавки (БАД), содержащей комплекс полиненасыщенных жирных кислот и витамина Е. Использование БАД, вероятно, приведет к существенному улучшению течения постинтоксикационного периода наркомании, нормализации интенсивности генерации ВРФК, восстановлению плазменного пула факторов ферментативной и неферментативной антирадикальной защиты.

Таким образом, особенностью биохимических нарушений гомеостаза является развитие усиления генерации АФК в крови, следствием чего является развитие эндотоксемии в виду накопления продуктов деградации макромолекул белковой и липидной природы.

ОСОБЕННОСТИ ВЫСЕВАЕМОСТИ НАЕМОПHYLUSINFLUENZAE У БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Алиева Г.Р.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования было изучение и оценка этиологической структуры бронхолегочных заболеваний, в том числе степени высеваемости *Haemophilus influenzae* у больных детей Южного Приаралья.

Для выполнения поставленной цели нами были обследованы дети до 15 лет, больные бронхолегочными заболеваниями (n=136), проживающие в Южном Приаралье. Всего идентифицированы 84 штамма *Haemophilus influenzae*, из них 26 от больных острыми бронхитами, 39 от больных хроническими бронхитами и 19 от больных пневмониями.

Идентификацию проводили по Bergy's [1997]. Посевы проводили на «шоколадном» агаре, кровяном агаре. Для расширенной идентификации до вида проводили дополнительные тесты: тест для определения потребности в X и V факторах роста; тест сателлитных колоний. От сходных грамотрицательных бактерий дифференцировали с помощью определения потребностей в факторах роста X и V, наличия гемолиза на кровяном агаре. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Полученные результаты показывают, что чаще всего из биологического материала высевались штаммы *H. influenzae* (42,7%). На последующих местах расположились *S. viridians* (28,4%), *S. epidermidis* (12,7%), *K. pneumoniae* (9,7%), *P. aeruginosa* (3,5%), *S. aureus* (2,5%) и *S. pyogenes* (0,5%).

Полученные результаты показали, что чаще всего в виде монокультуры высевались *H. influenzae* - 35,0%. Затем в порядке убывания возбудители расположились следующим образом: *S. viridians* (11,2%), *S. epidermidis* (5,6%), *K. pneumoniae* (4,6%), *P. aeruginosa* (2,5%), *S. aureus* (0,5%). Как видно из полученных данных наряду с *H. influenzae* в большинстве случаев высевались грамположительные кокки (*S. viridians*, *S. epidermidis*, *S. aureus*), а всхожесть грамотрицательных бактерий (*K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*) было на порядок меньше, чем кокки.

В качестве ассоциации с другими микроорганизмами чаще высевались штаммы *S. viridians* - в 17,3% случаях, затем эта последовательность была в следующем порядке: *H. influenzae* в 7,6%, *S. epidermidis* в 7,1%,

K.pneumoniae в 5,1%, *S.aureus* в 2,0%, *P.aeruginosa* в 1,0% и *S.pyogenes* в 0,5% случаях. В ассоциации встречались 2 микроорганизма.

Таким образом, все возбудители бронхолегочных заболеваний у детей высевались в виде монокультуры и ассоциации микроорганизмов. В качестве монокультуры чаще высевались *H.influenzae*, а в виде ассоциации больше высевались *S.viridians*. В ассоциациях микроорганизмов участвовали по 2 возбудителя. Больше всего ассоциации были между *S.viridians* и *S.epidermidis* (11 раз), а также *H.influenzae* и *S.viridians* (7 раз). Штаммы *H.influenzae* участвовали во всех ассоциациях с высеянными штаммами возбудителей.

БОЛЕЗНИ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ, МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аллаберганова З.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Болезни с наследственной предрасположенностью обусловлены как наследственными, так и внешнесредовыми факторами. В настоящее время они составляют 92% от общего числа наследственной патологии человека. С возрастом процент больных увеличивается с 10 до 25-30%. В возникновении заболевания принимает участие несколько генов, каждый из которых является скорее нормальным, чем патологическим. Однако сочетание таких генов создает определенные неблагоприятные условия, при которых вредные факторы внешней среды приводят к формированию патологических состояний. Они обычно кодируют белки с несколько измененными физико-химическими свойствами. Такие белки участвуют в реакциях организма, на неблагоприятные факторы внешней среды, обеспечивая детоксикацию различных веществ. Подобные нарушения получили название болезней с наследственной предрасположенностью или мультифакториальных заболеваний (МФБ). Кроме того, на генетическую предрасположенность к МФБ оказывает влияние генотип человека в целом, модифицирующий действия генов предрасположенности. Болезни с наследственной предрасположенностью возникают у лиц с сочетанием предрасполагающих аллелей при воздействии факторов внешней среды.

Генетический прогноз и тяжесть течения при мультифакториальных заболеваниях зависят от следующих факторов:

- степень проявления болезни зависит от возраста и пола больного, интенсивности работы его эндокринной системы, неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды (язвенной болезнью желудка несколько чаще страдают мужчины, а аутоиммунной патологией щитовидной железы-женщины);

- чем ниже частота распространенности заболевания в популяции, тем выше риск для родственников пробанда иметь такую же патологию;

- чем сильнее степень выраженности болезни у близкого члена семьи, тем выше вероятность унаследования группы генов предрасположенности у его родственников;

- риск для родственников пробанда зависит от степени родства с пораженным членом семьи (т.е. вероятность унаследовать группу генов предрасположенности, а соответственно, и саму патологию, выше если близкий член семьи имеет аналогичное заболевание);

- от количества больных в семье: чем больше родственников имеют одинаковые нарушения, тем выше вероятность для здоровых членов семьи иметь такую же патологию.

ТЕЛОМЕРАЗА - КАК ФАКТОР БЕССМЕРТИЯ

Аллаберганова З.С., Бабаджанов Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одним из важнейших достижений экспериментальной биологии нашего века стало создание методов культивирования клеток животных и растений *invitro*. С помощью этого метода клетки самых разнообразных тканей человека можно выращивать на специально подобранных питательных средах, подобно бактериям или другим одноклеточным организмам. Множество клеточных культур человека изначально получено из клеток раковых опухолей. Эти клетки могут делиться в культуре не ограниченное число раз. Биологи долгое время пребывали в уверенности, что в оптимальных условиях бесконечно долго могут делиться и нормальные клетки человека и животных, как в культуре, так и в организме. В начале 60-х годов прошлого века Л.Хейфликустановил что в клеточных культурах нормальные диплоидные клетки человека способны делиться лишь ограниченное число раз. При этом предельное число делений (лимит Хейфлика) сильно зависит от возраста индивидуума, которому эти клетки изначально принадлежали. Основное назначение теломеразы – синтезировать тандемно повторяющиеся сегменты ДНК, из которых состоит G-цепь теломерной ДНК. Таким образом, она относится к классу ДНК-полимераз, причем оказалось, что теломераза – это РНК – зависимая ДНК полимераза или обратная транскриптаза. Теломераза очень активно работает у раковых клеток. В место вывода можно сказать что теломераза перевернула представления о старения. С помощью теломеразы можно заставить клеток жить долго и вечно. Но никто не гарантирует что клетки с теломеразной активностью переходит в раковую клетку. Изучение тонкой структуры теломер и механизма действия теломераз находится еще в начальной стадии. И мы надеемся, что появляются новые технологии, которое ведет человечество в бессмертие.

ОСОБЕННОСТИ ГИДРОБИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ВОД РАЗЛИЧНЫХ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ

Алматов Б.И.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, Ташкент

Целью исследований было оценка гидробиологического анализа проб воды некоторых водохранилищ Узбекистана.

Были изучены пробы воды Каттакурганского, Чарвакского водохранилищ и Туямуюнского гидроузла. Отобрано 80 гидробиологических проб по зоопланктону и перифитону. Для биоиндикации качества вод использованы практически все группы организмов, населяющих водоемы и водотоки: планктонные и бентосные беспозвоночные (зоопланктон и бентос), простейшие водоросли (фитопланктон и перифитон), макрофиты (погруженные и полупогруженные высшие растения). Впервые методика гидробиологической оценки загрязнения водоемов использовался в области санитарно-эпидемиологической службы республики.

В перифитонных сообществах Чарвакского и Каттакурганского водохранилищ наблюдалось преобладание фотосинтезирующих организмов, продуцентов (диатомовых и других групп водорослей).

В Туямуюнском гидроузле (отводящий канал) наличие иловых отложений и высокая мутность воды свидетельствуют о доминировании сообществ макрофитов, угнетении планктонных и перифитонных сообществ.

Пробы перифитона были показательнее всего для определения уровня загрязнения воды по сравнению с отобранными пробами зоопланктона. Пробы зоопланктона были наименее показательны по причине очень малого количества видов зоопланктона (2-3 вида) по сравнению с количеством индикаторных видов присутствующих в пробах перифитонных сообществах (20 и более видов).

На основании полученных качественных показателей перифитонных сообществ водохранилищ можно отметить, что изученные сообщества на исследованных участках представлены сине-зелеными, диатомовыми, зелеными, пиррифитовыми, и евгленовыми водорослями. Большинство обнаруженных видов водорослей являются широко распространенными формами, тяготеющими к водоемам с повышенной минерализацией и имеющих широкую экологическую валентность и солоноватоводными формами. Их видовой состав более обильно и разнообразно был представлен в пробах Каттакурганского водохранилища: зеленые нитчатые водоросли из родов *Spirogyra*, *Stigeoclonium*, из сине-зеленых рода *Microcystis*, *Oscillatoria*, *Phormidium*, *Lyngbia*, *Spirulina*, из диатомовых рода *Cocconeis*, *Cymbella*, *Cyclotella*, *Synedra*, *Mastogloia*, *Amphora*, *Rhoicosphenia*, *Navicula*, *Nitzschia*.

Таким образом, качество вод в обследованных водных объектах характеризуется в основном II-III классом (чистые и умеренно-загрязненные) для Чарвакского водохранилища и III-IV классом (умеренно-загрязненные и загрязненные) для Каттакурганского и Туямуюнского водохранилищ.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ.

Аскарова Р.И., Шарафаддинова Г.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Детский туберкулёз занимает в клинике значительное место. На сегодняшний день в Республике Узбекистан, неблагоприятная эпидемиологическая и экологическая ситуации привели к увеличению количества больных туберкулезом детей.

Цель: Изучить факторы риска, способствовавшие развитию туберкулёза среди детей младшего и среднего школьного возраста.

Материалы и методы исследования: Изучены данные 87 больных детей, получивших лечение Хорезмском областном противотуберкулёзном диспансере. Возраст детей был от 7 до 14 лет. Дети поделены на 2 группы: 1-я – больные, выявленные методом туберкулинодиагностики, 2-я – больные, выявленные методом цифровой флюорографии.

Результаты исследования: При рассмотрении специфических факторов риска, эффективная вакцинация БЦЖ у детей из 1-й группы наблюдалась у 28 (87,5%) случаев, а во 2-й группе - у 24 (63,2%). Эффективность вакцинации у детей 2-й группы ниже, чем в 1-й группе. Контакт с больным туберкулезом у больных 2-й группы – у 40 (81,6%) встречается в 5 раз чаще, чем среди пациентов 1-й группы – у 6 (15,8%). Бактериовыделение у источника инфекции в 1-й группе больных наблюдалось у 3 (50%), во 2-й группе этот показатель составил 65,3% (32). Необходимо отметить, что среди детей из 2-й группы, учитывались такие факторы, как наличие контакта с выделителем лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза – у 6 (12,2%), частые простудные заболевания – у 36 (73,5%), сахарный диабет – у 12 (24,5%). При изучении факторов риска по развитию туберкулеза: из социальных факторов выявлено, что дети, выявленные методом цифровой флюорографии, в 2 раза чаще проживали в многодетных семьях 26 (53,1%), чем дети, выявленные методом туберкулинодиагностики 10 (26,3%). Среди детей 2-й группы фактор стресса встречался в 1,7 раз чаще 13 (26,5%), чем во 2-й группе 5 (13,1%), неполные семьи 20 (40,8%) встречались в 3,4 раза чаще, чем во 2-й группе 5 (13,1%). В школах интернатах проживали 4 (8,1%) детей 2-й группы; проживание в домах без удобств отмечалось в 2,2 раза чаще 34,7% (17), чем в 1-й группе детей 15,8% (6). 100% (87) детей проживало в сельской местности. Миграция родителей в анамнезе наблюдалась у 11 (22,5%) детей 2-й группы. Проживание детей в семьях с

человеком, прибывшим из ИТУ, было зафиксировано у 8 (16,3%) детей 2-й группы, тогда когда среди детей 1-й группы данного фактора риска выявлено не было. Туберкулез у родителей в анамнезе выявлен у 23 (45%) детей 2-й группы, в 1-й группе таких данных выявить не удалось. ВИЧ-инфекция у родителей детей 2-й группы встречалась в 5%.

Выводы:

1. Среди социальных факторов риска развития туберкулёза продолжают не только оставаться, но и увеличивать свой удельный вес многодетность семей – у 26 (53,1%), фактор стресса – у 13 (26,5%), неполные семьи – у 20 (40,8%), проживание в школах интернатах – у 4 (8,1%), в домах без удобств – у 34,7% (17).

2. Особую актуальность стали приобретать снижение иммунитета (перенесённые простудные заболевания грипп, ОРЗ) -73,5%, сахарный диабет у ребёнка - 24,5%, ВИЧ-инфицированность родителей - в 5%, контакт с больным, выделяющим лекарственно-устойчивые формы микобактерий туберкулёза - 12,2% случаев.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПО СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ GeneXpert

Аскарова Р.И., Шарафаддинова Г.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Сегодня туберкулёз является глобальной проблемой во всём мире. Неуклонно растёт заболеваемость населения туберкулезом не только в нашей стране, но и в других странах мира, независимо от их экономического статуса и социального уровня жизни. Проблемы борьбы с туберкулезом, прежде всего, заключаются в ранней диагностике этого заболевания, своевременном начале лечения и проведении комплекса профилактических мероприятий в «очаге туберкулезной инфекции». Для правильной постановки диагноза необходимо обнаружение достоверных признаков: определение МБТ в патологическом материале или патоморфологическое подтверждение специфичности процесса. Существующие традиционные методы обнаружения МБТ требуют либо большого числа микробных тел (100000 микробных тел в 1,0 мл патологического материала) методом простой бактериоскопии, либо характеризуются длительностью получения результата (2-3 месяца) при посеве материала на питательные среды. В этой связи весьма актуальной является применение методов ускоренной диагностики туберкулеза.

Цель исследования: изучить эффективность применения методов ускоренной диагностики туберкулеза на аппарате GeneXpert

Материалы и методы исследования: В Хорезмском областном противотуберкулёзном диспансере проведен анализ диагностической ценности GeneXpert. Материал для исследования получен от больных,

состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере г.Ургенча. В работе параллельно с методами лабораторной диагностики (бактериоскопия, бактериологический) использовали GeneXpert.c наборами тест-системами. Эти диагностические наборы характеризуются высокой специфичностью, отсутствием ложноположительных реакций с ДНК возбудителей различных легочных инфекций. Они обладают достаточно высокой чувствительностью (до 100 м.к. в исследуемой пробе). Поиск возбудителя туберкулеза проводили в различном патологическом материале: мокроте, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, слёзной жидкости, промывных водах желудка. Из 178 впервые выявленных больных активным туберкулезом у 58 человек (33,1%) установлена деструкция в легочной ткани. Половину из 178 больных составили бактериовыделители – 89 человек (50,0%). По данным бактериоскопии по ЦильНильсену МБТ выявлены у 22-х человек, бактериологическикультуральным методом диагноз подтвержден у 42 человек. У остальных больных активным туберкулезом легких методом GeneXpert диагноз подтвержден у 111 человек. Данные по GeneXpert.c применению в диагностике активного туберкулеза оказались значительно эффективнее бактериоскопического и бактериологического методов в 6,4 раза. Из 178 анализов больных обследованных при помощи бактериоскопического и бактериологического методов, после проведения противотуберкулезного лечения было выявлено 6 человек (3,36%), тогда как положительная GeneXpert.– у 52-х человек (29,5%).

Вывод: У 30,0% клинически излеченных лиц после туберкулеза органов дыхания продолжают определяться МБТ методом GeneXpert, что, вероятнее всего, связано с сохраняющимися остаточными посттуберкулезными изменениями (в виде туберкулем мелких и средних размеров, множественных крупных очагов), а у ряда больных (10 человек) на период углубленного дообследования выявлен рецидив туберкулезного процесса. Кроме того, можно предположить, что положительный результат GeneXpert. может свидетельствовать о скрытых очагах внелегочной локализации туберкулезного процесса.

ОЗОН ҚАВАТИНИНГ ЕМИРИЛИШИ— ГЛОБАЛ МУАММО СИФАТИДА

Атаджанова Д.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Атмосферанинг иқлимга таъсир қилувчи ва Ердаги бутун тирикликни Қуёшнинг зарарли нурларидан ҳимоя қилувчи энг асосий таркибий қисмларидан бири бу озонсферадир. Экологик нуқтаи назардан озоннинг энг аҳамиятли хусусияти кўз қобиғидаги тўр пардага ёмон таъсир кўрсатадиган куёшнинг ультрабинафша нурларини атмосферада тутиб қолишидир, лекин шу билан бирга кимёвий хусусиятига кўра у кучли

оксидловчи бўлиб, агар у ердаги флора ва фауна билан бевосита контактда бўлса, уларни зарарлаши мумкин.

Озоннинг асосий массаси 10 км дан 50 км гача бўлган баландликка тўғри келади, унинг максимал миқдори 18-26 км баландликда кузатиш мумкин. Стратосферада жами 3,3 трлн.т. озон мавжуддир. Озонсферада озон жуда сийрак ҳолда жойлашади. Озоннинг 5 молекуласига ҳавонинг миллион молекулалари тўғри келади. Агар озоннинг барча миқдори 20 градус ҳароратда ва 760 мм. сим уст. га тенг бўлган босимда тўпланса, унинг қалинлиги атиги 2,5-3 мм ни ташкил этган бўлар эди.

Озоннинг миқдори жуда оз бўлишига қарамасдан, у қуёшнинг радиацион нурларидан ҳимоя қилишда жуда муҳим ўрин тутади. У Қуёшнинг ультрабинафша нурларини деярли бутунлай ютади. УБнурлародатдагиданкўпроқбўлсаундакўзгавҳаринингфаолиятибузилади.

Озоннинг асосий қушандаси фреон, хладон газлари, фторуглеродлар ва полифтор — углеводород суюқликларидир. Атмосферада охириги 50 йилликда саноатда ва турмушда кенг қўлланилаётган антропоген фреонни пайдо бўлиши озонни миқдори камайишига сабаб бўлди. Фреон молекулалари ўта мустаҳкам кимёвий бирикма бўлиб, сувда ёмон эрийди. Шу сабабли, атмосферанинг ерга яқин қисми ҳавосида бўлган фреон ҳеч қандай тўсиқларсиз стратосферага, яъни атмосфера озонининг 90% тўпланган қисмига ўтиб боради.

30 км баландликда қуёшнинг УБ нурлари таъсирида фреон фотодиссоциирланиб, хлор атомларини ҳосил қилади, улар эса озон молекуласини парчаланишига олиб келади.

Ер атмосферасидаги озон қаватининг юпқалашиши, УБ нурлари оқимининг ер юзасига кўп миқдорда етиб келишига олиб келади, бу эса бизнинг сайёрамиздаги барча тирик организмлар учун хавф туғдиради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, озон миқдори 1% га камайиши одамларда тери саратонини 6%га ошишига; одамларнинг иммун тизимини кучсизланишига олиб келар экан. УБ нурланиш интенсивлигини ортиши қишлоқ хўжалик ўсимликларихосилдорлигини пасайишига, океандаги фитопланктонларни ҳалокатига, карбонат ангидрид ва кислород балансини глобал масштабда бузилишига олиб келиши мумкин.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫСШИМ УЧЕБНЫМ ЗАВЕДЕНИЯМ

Ахмадалиева Н.О., Садуллаева Х.А., Жўраев Э.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Одним из главных принципов обеспечения долголетия функционирования вуза является его постоянное развитие. Количественно контингент студентов вузов в Республике Узбекистан увеличивается, но материальная база сейчас обеспечена недостаточно, особенно с учетом

новых расширенных функций вуза (воспитание, переподготовка, повышение квалификации, наука, прикладное производство). Поэтому, как правило, большинство вузовских комплексов развивается. Важнейший вопрос - сочетание новой застройки и новых требований с уже существующими комплексами, гармоничное сочетание вузов с существующей инфраструктурой городов.

Такие условия могут быть обеспечены при выполнении гигиенических требований, определяемых разработанным нами СанПиН «Гигиенические требования к проектированию, застройке, оборудованию и эксплуатации высших учебных заведений». В этом документе нашли отражение общие положения, требования к планировке территории, требования к зданиям и сооружениям, внутренней отделке, санитарно-техническому оборудованию помещений, содержанию территории и помещений, требования к учебному оборудованию и оснащению учебных помещений, требования к естественному и искусственному освещению, вентиляции и микроклимату учебных помещений вуза. Освещены гигиенические требования к строительству и оборудованию научных и научно-производственных подразделений вуза, организации образовательного процесса, требования к условиям труда преподавательского и технического состава вузов, к организации питания на территории вузов, а также основные моменты, касающиеся гигиены защитных сооружений гражданской обороны на территории вуза.

Санитарные правила и нормы «Гигиенические требования к проектированию, застройке, оборудованию и эксплуатации высших учебных заведений» являются обязательными для исполнения государственными органами, вузами, организациями, объединениями и отдельными лицами, деятельность которых связана с проектированием, строительством, реконструкцией, эксплуатацией высших учебных заведений, а также для органов, учреждений, должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

ИЧИМЛИК СУВИ СИФАТИНИНГ ИНСОН САЛОМАТЛИГИ УЧУН АҲАМИЯТИ

Ашурова М., Махсумов А.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғонафилиали

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда ичимлик сувининг сифати ёмонлиги сабабли 5 миллионга яқин инсон ўлади. Сув таъминоти билан боғлиқ бўлган аҳолининг юқумли касалликлар билан касалланиши йилига 500 миллионни ташкил қилади. 120 миллион одам ҳозиргача микробиологик жиҳатдан

хавфсиз бўлган ичимлик сувини истеъмол қила олмайдилар. 1995-2002 йилларда АҚШда 348 та ўткир ошқозон – ичак касаллиги эпидемияси қайд этилган. Бугунги кунда сув орқали кенг тарқалган касалликлардан ичак таёқчаси, ич терлама, вирусли гепатит А, дизентерия, вабо ва бошқалар кўп учраб туради. Бу касалликлар эса инсон ҳаёти учун турлича хавф келтириши ва ўзидан асоратлар қолдириши ёки эпидемия кўринишида тарқалиши орқали бутун бир халқга ҳам ижтимоий, ҳам иқтисодий зарар келтириши мумкин. Шундай экан, бу касалликларга дучор бўлгандан кўра уни олдини олиш зарурдир. Бунинг учун эса бугунги кунда илм - фан ва техникани ривожланиши натижасида турли хил самарали усуллар ишлаб чиқилган ва ҳаётга тадбиқ этилгандир.

Биз энг аввало сув орқали тарқаладиган инфекцияларни қандай ва қайси шароитларда тарқалишини билишимиз керак. Сув орқали юқумли касалликларни тарқалиши учун бир вақтнинг ўзида учта шароит бўлиши лозим, яъни касаллик чақирувчи микроорганизм сув таъминоти манбасидаги сувга тушиши керак; патоген микроорганизмлар сув муҳитида узок вақт ҳаётга қобилятлилигини сақлаб қолиши лозим; юқумли касаллик чақирувчи микроорганизм сув орқали инсон организмига тушиши керак.

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, ҳар бир босқич қўзғатувчини инсон организмига етиб келиши учун муҳим ҳисобланади. Касалликларни олдини олиш учун ҳар бир босқичга алоҳида эътибор бериш лозим. Биринчи навбатда сифати энг яхши бўлган сув манбаларидан фойдаланиш; иккинчи ўринда сув манбаларини ифлосланишдан химоя қилишни таъминлаш; ва ният сувни зарарсизлантириш тадбирларини доимо ўтказиш.

Бу тадбирлардан ташқари, энг оддий ва самарали усуллардан бири - уй шароитида сувни қайнатиб, истеъмол қилишдир. Сув орқали тарқаладиган жуда кўп касаллик қўзғатувчилари юқори ҳароратга чидамсиз бўлиб, уларни оддий қайнатиш йўли билан йўқ қилиш мумкин. Қайнатиш натижасида аҳоли ўртасида кенг тарқалган гепатит А вирусидан фориғ бўлиш мумкин. Бундан ташқари, сувни қайнатиш натижасида сувни қаттиқлигини таъминловчи калций тузларидан ҳалос бўлинади. Бу ўз навбатида организмда тошқасалликларини олдини олишга сабаб бўлади. Касалликни даволашдан уни олдини олиш афзалдир.

EVALUATION OF HEALTH STATUS OF ATHLETES BY RESULTS OF MEDICAL EXAMINATION

Bagirova A., Usmankhodjaeva A.
Tashkent medical academy

Aim: To evaluate health outcomes and functional status of young athletes, who are engaged in combat sport and not observed in the structure of medical and physical culture dispensary.

Materials and methods: The research and participated 153 athletes, who are engaged in combat sports in Tashkent city (aged – $15,3 \pm 4, 2$) of which 17, 19, 49, 68 youths engaged in the following sports, respectively: boxing, kurash, freestyle wrestling, judo. The main conditions for the study were: adherence to the diet. Program in-depth medical examination included the following activities: consultations with specialists - a pediatrician, neurologist, otolaryngologist, ophthalmologist, dermatologist, cardiologist, and a doctor of sports medicine; instrumental and laboratory methods: anthropometry, spirometry, dynamometry, complete blood count and urinalysis. As further indications of blood biochemistry, ultrasound of the heart, internal organs, chest X-ray; functional testing of the body under the supervision of the ECG, ECG with a load, heart rate variability, an exercise tolerance test, orthostatic test, assessment of general physical performance by PWC 170 index on the treadmill.

Results: The index of physical development in the majority of young athletes - 90 (58.0%) - was defined as average; In 15 (9.8%) people - above the average; 18 (11.7%) athletes had a high physical development; 19 (12.4%), below the average and 11 (7.1%) - low. Harmonious physical development revealed 123 (80.3%) athletes, disharmonious - in 13 (19.7%). In the course of the study, an insufficient functional state was registered in 5 (7.3%) athletes, satisfactory - in 20 (29.4%), quite satisfactory - in 10 (14.7%), good - in 33 (48.5%). As a result of the study, 104 (68%) athletes were found to have comorbid pathology, and 49 (32%) were absent. The structure of diseases of young athletes is as follows: diseases of the musculoskeletal system prevail - 54.2% of cases (83 athletes). The pathology of the nervous system was revealed in 28.7% of cases (44 athletes); Pathology of the cardiovascular system - in 19.5% of cases (30 athletes); Pathology of ENT (organs - in 13.7% of cases (21 athletes), allergic diseases - in 16.5% of cases (25 athletes), diseases of other organs and systems were met in 12.6% of cases (19.2 athletes).

Conclusion: To sum up, the frequency of occurrence of diseases of young athletes engaged in combat sports, not on dispensary records, is at a high level. It is established that in more than 68% of cases, young athletes of these sports meet concomitant pathology. The structure of diseases of young athletes is dominated by the pathology of the musculoskeletal system, cardiovascular and nervous systems.

МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ҚАРИЯЛАРДА КЕЧИШИ

Бекова Н.Б.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Миокард инфаркти - ўткир касаллик бўлиб, уни, асосан юрак мушагидаги ишемик некроз ўчоғи келтириб чиқаради. Касаллик кўпинча атеросклероздан кейин ривожланади.

Баъзи моддалар артерия томирларида қон оқишига халқит беради. Бундай моддаларга холестерин, ёғлар, эстер (ёғ кислоталаридан ҳосил

бўлган холестерин) фиброз тўқимаси киради. Улар қон томирларининг ички деворига ёпишиб, унинг диаметрини кичрайтириб боради. Ушбу кичрайиш узоқ йиллар давом этса, қон томирлар бутунлай беркилиб қолади. Бу ҳолат тиббиёт тилида тромбоз дейилади. Тромбоз пайдо бўлиши натижасида юрак мускулининг шу қон томиридан таъминланадиган қисми «ўлади» ва ушбу жароҳатланиш миокард инфаркти дейилади.

Миокард инфаркти кўпинча 50 ёшдан ўтган эркакларда учрайди. Касаллик ривожланган мамлакатлар, катта шаҳарлар аҳолиси, зиёлилар орасида кенг тарқалган.

Миокард инфаркти қарияларда биров бошқачароқ кечиши мумкин. Қариш сабаблари биологик ва физиологик қариш жараёнининг даврларига боғлиқ. Немис олими Ҳарриснинг фикрича, катта ёшдаги инсонларнинг тож артериялари эластиклик хусусияти икки мартаба камаяр экан. Чунки қариялар организмда хар ҳил морфологик ва функционал ўзгаришлар рўй беради. Қарияларда миокард инфарктининг ривожланиши, асосан, тож артерияларининг атеросклеротик ўзгариши билан боғлиқ. У асосан 3 сабабдан иборат:

Атеросклеротик тугмачаларининг ривожланиши;

Қоннинг қуюлиши;

Тож артерияларининг торайиши ва сиқилиши;

Ушбу сабаблар юрак мушакларига кислороднинг етиб келиши ва мушакнинг кислород билан таъминланиши орасидаги мутаносибликнинг бузилишидан пайдо бўлади. Натижада мушак тўқималарида захарланиш рўй беради. Улар қонда физиологик фаол моддаларни жадаллигини, улар эса тўқимада қайта ишланмаган ёғ кислоталарини оширади. Бу, ўз навбатида қон томирларда спазми кучайтиради ва капиллярда қон айланишини бузади. Қарияларда миокард инфаркти классик шаклда ўтмайди. Ошқозон остида оғриқ, астматик бузилиш, қаттиқ невроз ҳолатларида намоён бўлади. Айниқса, қандли диабет ёки тиреотоксикоз касалликлари жараёнида бўлса.

Шундай қилиб, касалликнинг олдини олиш учун киши 6 ойда бир мартаба кардиолог кўригидан ўтиши, ЭКГ да юрак фаолиятини текширтириб туриши лозим. Холестеринли ва ёғли овқатларни меъёрида тановул қилиши, овқатланиш тартибига риоя қилиши зарур.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖИДКОСТИ – КАК ИНДИКАТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ОРГАНИЗМА

Ботиров М.Т., Комилов И.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Биологические жидкости (кровь, моча, слюна и др.) играют важную роль в обеспечении жизнедеятельности организма. В организмах имеются целые системы и механизмы, поддерживающие в нормальных условиях их

состав, структуру, количество, параметры и другие свойства. Установлено, что отклонение этих параметров от нормы за пределами адаптации, всегда приводит к возникновению в организме патологических процессов на клеточном, органном или в системном уровне и наоборот. Параметры и свойства биологических жидкостей являются индикаторами состояния здоровья, как его отдельных элементов, так и в целом организма и их своевременное изучение позволит диагностировать болезни на ранних стадиях. Действительно, ранняя диагностика заболевания и своевременное адекватное их лечение является одним из актуальных проблем современной медицины, а также системы здравоохранения Узбекистана. Это требует наряду с использованием существующих, разработки высокочувствительных, не инвазивных или мало инвазивных и экономически низко затратных, особенно массовых и скрининговых методов диагностики и прогноза патологических процессов. В этом аспекте, наряду с инструментальными, особое значение имеют лабораторные методы изучения биологических жидкостей организма.

Методы изучения морфологических особенностей твердой фазы биологических жидкостей с различной успешностью применяются в самых разнообразных областях медицины. Диагноз по капле - это одно из новейших направлений диагностики, основанное на том, что все сложнейшие процессы, происходящие в каждой клетке организма, прежде всего, отражаются на биожидкостях. Исследования проводимые по изучению процессов самоорганизации и структурирования при формировании твердой фазы биологических жидкостей в процессе их кристаллизации и установление взаимосвязи морфологии этих образований с состоянием здоровья несет в себе ценную информацию как диагностического, так и прогностического характера. Исследования процессов самоорганизации различных физиологических и патологических жидких сред организма показали, что основным «законодателем» формирования структур является органическая составляющая, всегда присутствующая в биологических жидкостях в том или ином количестве. Разделение структур на органическую и неорганическую составляющие достигается методом клиновидной дегидратации.

Таким образом, метод морфологического анализа структуры дегидратированных биологических жидкостей, отличается от других аппаратных методов своей простотой и дешевизной, является перспективным в использовании как при экспресс-диагностике, так и при проведении профилактических осмотров среди населения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ АТЛЕТОК В ПРОГРАММЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ

Джамалутдинова И.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Широкое развитие женского спорта, утверждение здорового образа жизни, укрепление здоровья девушек, популяризация среди них физической культуры и спорта — все это злободневные задачи. Их выполнение требует ответственного подхода. Как отмечал первый президент нашей страны на заседании Попечительского совета Фонда развития детского спорта Узбекистана: «В девочках мы видим прежде всего будущих матерей, которые подарят жизнь и будут воспитывать будущее поколение — надежду и опору нашего народа. То есть если девочка будет здоровой и счастливой, то будут здоровыми и счастливыми и семья, которую она построит в будущем, и ее ребенок. Если будет здоровой и счастливой семья, то будет процветающим и благополучным все общество». Во всех регионах страны для них создано более 35 тысяч секций по 39 видам спорта, в которых постоянно занимаются более 3,5 миллиона женщин. За прошедшие 25 лет безукоризненно отлажена охрана здоровья матерей и детей. Постановление Президента «О Государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014—2018 годы» от 1 августа 2014 года способствует физическому совершенствованию молодежи. Однако проведенный анализ показателей здоровья девочек и девушек, занимающихся спортом, выявляет наличие предпатологических и патологических состояний здоровья атлеток. Наиболее часто наблюдается патология опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной систем. С целью изучения репродуктивного здоровья девочек и девушек, занимающихся спортом, в программу обследования были включены консультация гинеколога и ультразвуковое исследование органов малого таза, также антропометрические измерения и оценка биологического возраста, анкетирование спортсменок и изучение тренировочного режима. В результате оценки полученных результатов были сделаны выводы о наличии нарушений со стороны физического развития атлеток, а также репродуктивного здоровья, развивающиеся на фоне повышенных физических и психических нагрузок. С целью раннего выявления развивающихся патологических состояний оптимизирована модель медицинского контроля за состоянием здоровья спортсменок, разработаны рекомендации по дальнейшему улучшению и развитию системы комплексного медицинского диспансерного обслуживания девочек, занимающихся спортом.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ НА ИММУНОГЕНЕЗ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Джуманиязова Н.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ранее было установлено, что растительные сборы (филипил) и (трибулипил) обладают противовоспалительной и иммуномодулирующей активностями. В настоящее время эти препараты растительного происхождения широко используются при лечении различных заболеваний, в частности при лечении патологий печени

Целью настоящего исследования является изучение эффекта указанных сборов на иммунологические показатели при остром токсическом гепатите (ОТГ). Мы в опытах использовали белых беспородных мышей массой 20-22 г. Для моделирования ОТГ мышам подкожно в область бедра вводили 20% масляный раствор четыреххлористого углерода (CCl₄) по 0,2 мл в течение 3 дней. В день последнего введения их однократно внутрибрюшинно иммунизировали эритроцитами барана. Затем в течение 4 дней им внутривенно вводили исследуемые растительные настои. Животные были разделены на 5 групп по 7 голов. 1-я группа получала только ЭБ (контроль). 2-я группа – ОТГ ЭБ. 3-я группа – ОТГ + ЭБ настоем кипрея вводили в дозе 15,0 мл/кг. 4-я группа - ОТГ + ЭБ настоем (трибулипила) ; вводили в дозе 15,0 мл/кг. В состав настоя входят следующие четыре растения: кипрей, якорцы, тысячелистник, календула. В состав настоя (трибулипила) входят кипрей и якорцы. На 5 сутки после иммунизации определяли число антителообразующих клеток в селезёнке прямым методом локального гемолиза по жерней Nordi. В процессе развития ОТГ формируется глубокий вторичный иммунодефицит: общее число АОК в селезёнке мышей снижается по сравнению с интактной группой. При введении изученных растительных настоев мышам с ОТГ происходит достоверное повышение иммунного ответа к ЭБ. Из трёх растительных веществ наибольшей активностью обладают настои (трибулипила) и настоя (филипила): число АОК в селезёнке повышается. Настоем кипрея повышает иммуногенез у мышей с ОТГ. Полученные данные говорят о способности изученных растительных настоев в определённой степени корректировать угнетённый иммунный ответ к ЭБ у мышей с ОТГ. Во всех случаях АОК в селезёнке остаётся достоверно ниже, чем в контрольной группе. Таким образом, результаты подсчёта АОК как на всю селезёнку, так и на 1 млн. спленоцитов показывают, что изученные растительные настои способны стимулировать угнетённую иммунологическую реактивность при патологии печени.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ

Джуманиязова Н.С. , Раджапов А.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Термические ожоги – занимают третье место среди травм и являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, а их лечение - наиболее трудоемким и дорогостоящим .

Целью нашего исследования явилось изучение морфологических и функциональных показателей иммунной системы у крыс при термическом ожоге и его лечении. В экспериментах использовано 60 белых беспородных крыс-самок. Глубокий термический ожог кожи моделировали на 54 белых беспородных крысах. Животные были разделены на 3 группы: 30 животных с глубоким термическим ожогом, 24 животных с глубоким термическим ожогом и трансплантацией аллофибробластов, 6 животных – интактные.

При морфологическом исследовании в тимусе животных на начальных этапах обнаруживали дегранулирующие клетки, располагавшиеся вначале в капсуле и строме органа, а затем и в его паренхиме. Эти клетки являются маркерами стресса и, по-видимому, играют роль стимуляторов иммуногенеза. В дальнейшем наблюдается постепенный расцвет ткани вилочковой железы с образованием патологической гиперплазии тимуса. Подобная реакция тимуса характерна для аутоиммунных процессов. Также было установлено, что течение ожоговой болезни у крыс сопровождается выраженной реакцией лимфоидной ткани в виде гиперплазии лимфоидных узлов по фолликулярному типу и селезенки с гиперплазией белой пульпы на 6-10 сутки заболевания, что свидетельствует об активации гуморального иммунитета. Паракортикальная зона, напротив, остается невыраженной.

Ожог у крыс способствует изменениям функциональных показателей иммунного статуса: количественным Т-клеточным дефицитом , нарушением естественных факторов защиты с активацией процесса апоптоза , а также изменениями снижением спонтанной миграции лейкоцитов периферической крови, функциональной активности Т-лимфоцитов. Трансплантация эмбриональных культивируемых аллофибробластов на поверхность ожоговой раны, способствует повышению функциональной активности Т-клеточного иммунитета с нормализацией их к концу эксперимента со снижением процесса апоптоза. Течение раневого процесса в глубокой ожоговой ране у крыс, сопровождается выраженной плазмореей, поздним развитием грануляций, значительной местной гнойно-воспалительной реакцией в ране и мягких тканях по периферии раны, отсутствием признаков эпителизации на 21 сутки после травмы. У крыс с ожогом наблюдается выраженная реакция лимфоидной ткани в виде патологической гиперплазии тимуса с образованием лимфоидных фолликулов, реактивная гиперплазия лимфатических узлов и белой пульпы селезенки с преобладанием явлений гистиоцитоза.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕ И ОРГАНЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ИМУРАНИНДУЦИРОВАННОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ

Джуманиязова Н.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что растительные препараты обладают антиоксидантными, гиполипидемическими, желчегонными свойствами, используются в качестве адаптогенов. Они оказывают позитивное влияние на иммунную систему.

Изучить эффект настоев и экстрактов «филипила» и «трибулипила» на антителообразование и органы иммунитета при вторичном иммунодефиците, вызванном иммунодепрессантом имураном.

В опытах использовали белых беспородных мышей 2-3 мес. Возраста массой 20-22 г. Иммунодепрессант имуран вводили ежедневно внутрибрюшинно в течение 3-х дней в дозе 50 мг/кг. Через сутки после последнего введения имурана, мышей иммунизировали эритроцитами барана в дозе 2×10^8 и еще через 5 дней в периферической крови титр антител к эб. В тимусе, костном мозге и лимфатических узлах подсчитывали общее количество ядродержащих клеток.

Результаты по изучению влияния растительных средств на титр антител к эб в периферической крови мышей, обработанных имураном приведены в таблице 1. Как видно в контрольной группе титр антител к эб составляет $4,7 \pm 0,3$. Под воздействием имурана наблюдается угнетение процесса антителообразования. Так, титр антител к эб в крови по сравнению с контрольными животными снижается в 1,96 раза и составляет $2,4 \pm 0,2$.

Таким образом, изученные растительные средства обладают способностью повышать титр антител к эб в периферической крови мышей с имураниндуцированным иммунодефицитом. «филипил» и «трибулипил» достоверно повышают титр антител к эритроцитам барана в крови мышей с вторичным иммунодефицитом, вызванным имураном.

ЖИСМОНИЙ ҲАРАКАТНИНГ САЛОМАТЛИККА ТАЪСИРИ

Дўсчанов Б.А., Атажанов У.Ж., Жуманазарова Г.У.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бугунги кунда илмий техника тараққиёти туфайли аҳоли орасида ҳаракатни чекланганлиги ҳолати жуда кенг тарқалган. Кам ҳаракатлилик бир қанча касалликларнинг келиб чиқишида асосий омил ҳисобланади. Бундан ташқари ҳаракатсизлик организмда ортиқча вазн тўпланишига бу эса ўз навбатида организмда айниқса юрак қон томир системаси

касалликлари, қандли диабет ва бошқа касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳаракат натижасида одамнинг турли аъзо ва тизилмаларининг фаолияти меъёрлашади, бузилган фаолиятлари эса тикланади, ақлий ва жисмоний меҳнатга бўлган фаоллиги ошади. Ҳар қандай ёшдаги одам учун ҳаракат тўлақонли ҳаёт ва фаолият кўрсаткичидир. Ҳаракат натижасида қувват сарфи ошади, тўқималарнинг қон, кислород ва озик моддалар билан таъминланиши яхшиланади. Юрак мускуллари толаларининг тузилиши мустаҳкамланади, организмни идора этувчи гормонлар ва нерв системасининг иши фаоллашади. Ҳаракат ва жисмоний машқлар суяклар тизилмасини мустаҳкамлайди, мушак кучини ошириб, уларнинг бир хил шаклини сақлайди.

Ҳаракат фаоллиги мускуллар билан скелетни ривожлантиради, қадди-қоматни расо қилади, алмашинув жараёнлари, қон айланиши ва нафаснинг идора этилишини такомиллаштиради, юрак-томир системасининг ривожланишини белгилаб беради. Кундалик турмушда ҳар куни эрталаб бадантарбия, ишлаб чиқариш гимнастикасини қанда қилмаслик, спорт билан шуғулланиш, жисмоний меҳнат қилиш, кўпроқ пиёда юриш зарур. Бунда жисмоний тарбиянинг аҳамияти муҳим бўлиб, киши ҳар жиҳатдан интизомли бўлади, кучлилиқ, чаққонлик, иродалилиқни ўзида шакллантиради. Жисмоний тарбия машғулотлари жуда хилма-хил бўлиб, гимнастика, юриш, сузиш, велосипед ҳайдаш, турли спорт ўйинлари, аэробика, чанғи, тренажёрлар ва бошқаларни ўз ичига олади.

Соғлом ҳаёт тарзини шакллантиришда жисмоний тарбиянинг бир қанча таъсир этувчи турларидан фойдаланиш мумкин. Айниқса эрталабки бадан тарбия инсон организми учун жуда зарур ҳисобланади. Жисмоний тарбия нафақат организмда тўқималарда моддалар алмашинувини яхшилади, балки мушакларни уйғотиб, тетиклантиради, организмни зарур бўлган кислород ва озик моддаларга тўйинишини яхшилади.

Кам ҳаракат қилиш, кўп ўтириш натижасида мускуллар эрта қувватсизланиб, бўшашиб қолади, кишининг қадди букилиб, физиологик қариш жараёни тезлашади.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, инсон айниқса ёшлар доимий ва узлуксиз равишда жисмоний машқлар билан шуғулланиши лозим. Шундагина организм соғлом, бақувват бўлиб ривожланади ва шу билан касалликларни келиб чиқишини олди олинади.

БОЛАЛАРНИ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

**Дўсчанов Б.А., Жуманазарова Г.У.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Ишимиздан мақсад мактабгача ёшдаги болалар муассасаларида тарбияланаётган болаларни жисмоний ривожланишини ўрганиб уларни саломатлигига баҳо бериш.

Олинган натижаларга кўра жисмоний ривожланиш қуйидагича эканлиги аниқланди. Сигмал оғиш чегаралари бўйича паст даражада жисмоний ривожланиш маълум бир миқдорда 3-4-5 яшар қиз болалар ўртасида учраши аниқланди (ёшга нисбатан мос ҳолда 3,8; 2,9; 3,1); ўғил болалар ўртасида бу кўрсаткич қуйидагича ифодаланади: 3 яшар болаларда - йўқ; 4 ёшдагиларда -2,7% ва 5 ёшда бўлганларда 4,9%. 6 ва 7 яшар ўғил ва қиз болаларда паст даражада жисмоний ривожланиш бир хил кўринишда қайд қилинди -2,9%.

Ўртачадан паст жисмоний камол топиш кўрсаткичи бўйича қуйидагича маълумотлар олинди: 3 ва 4 яшар ўғил болалар ўртасида қиз болаларга нисбатан бу кўрсаткич юқорироқ ифодаланади –мос ҳолда 13,3 ва 10,0 %, қиз болаларда эса рақамлар мос ҳолда 11,5 ва 5,9 фоизни ташкил этади; болалар 5-6 ёшга тўлганда ўртачадан паст жисмоний ривожланиш кўпроқ қиз болалар ўртасида учрайди: 5 ёшда 15,5%, 6 ёшда 14,4%, 7 ёшда 9,7%; ўғил болаларда эса мос ҳолда 8,8; 8,6; 12,6%.

Ўртача жисмоний ривожланишнинг таҳлили қуйидаги рақамларни кўрсатди: 3 ва 4 яшар қиз болалар ўртасида бу тарзда жисмоний камол топишнинг кўпроқ бўлиши қайд этилди. (ёшга нисбатан мос ҳолда 73,1 ва 78%), ўғил болаларда – 69,9 ва 71,8 фоиз; 5 ёшдан бошлаб, аксинча, ўғил болалар орасида ўртача жисмоний ривожланиш юқорироқ рақамларни ифодалайди: 5 ёш – 74,5%, 6 ёш-75,2%, 7 ёш – 74,8 %; қиз болаларда, мос ҳолда- 71,1%, 69%, 76,7 %, яъни ўғил болаларда айна кўрсаткич бир текисда юқорилашиб борса, қиз болаларда эса жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари бир текисда кечмайди.

Ўртачадан юқори жисмоний ривожланишни ифодаловчи рақамлар қуйидагича кўринишда белгиланди: 3 ва 4 яшар ўғил болалар ўртасида айна кўрсаткич қиз болаларга нисбатан юқорироқ рақамларни кўрсатди – 14,2 ва 15,5, қиз болаларда эса – 11,5 ва 10,8%, мос ҳолда; жисмоний ривожланишнинг 5 чи йилидан бошлаб ўғил ва қиз болаларда ўртачадан юқори ривожланиш деярли бир хил тарзда кечади: 5 ёшда – 11,8 ва 12,4 %, 6 ёшда -13,3 ва 13,5 %, 7 ёшда – 8,7 ва 10,7 (қиз болалар ўртасида 7 ёшдан бошлаб бу кўрсаткич кўтарилиш чегарасига ўтади). Юқори жисмоний ривожланишга оид кўрсаткичлар бўйича таҳлил этиш имкониятини берувчи натижалар бўлмади.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, паст жисмоний ривожланишга эга болалар 3-яшар ўғил болалардан ташқари барча ёш гуруҳларида паст фоизларда бўлса ҳам қайд қилинди. Бу эса мактабгача ёшдаги болаларни саломатлигини назорат қилишга жиддий ёндашиш кераклигини кўрсатади.

ЛИХОРОДКА ЭБОЛА
Жуманиезов О., Каландарова У.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Как известно это болезнь одной из распространенных, часто встречается в странах Западной Африки, средний коэффициент летальности болезни вызванная вирусом Эбола (БВВЭ) составляет около 50%. В ходе прежних вспышек показатели летальности составляли от 25% до 90%. Возбудитель - РНК-геномный вирус рода *Filovirus* семейства *Filoviridae*.

Выявлены 3 штамма вируса - Заир, Судан, Ренстон, - отличающиеся по антигенной структуре. В лабораторных условиях культуры возбудителя поддерживают пассажем через печень или кровь обезьян. Вирус Эбола имеет среднюю степень устойчивости во внешней среде.

Лихорадка Эбола - острое, предположительно зоонозное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок, протекающее с выраженным геморрагическим синдромом, отличается высоким уровнем летальности. В течение инкубационного периода вирус **лихорадки Эбола** репродуцируется в регионарных лимфатических узлах, селезёнке и, возможно, других органах. Острое начало заболевания с лихорадки совпадает с развитием интенсивной вирусемии с полиорганной диссеминацией возбудителя. Поражение клеток и тканей различных органов предположительно обусловлено как прямым цитопатическим действием вируса, так и аутоиммунными реакциями. Патологические изменения в органах в виде очаговых некрозов, рассеян геморрагии в клинической картине проявляются признаками гепатитов, интерстициальных пневмоний, панкреатитов, орхитов и др. Реакции клеточного и гуморального иммунитета снижены, противовирусные антитела у умерших в ранние сроки болезни обнаруживают редко, у выздоравливающих они появляются поздно.

Для лечения этой болезни необходимо усилить иммунитет больного и провести курс лечения различными препаратами для уничтожения вируса.

ВИНИЛХЛОРИДНИНГ 2-КРОТОНОИЛАМИНОБЕНЗИМИДАЗОЛ
БИЛАН СОПОЛИМЕРЛАНИШИ.
Ибрагимова З. Ю., Машарипов С.М
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Винилхлориднинг 2-кротоноиламинобензимидазол билан сополимерланишини ўрганиш учун лабораторияда винилхлоридни қайта полимерлаш натижасида хроматографик тоза винилхлорид олинди. Кротоноиламинобензимидазол ($T_{\text{суюқ}}=511-513 \text{ K}$) 2-аминобензимидазолга кротон кислотасини таъсир қилдириб олинди. Сополимерланишни шиша ампулаларда 10^{-3} тор вакуумда, $T=333 \pm 0,5 \text{ K}$ хароратда $0,25 \cdot 10^{-2}$ моль/л

инициатор иштирокида гравиметрик усулда ўтказилди. 2-критоноиламинобензимидазол 0,55 моль% бўлганда аниқланган реакциянинг инициатор динитрил азо-бисизомой кислотаси бўйича тартиби 0,61 реакциянинг бимолекуляр механизм бўйича узилишидан далолат беради. Реакциянинг инициатор бўйича тартибининг бундай идеал ҳолат (0,5) дан четланишини реакциянинг мономер молекуласига узатилишидан деб қараш мумкин.

Сополимерланиш реакциясининг фаолланиш энергияси 142 кДж/моль, бу реакциянинг кўпгина винил мономерларга ўхшаш кечишидан далолат беради. Винилхлориднинг полимерланиш жараёнига критоноиламинобензимидазолнинг киритилиши реакция тезлигини камайтиради ва бу таъсир критоноиламинобензимидазолнинг миқдорига боғлиқ равишда ортиб боради. Сополимерланиш доимийларини аниқлаш учун сополимерланишни $7 \pm 2\%$ гача олиб борилди. Олинган натижалар шуни курсатадики, винилхлориднинг реакцион қобилияти ($r_1=1,79$) критоноиламинобензимидазолнинг реакцион қобилияти (0,10)дан анча катта. Бундан шундай хулосага келиш мумкинки, усаётган критоноиламинобензимидазолдан ҳосил бўлган радикал кўпроқ винилхлориднинг мономер билан реакцияга киришиб, ўз мономерига нисбатан лоқайдлик кўрсатади.

Юқоридагилар шуни курсатадики, винилхлориднинг критоноиламинобензимидазол билан суспензиядаги сополимерланиш реакцияси радикал механизмда кечади ва бу жараёнда критоноиламинобензимидазол винилхлоридга нисбатан кам фаолликни намоён қилади.

СУНЪИЙ ПОЛИМЕРЛАР ФЕРМЕНТЛАРНИНГ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ ТАШУВЧИЛАРИ СИФАТИДА

Ибрагимова З.Ю., Машарипов С.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Сунъий полимерларнинг хилма-хиллиги уларни ферментлар иммобилизациясида ташувчи сифатида кенг қўламда қўллашга имкон беради. Полимер молекуласига ҳар хил функционал гуруҳлар киритиш билан ташувчининг физик хоссаларини ва иммобилизацияланган фермент молекуласи учун яратилган микромуҳитни ўзгартириш мумкин. Синтетик полимерлар, ферментларни ковалент сорбция йўли билан иммобилизациялаш ҳамда микрокапсулалар ва геллар олиш учун ишлатилади.

Улар саноатда ишлаб чиқариладиган кўпгина ионалмаштиргич материалларнинг асосини ташкил этади. Сорбциялаш (шимдириш) билан иммобилизациялаш учун микротешикли ва макротешикли (ғовакларнинг катталиги 10 - 1000 нм) материаллар ҳам қўлланилади. Шарсимон зарралар кўринишдаги ҳар хил тикувчи агентга эга стирол сополимерининг

полимеризация усули билан олиш мумкин. Кўпинча тикувчи агент сифатида дивинил бензол қўлланилади.

Шундай ғовакли ташувчиларнинг ғовак катталиги, солиштирма сирти, геометрик структураси, тикувчи агент миқдорининг реакцион муҳитда мономер ва эритувчи концентрациясини ўзгартириш билан кенг кўламда олиш мумкин. Стирол сополимерларининг полимеризациясини ғовак ҳосил қилувчилар иштирокида ўтказиш ва бошқариш мумкин.

Охириги йилларда макротўрсимон изоғовак ва гетероғовак структурага эга бўлган ташувчилар қўлланилмоқда. Макротўрли полистироллар шишага ўхшаб барқарор ғовак тузилишга эга, сувда бўкмайди, юқори механик мустаҳкамлиги билан ажралиб туради. Уларни эмульсион полимеризациялаш йўли билан бирга чўктиргич иштирокида олинади. Модификацияланмаган полистирол ташувчилар гидрофоб моддалар жумласига киради. Бензол радикалларининг ғовак жойларига ионоген гурухлар киритиш йўли билан моддага маълум гидрофиллик жорий этиш мумкин, аммо умуман полимерларнинг гидрофоб ўзаро таъсирига лоқайдлиги сақланади.

Ферментларни ковалент иммобилизациялаш учун маълум бир усул билан активация қилинади, ё кимёвий модификация йўли билан тайёр полимерга функционал гурухлар киритилади; ёхуд мономернинг функционал ҳосилаларини полимерлаш билан ташувчилар ҳосил қилинади. Реакцияга киришишга қодир гурухлар тутган бирикмаларни полимерлаш усули анча қулай. Ҳозирги вақтда ҳар хил реакцияга мойил функционал гурухлар тутган, акриламид сополимерлари асосида жуда кўп ташувчилар тайёрланган.

ПОЛИВИНИЛ СПИРТИ ХОСИЛАЛАРИ ФЕРМЕНТЛАРНИНГ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ ТАШУВЧИЛАРИ СИФАТИДА

Ибрагимова З.Ю., Машарипов С.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Поливинил спирти асосида яратилган ташувчилар реакцияга тез киришиш қобилиятига эга. Уларни мувофиқ равишда ишлаш билан ташувчиларга ҳар хил функционал гурухларни, жумладан, диазоизотиоцианит, альдегид, хлортриазин, дисульфид ва бошқаларни кислотали шароитда (глутар альдегиди билан), ишқорий шароитда эса эпихлоргидрин ёки п-ксиллендихлорид билан тикиш мумкин.

Поливинил асосидаги ташувчиларнинг афзалликларига мисол қилиб, маълум миқдордаги реакцияга киришувчи гурухларга эга бўлишдан ташқари, оксилларга нисбатан юқори сиғимга эгаллигини айтиш мумкин.

Полиуретанлар - NH – C – O – гурухини тутган гидрофил полимерлар ҳисобланиб, улар ферментларни гелга киритиш учун етарли даражада қулай материаллардир. Бу ҳолда иммобилизациялаш жараёни компонентларни оддий аралаштиришдан иборат булади.

Эпоксифаолланган матрицаларни олиш учун бисоксиран ўрнига эпихлоргидринни ишлатиш мумкин. 1,4 – n – бутандиолнинг диглицил эфири типигаги узун занжирли бирикмалар билан эпоксидланган ташувчи афзаллиги шундан иборатки, улар эпихлоргидрин билан ишланган ташувчиларга нисбатан ферментни ташувчидан ажратувчи узун “банд” ҳосил қилишга имкон беради.

Гидроксил ёки аминогурух тутган полимерларга винил сульфонил гурухларни киритиш мумкин. Бунинг учун матрицани кучли ишқорий муҳитда дивинилсульфон билан ишланади. Бу активация қилиш усули дивинисульфон заҳарлиги туфайли фақат баъзи ҳоллардагина ишлатилади.

Полисахаридларни фаоллаштиришда самарали агент сифатида ароматик хинон хизмат қилади. Чунончи, бензохинон билан реакция рН нинг кенг интервалида (3 дан 10 гача) тез боради.

Хлортриазинлар (масалан, цианурхлорид) ишқорий сувли органик муҳитда полимерни гидрокси – ва амина – гурухлари билан реакцияга киришади. Кўпинча бундай усул билан полисахаридлар ва уларнинг аминогурух тутган ҳосилалари фаоллаштирилади, бироқ оксиллар (коллаган, кератин, фиброин) ҳам ишлатилади. Сунъий полимерлар орасида аминланган полистирол ва поливинил спирт ва хлортриазин билан фаоллаштирилиши мумкин.

ВЛИЯНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ

Иноятова Ф.Х., Курбанова Н.Н.

Ташкентская медицинская академия

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель: оценить эффективность гепатопротекторов в коррекции липопероксидации при хроническом отравлении этанолом.

Материал и методы. Модель хронического поражения печени воспроизводили у 48 крыс е/д введением 25% раствора этанола в течение 28 дней. В зависимости от способа лечения животные были разделены на 3 группы: 1-я (16 крыс) – получала катацин по 20 мг/кг, 2-я (16 крыс) – карсил по 20 мг/кг, 3-я (16 крыс) – H₂O, е/д в течение 6 дней. Интактную группу составили 8 крыс. Забой животных проводили на 22 и 28 сутки от начала опыта, в сыворотке крови определяли стандартные биохимические показатели печени, в сыворотке крови и гомогенате печени содержание малонового диальдегида (МДА) и активность каталазы. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Фармакотерапия гепатопротекторами способствовала снижению гиперферментемии, гипербилирубинемии, гиперхолестеринемии, тимоловой пробы, особенно при 6-дневном применении. Существенных различий между препаратами мы не выявили. В сыворотке крови уровень МДА постепенно нарастал и к концу

эксперимента мы наблюдали его резкий подъем (превышение в 2,53 раза, $P < 0,001$) его содержания. В гомогенате печени мы наблюдали постепенное увеличение содержания МДА в 2,08 и 5,37 раза, соответственно срокам через 22 и 28 суток от начала введения этанола. Фармакотерапия катацином и карсилом снижала уровень МДА в сыворотке крови в 1,57 и 1,55 раза при 3-кратном, в 1,76 и 1,81 раза при 6-кратном введении относительно значений нелеченной группы. В гомогенате печени мы также наблюдали снижение в 1,74 и 1,63 раза при 3-кратном, в 2,62 и 2,47 раза – при 6-кратном введении препаратов. Низкая активность каталазы в биопробах возрастала, что было связано с повышением компенсаторных возможностей антиоксидантной системы.

Выводы: Хроническое отравление этанолом приводит к интенсификации ПОЛ в сыворотке крови и печени, с угнетением компенсаторных возможностей антиоксидантной защиты. Введение катацина и карсила крысам с токсическим поражением печени снижает выраженность цитолитического синдрома, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности и гиперлипเปอร์оксидации за счет повышения антиоксидантных возможностей печени крыс.

ПАССИВ АНАФИЛАКТИК РЕАКЦИЯ БОСҚИЧЛАРИДА ИЧАК МАҲАЛЛИЙ ҲИМОЯ ТИЗИМИГА ФЕНКАРОЛ ҲАМДА ЗАДИТЕНЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

**Исмоилов С.Р., Омонова Г.С., Ибраимова Н.О., Рўзмаматова М.С.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Муаммонинг долзарблиги. Аллергик касалликлар билан бутун ер юзи аҳолисининг 20-40 фоизи шикастлаган бўлишига қарамасдан, ҳали касалланиш даражаси ўзининг энг чўққисигача етган эмас. Турли аллергия касалликларда меъда-ичак йўлида ҳам ўзига хос ўзгаришлар юзага келади. Улар юзага чиқишининг олдини олиш ва даволаш мақсадида гистаминга қарши препаратлар ҳам кенг қўлланилади. Бироқ уларнинг турли аллергия ҳолатларида меъда-ичак йўли маҳаллий ҳимоя тизими омилларига таъсири ҳар томонлама ва чуқур ўрганилган эмас.

Қайд этилганлардан келиб чиққан ҳолда ушбу илмий изланишда экспериментал пассив анафилактик реакциялар (ПАР) да каламушлар ичак маҳаллий ҳимоя тизими томонидан юз берадиган бузилишларни ва уларга айрим антигистамин препаратларнинг таъсири бор ёки йўқлиги ўрганилди.

Материал ва методлар. Тажрибалар вазни 120-200 г бўлган оқ каламушларда ўтказилди. Фенкарол ва задитен препаратлари 50 ҳамда 1 мг/кг дозаларда ишлатилди. ПАР нинг сенсibiliзация ва овқат анафилаксияси босқичлари В.А.Шатерников усули билан чақирилди. Перитонеал суюқликдаги ва лимфоид тугунлардан олинган

материаллардаги нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллиги уларнинг ютиш хусусиятига қараб аниқланди. Шунингдек, нейтрофилларнинг фагоцитар индекси ҳам аниқланди. Перитонеал суюқликдаги лизоцим ферменти қоғозли диск усулида ўрганилди. Натижалар Стьюдент критерийлари бўйича статистик жиҳатдан ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар ва таҳлили. ПАР нинг сенсibiliзация ва овқат анафилаксияси босқичларида ичакнинг фагоцитар тизими ва семиз хужайраларнинг дегрануляция даражаларига сезиларли таъсир кўрсатиши ва бунда фагоцитар хужайралар фаоллигининг, семиз хужайралар миқдорининг ва семиз хужайралар дегрануляция даражасининг ошиши каби бузилишлар кузатилиши маълум бўлди. Ўрганилаётган антигистамин воситалар сенсibiliзациянинг дастлабки кундан бошлаб ҳамда овқат анафилаксияни юзага чиқариш жараёнида 8 кун давомида қўлланилганда, сенсibiliзация ва анафилаксия ҳолатидаги каламушларда задитеннинг семиз хужайралар дегрануляцияланиш даражасига таъсири фенкаролдан бирмунча устун эканлиги аниқланди.

Хулосалар. Олинган натижалар фенкарол ва задитен препаратлари ПАР сенсibiliзация ва овқат анафилаксияси босқичларининг шаклланиш жараёнида қўлланилганда уларнинг организмга бўлган салбий оқибатларини етарли даражада силлиқлаштиришидан далолат беради.

O'SIMLIKlardan OLINADIGAN FITOPREPARATLARNING YO'TALGA QARSHI TA'SIRI

**Ismoilov S.R., Omonova G.S., Olimova N.X.
Toshkent tibbiyot akademiya Urganch filiali**

Halq tabobatida yuqori nafas yo'llari kasalliklari paydo bo'lishiga inson tanasidagi yopishqoq balg'am to'planishi hamda sovuq holdagi mahsulotlarni ko'p iste'mol qilish asosiy sabab deb hisoblanadi. Yo'tal - odam organizmining kimyoviy yoki bakteriyali bezovtalikka (qichishishga) javoban tabiiy reaksiyasidir. Odam dimog'ida har sutkada normal ravishda nafas olish uchun zarur bo'lgan 2-2,5 ml shilliq ajratuvchi kichik bezlar joylashgan. Allergik reaksiya yoki yuqori harorat natijasida ushbu shilliq quyushib, namlikka aylanadi. Namlik yopishqoq bo'lgani uchun nafas olish yo'llaridan erkin chiqib ketaolmaydi. Shu sababli refleks ishlab ketib, organizm bronxlarni ortiqcha shilimshiqdan tozalamoqchi bo'ladi. Ushbu refleks yo'tal hisoblanadi. Shuningdek, yuqori nafas yo'llaridan- burun, tamoq, halqum, traxeya va bronxlarning shilliq qavatida yallig'lanish paydo bo'ladi.

Xozirgi kunda balg'am ko'chiruvchi xususiyatga ega bo'lgan yig'ma choylarni amaliyotda qo'llash tavsiya qilinadi. Ushbu o'simliklarga afsonak (thermopsis),

dorivor gulhayri, qora andiz kabilarni misol qilish mumkin. Ilmiy tibbiyotda **afsonak** o'tining damlamasi kukun hoida dori shakli va undan ajratib olingan sitizin va paxikarpin kuchli ta'sir etuvchi moddalar bo'lib, shifokorlar nazorati

ostida turli xil kasalliklarni davolashda ishlatiladi. Bu preparatning farmakalogik ta'siri nafas markazining qo'zg'aluvchanligini reflektor ravishda oshirishiga bog'liq. Natijada nafas olish va chiqarish chuqurlashadi, tezlashadi. Preparatning ta'siri nafas markazi susayganda yaxshiroq namoyon bo'ladi. Afsonakning quruq ekstrakti balg'am ko'chiruvchi va yo'tal qoldiruvchi dori sifatida ishlatiladi.

Dorivor gulhayrining bargi va urug'laridan tayyorlangan qaynatma esa balg'am ko'chiruvchi, yo'talda, qon tupurishni qoldirishda dori tariqasida hamda o'pka yallig'lanishini davolashda ishlatiladi. Ildizi tarkibida 11% gacha shilliq moddalar, 37% kraxmal, 12% saxaroza, 1,7% gacha moy, mikroelementlar, pectin va boshqa birikmalar bor. Dorivor preparatlaridan, ildizidan qaynatma, quruq ekstrakt, sochma, sharbatlar tayyorlanadi. O'simlikning yer ustki qismidan mukaltin tabletkasi tayyorlanadi. Gulhayri ildizining preparatlari o'rab oluvchi, balg'am ko'chiruvchi hamda yallig'lanishga qarshi, nafas olish yo'llari kasalliklarida, mukaltin preparati balg'am ko'chiruvchi dori sifatida yuqori nafas yo'llari va o'pka yallig'lanishi kasalliklarida qo'llaniladi.

ЎЗБЕКИСТОНДА МЕХНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ВИЛОЯТЛАР БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Казаков Ш.О., Матназарова Г.С., Казаков Б.О.

Тошкент тиббиёт академияси,

Ташкент педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали

ОИВ-инфекциясининг пандемияси инсоният тарихида XX аср охиридаги инсониятнинг энг йирик фожеасидир. ЮНЭЙДС маълумотига кўра охирги йилларда дунё бўйича меҳнат мигрантларининг сони 86 млн ни, шундан Россия Федерацияси, АҚШ ва Германия давлатларида энг кўп меҳнат мигрантлари қайд этилганлиги аниқланган. Россия Федерациясида 2014 йилда чет эллик фуқаролар сони 10,2 млн га етган бўлиб, шундан Ўзбекистонликлар 23%, Украиналиклар 13,3%, Тожикистон фуқаролари 10% ни ташкил этган.

Тадқиқотнинг мақсади. Меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекциясинингвилоятлар бўйича эпидемиологик таҳлилини ўтказиш ва мавжуд эпидемияга қарши чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва услублари. Ўзбекистон Республикаси ОИТС инфекциясига қарши кураш марказининг 2013-2014 йиллардаги расмий маълумотлари эпидемиологик таҳлил қилинди. Ушбу тадқиқотни бажаришда эпидемиологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Дастлабки йилларда ОИВ-инфекциясининг аниқланиши, асосан гиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилувчи шахслар, яъни хавfli ижтимоий гуруҳлар орасида кузатилган ва ортиб борган бўлса, охирги йилларда, меҳнат мигрантлари салмоғининг

кўпайиши билан боғлиқ бўлиб қолди. 2013-2014 йилларда Республикамизда меҳнат мигрантларининг вилоятлар бўйича тақсимланиши таҳлилини ўтказиш натижаларига асосан энг юқори кўрсаткич Самарқанд (26,3% - 18,6%), Андижон (11,7% - 9,8%), Сурхондарё вилоятларида (7,1 - 13,6%) қайд этилган бўлса, касалликнинг энг паст кўрсаткичи Қорақалпоғистон Республикасида (3,5% - 2,5%), Навоий вилоятида (2,8% - 2,2%) ва Жиззах вилоятида (1,9% - 2%) қайд этилган. Меҳнат мигрантларини чет давлатларга чиқиши бўйича таҳлил ўтказилганда 80% Россия Федерациясига, 16% Қозоғистон Республикасига ва 4% Тошкент шаҳрига ички миграцияда бўлганлиги кузатилди.

ОИВ-инфекцияли меҳнат мигрантларининг миграция пайтидаги иш фаолияти бўйича ўтказилган таҳлил натижалари 25,3% ёлланма ишчилар (мардикорлар), 23,2% қурувчилар, 20,7 % ишчилар, 6% сотувчилар ташкил этганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, ОИВ-инфекцияси тарқалишида аҳолининг миграцияси муҳим омиллардан бири эканлиги аниқланди. Меҳнат мигрантлари асосан мардикорлик ва қурувчилик ишлари билан шуғулланганлиги аниқланди.

ИНФАРКТ МИОКАРДИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ГЛЮКОЗАГА БЎЛГАН ТОЛЕРАНТЛИК ХОЛАТИ

Қаландарова.У.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ишнинг мақсади: Миокардинфаркти ўтказган метоболик синдроми (МС) бор беморларда глюкозага бўлган толерантликни ўрганиш.

Материал ва усуллар: миокардинфаркти ўтказган метоболик синдроми (МС) бор беморлар 105 таси текширилди. Метоболик синдром Халқаро диабетлар федерацияси таклиф қилган критерийлар бўйича аниқланди. Критерийга кўра, метоболик синдром абдоминал семириш, АГ билан ёки гиперлипидемия, гипергликемияси бор беморларда аниқланди. Абдоминал семириш бел ўлчамига кўра(эркакларда 94см, аёлларда 80см дан ошган) аниқланди. АГ-артериал босим 140/85мм.см.уст ошганлар олинди. Триглицеридлар - 1.7ммол/лдан ошган ҳолат олинди.

Натижалар: глюкозага бўлган толерантлик гликемияни нахорда ва глюкоза билан тўйинтирилган сўнг 1 ва 2 соатдан сўнг аниқланди. Глюкозага бўлган толерантликни бузилиши кўп ҳолларда 2 соатдан сўнг аниқланди, кам ҳолларда 1 соатдан сўнг намоён бўлди. Глюкозага бўлган толерантликни намоён бўлиши миокард инфарктни оғирлигига боғлиқ бўлади. Гликемия кўрсаткичи назоратдаги гуруҳдагига қараганда ҳамма нуқталарда гликемик эгрилик баланд

бўлди. Глюкозага бўлган толерантлик миокард инфаркти ўтказмасдан олдин текширишлар ўтказилмади.

Хулоса: юқоридаги маълумотлардан келиб чиқиб, миокард инфарктига мойил бўлган ва миокард инфарктини ўтказган беморларда глюкозага бўлган толерантликни аниқлаш ва гипергликемияни олдини олиш учун зарур.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИ

**Каландарова У.А., Фазилова Ш.М., Каримова Д.Ш.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Қандли диабет касаллигини инсулинга боғлиқ бўлмаган тури кўп учрамоқда. Бунинг сабаби, ижтимоий ҳаёт, нораціонал овқатланиш, дори препаратларини ноўрин ишлатиш сабаб бўлмоқда. Бу ҳолат метаболик синдроми бор бўлган беморларда кўп учрамоқда. Метаболик синдром Халқаро диабетлар федерацияси таклиф қилган критерийлар бўйича аниқланади. Критерийга кўра, метаболик синдромда- абдоминал семириш, артериал гипертензия (АГ) билан ёки гиперлипидемия, гипергликемия кузатилади. Бу ҳолатлар қандли диабет касаллигини ривожланиши учун асос бўлади. Гипергликемия узок давом этса, инсулинга боғлиқ бўлмаган диабет келиб чиқади. Гиперлипидемия ҳолати нафақат қон таркибида липид спектрининг кўпайиши, балки қон томир деворида атеросклеротик пиллакчаларни чўкиши содир бўлади. Бу ҳолат ўз навбатида қоннинг турбулент оқимиға, қон қовушқоқлигининг ошишиға, артериал гипертензияға ва микроциркуляцияни бузилишларига сабаб бўлади.

Статистик маълумотларға кўра, Хоразм вилоятида инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет касаллигидан вафот этганлар маълумоти бўйича

	2010й	2011й	2012й	2013й	2014й
Жами ўлим	7022	7074	7576	7334	7789
Инсулинга боғлиқ бўлмаган диабет билан ўлганлар	217 (3%)	178 (2.5%)	271 (3.5%)	315 (4.2%)	359 (4.6%)

Юқоридаги маълумотларидан келиб чиқиб, метаболик синдромни ва қандли диабет касаллигини олдини олиш учун аҳолини тўғри рационал овқатланишға даъват қилишимиз лозим.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА, РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КОЖИ И ПУТИ ИХ

КОРРЕКЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА.

КоржавовШ.О.

Самаркандский Государственный медицинский институт

Процесс старения возникает на самых ранних этапах становления организма и ведет к недостаточности физиологических функций, гибели клеток, ограничению приспособительных возможностей организма, снижению их надежности, развитию возрастной патологии и увеличению вероятности смерти.

Цель исследования: изучение морфофункциональных показателей организма, регенераторного потенциала кожи старых крыс и разработка путей их рациональной коррекции.

Материалы и методы исследования. В качестве подопытных животных использовали самок белых крыс стока Вистар с исходной массой тела 220-250 г. Экспериментальная работа проводилась оценка морфофункциональных показателей организма и регенераторного потенциала кожи у крыс в возрасте 24 месяца, в количестве 20 животных. Для объективной оценки величин показателей, установленных у старых крыс, сравнивали с аналогичными показателями у крыс (n=100) в репродуктивном возрасте (9 месяцев). У животных отбирали кожу в области скарификата на границе со здоровой тканью. Далее проводили гистологическое исследование кожи по общепринятой методике с окраской гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону.

Результаты исследование. Морфофункциональные показатели организма старых крыс в процессе гематологических исследований установлено, что количество эритроцитов у крыс в старческий период составляет $2,97 \pm 0,41$ ($P < 0,05$), что на 25,3% меньше чем у крыс репродуктивного этапа онтогенеза. При оптической микроскопии не выявлено каких-либо морфологических особенностей эритроцитов у старых животных. Уровень гемоглобина у старых животных по сравнению с уровнем гемоглобина у крыс репродуктивного возраста меньше на 8,7%.

Выводы. Цветовой показатель у крыс в заключительном периоде онтогенеза выше на 22%, а содержание гемоглобина в одном эритроците ниже на 10,9% по отношению к величинам этих же показателей в репродуктивном периоде жизни. Количество общего белка в заключительный этап онтогенеза на 11,3 г/л ниже по сравнению с уровнем общего белка, отмеченным у крыс репродуктивного возраста.

ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У МУЖЧИН

Каримов Р.Х., Эгамбердиев Қ.Қ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости у лиц мужского пола производится в отношении несовершеннолетних в случаях, связанных с половыми правонарушениями. Половая зрелость у лиц мужского пола характеризуется таким состоянием общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией, не вызывает расстройства здоровья и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма. При свидетельствовании учитывают: общее физическое развитие организма, развитие наружных и внутренних половых органов, способность к половому сношению и оплодотворению. Собирают сведения о перенесенных заболеваниях, вредных привычках и о половом развитии освидетельствуемого (время возникновения интереса к половому вопросу, появление эрекции полового члена и поллюций, онанизм). На достижение половой зрелости указывают выраженные вторичные половые признаки и достаточное развитие наружных и внутренних половых органов: растительность на лице (губы, подбородок) выражена хорошо, оволосение в подмышечных впадинах занимает всю их поверхность, оволосение в лобковой области распространяется на мошонку и внутреннюю поверхность верхней трети бедер; щитовидный хрящ хорошо заметен при глотательных движениях; тембр голоса низкий; половой член развит правильно, кожа мошонки пигментирована, морщинистая, яички нормальные по размеру, эластичные с четко ограниченными придатками, отчетливо прощупываются границы предстательной железы, срединная бороздка и доли, железа имеет эластичную консистенцию. Если перед экспертом ставится вопрос о способности освидетельствуемого к оплодотворению, производится исследование семенной жидкости. Заключение о достижении освидетельствуемым половой зрелости дается по совокупности признаков. При этом эксперт может прийти к заключению, что освидетельствуемый половой зрелости не достиг и половых актов совершать не может, либо половой зрелости не достиг, но половые акты совершать может, либо половой зрелости достиг полностью.

К ВОПРОСУ ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРИЗНАКА АМЮССА.

Каримов Р.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Судебная медицина как наука имеет раздел, посвященный механическим асфиксиям, которые достаточно изучены, но в то же время заслуженно трактуются как сложные в части дифференциальной диагностики и танатогенеза. Однако в ряде случаев, особенно при скоропостижной смерти лиц пожилого и старческого возраста в условиях неочевидности, диагностика механической асфиксии с «остро наступившей смертью» вызывает значительные трудности. Это объясняется тем, что

странгуляционная механическая асфиксия имеет ряд диагностически важных «видовых» признаков, но даже они, как показывают практика и научные исследования, настолько переменчивы и степень их выраженности настолько различна, что поставленный диагноз часто закономерно подвергается сомнению. Так, например, в случаях сдавления шеи мягкой широкой петлей странгуляционная борозда может быть крайне слабо выраженной или даже практически отсутствовать. Одним из так называемых «видовых» признаков механической странгуляционной асфиксии через повешение является давно и широко известный признак Амюсса, характеризующийся разрывом интимы сонных артерий ниже проекции странгуляционной борозды. Иногда при этом возникает кровоизлияние под адвентицию (признак Мартина). В этой связи нами была поставлена задача изучения данных аспектов проблемы. Для достижения поставленной цели нами были исследованы 53 трупа повешенных, из числа которых лица до 50 лет составляли 32 наблюдения и старше 50 лет – 21. Исследовались трупы только с типичным расположением на шее петли, изготовленной из жесткого или полужесткого материала, оставившей на шее выраженную странгуляционную борозду. Полученные результаты исследований сравнивались с приведенными в литературе данными других исследователей, которые, по нашему мнению, носили усредненный характер, так как в них не учитывался возраст погибших. Наши исследования показали, что у повешенных лиц пожилого возраста признак Амюсса встречался чаще, чем у молодых потерпевших, и диагностировался в 43 % и 25 % наблюдений соответственно. Кровоизлияния в серозной оболочке общих сонных артерий, сопровождавшиеся разрывом их интимы (симптом Мартина), нами не встретился ни в одном случае. Разрывы интимы носили единичный или множественный характер (до трех), как правило, были горизонтальными и поверхностными, причем с весьма незначительными окружающими их кровоизлияниями. Длина разрывов не превышала 4 мм. Гистологически в среднем слое стенки артериального сосуда обнаруживались изменения в виде истончения эластических и коллагеновых волокон и их огрубления. Таким образом, признак Амюсса чаще всего встречается у повешенных лиц старше 50 лет и его появление следует расценивать как результат закономерного снижения эластичности артерий и дисфункции эндотелия, обусловленных атеросклеротическим процессом, вследствие чего они значительно легче повреждаются при механическом воздействии.

**ДОРИВОР ОҚБОШ ЎСИМЛИГИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ
МИКРОБЛАРГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ**

Қодирова Д.Э.

Тошкент фармацевтика институти

Ўзбекистонда доривор ўсимликлар кенг тарқалган. Бугунги кунда аҳолини юқори самарали Ўзбекистонда ўсадиган маҳаллий доривор ўсимликлардан яратилган препаратлар билан таъминлаш замон талабидир.

Оқбош ўсимлиги – *Karelinia Lees*. Кўп йиллик ўт. Оқбош ўсимлиги асосан қандли диабет касаллигини даволашда қўлланилиши ўрганилиб келинмоқда.

Ишнинг мақсади: маҳаллий оқбош доривор ўсимлигидан тайёрланган курук экстрактнинг микробларга қарши фаоллигини ўрганиш.

Усуллар: тажрибада оқбош ўсимлигидан тайёрланган курук экстрактнинг микробларга қарши фаоллигини диско-диффузион усулидан фойдаланиб, зич озуқа муҳитида тест-культураларга нисбатан таъсири орқали аниқланди. Диско – диффузион усул қўйилиши осон, қулай. Бу усулдан фойдаланишда қуйидаги ҳолат эътиборга молик, дискдаги препарат концентрацияси стандарт белгиланган дозада бўлиши лозим. Агар диск таркибида препарат кўп бўлса, ўз навбатида диск атрофидаги катта диаметрада микроблар ўсмайди (ёлғон мусбат). Курук экстрактдан тайёрланган эритмаларни озуқа муҳитига қўйишда модификацияланган лункали методдан фойдаланилди. Тест культураларни зич озуқа муҳитига экиш газон методи орқали амалга оширилди. Изланишлар учун 18 соатли микроорганизмлар культурасидан фойдаланилди. Микроорганизмлар культураси зич озуқа муҳитига газон усули билан экилгандан сўнг, озуқа муҳити юзасига стерил пинцет ёрдамида текширилаётган курук экстракт эритмаси шимдирилган қоғоз дисклар маълум масофада қўйиб чиқилди. Экма 37°C да 18-24 соатга термостатга қўйилди. 1 суткадан сўнг дисклар атрофидаги “тиник” зона, яъни микроб ўсмаган соҳа диаметри ўлчанди. Бу диаметр 20 мм. дан катта бўлса бу препарат сезгир деб ҳисобланади.

Натижалар: оқ бош курук экстракти (40%ли) атрофида микроблар ўсмаган “тиник” зона диаметри тест культураларга нисбатан қуйидагича бўлди: *St. aereus* - 8; *St. epidermidis* – 6; *Str. pyogens* -8; *E.coli* (ЛП) – 8; *E.coli* (ЛН) – 6; *Pr. vulgaris* – 8; *Ps. aeruginosa* – 5.

Оқ бош ва топинамбур курук экстракти 1:1 нисбатида: *St. aereus* - 10; *St. epidermidis* –10; *Str. pyogens* -8; *Str. faecalis*-8; *E.coli* (ЛП) – 10; *E.coli* (ЛН) – 8; *Pr. vulgaris* – 10; *Ps. aeruginosa* – 6.

Хулоса: тадқиқот натижасида аниқландики оқбош курук экстрактининг 40 % эритмаси ҳамда оқбош ва топинамбур курук экстрактларининг 1:1 нисбатдаги аралашмаси олинган тест культураларга нисбатан суст микробларга қарши фаолликка эга.

ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА АХОЛИ ТИББИЙ МАДАНИЯТИНИНГ ЎРНИ

Кушаков Н., Хамрақулов Э., Абдуллаев С.
Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Бутун дунёда ўлимга олиб келувчи хасталиклар ичида инсулт касаллиги юрак ишемик касалликларидан кейинги иккинчи ўринда туради ва ногиронликка олиб келувчи асосий хасталик хисобланади. Барча инсултларнинг деярли ярми 65-70 ёшдан ошган кишиларда ривожланади.

1 йилда дунё бўйича 15 млн.дан ортиқ, Ўзбекистонда эса 60 минг атрофида инсулт хасталиги рўйхатга олинади. Бу касаллик ривожлангандан кейин уни даволашга жуда катта маблағ сарф қилинади. Тирик қолган бемор эса умрбод шол бўлиб қолиши мумкин. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг маълумотларига кўра, Ўзбекистонда инсулт касаллигидан ўлим кўрсаткичи 44,6%ни қўпол ногиронлик эса 42,2%ни ташкил этади. Фақатгина 10% атрофидаги беморлар аввалги меҳнат қобилиятини сақлаб қолишади. Бу рақамлар кишини беихтиёр кўрқувга солиши табиий, айниқса ёш ўтган сари одамни ўйлантиради.

Инсултнинг хавф омиллари икки гуруҳга бўлиб ўрганилади:

1) ўзгартириб бўлмайдиган омиллар: ёш, жинс, насл

2) ўзгартириб бўладиган хавф омиллари: чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, камҳаракатлилик, семизлик, асабийлашиш, қон босимининг ошиб юриши, қонда холестерин моддасининг кўпайиши, юрак-қон томир касалликлари, уйқу артериясининг торайиб қолиши.

Эслатиб ўтиш жоизки, бир одамнинг ўзида хатарли омиллар кўпайган сари, унда инсулт ривожланиш хавфи ҳам ошиб боради.

Инсулт касаллигини олдини олишнинг энг мақбул ва ишончли усули – бу аҳолининг тиббий билимларини ошириш хисобланади.

Агарда бирор кишида қуйидаги белгилар кузатилса: қўл ёки оёқда, баъзан тананинг бир томонида тўсатдан пайдо бўлувчи қувватсизлик; юзнинг ярмида ёки қўл-оёқларда бир томонлама сезги бузилишлари, увишишлар; бирдан пайдо бўлган юз асимметрияси; тўсатдан нутқ бузилишлари; қисқа вақтлик қарақлик, хуш бузилиш ҳолатлари; битта ёки иккала кўзда қисқа муддатли кўрлик юзага келиши; ўз-ўзидан кучли бош оғриғи безовта қилса.

Инсулт нафақат бемор учун, балки унинг яқинлари учун ҳам катта руҳий жароҳатдир. Тўсатдан рўй берган инсулт ҳаёт маромини издан чиқариб юборади. Касаллик ривожланган захоти бемор зудлик билан шифохонага ётқизилиши ва тиббий психологик ёрдам касалликнинг дастлабки соатлариданок бошланиши керак. Инсулт ривожлангандан сўнг 3-6 соат ичида кўрсатилган малакали тиббий ёрдам беморнинг тўла тузалиб кетиши, энди бошланаётган фалажликларни олдини олиш ва қолаверса беморнинг ҳаётини сақлаб қолишга кенг имкониятлар яратиб беради.

**ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА
БАКТЕРИАЛ ДИЗЕНТЕРИЯНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ
ТАҲЛИЛИ**

Матназарова Г.С., Казаков Ш.О., Казаков Б.О.

**Тошкент тиббиёт академияси,
Ташкент педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали**

Дизентерия типик антропоноз ичак инфекциясидир, касалликнинг асосий юқиш механизми фекал-орал механизми ҳисобланади. Дизентерия озик-овқат, сув ва маиший-мулоқот йўллари билан тарқалади.

ЖССТ маълумотларига биноан ҳар йили дунё бўйича дизентериядан 1 млн. киши нобуд бўлади, бунинг кўпроқ қисми тараққий қилаётган мамлакатларда кузатилади. Бизнинг мамлакатимизда ўткир ошқозон-ичак инфекциялари ичида ичбуруғлар асосий ўринни эгаллайди. XX аср охирларида ўткир ошқозон-ичак инфекцияларининг 25-30% ичбуруғга тўғри келар эди. Ҳозирги даврда ҳам этиологияси аниқланган ошқозон-ичак инфекциялари ичида ичбуруғларнинг улуши анчагина. Ичбуруғлар ҳозирги даврда, асосан, спорадик ҳолда (70-80%) ва қисман гуруҳли эпидемик авж олишлар шаклида учрамоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Қорақалпоғистон Республикасида бактериал дизентерия билан касалланишнинг ретроспектив эпидемиологик таҳлилини ўтказиш.

Тадқиқот материаллари ва текширув усуллари: Ушбу ишни бажаришда Қорақалпоғистон Республикаси ДСЭНМ нинг юқумли касалликлар билан касалланиш ҳисоботлари таҳлил қилиб чиқилди. Шунингдек, меъда-ичак тизими касалликлари аниқланган ҳамда хавfli тоифаларга мансуб шахсларнинг бактериологик текширув натижаларидан ҳам фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Дизентерия билан касалланиш ҳар хил ёшдаги ва ижтимоий гуруҳдаги аҳоли орасида турлича. Зонне ичбуруғи билан мактаб ёшигача бўлган болалар кўпроқ касалланишади. Касалланишнинг асосий қисми ясли ёшидаги, кичик боғча ёшидаги болаларга тўғри келади. Флекснер ичбуруғи 15 ёшдан катта кишиларда нисбатан кўпроқ учрайди. Беморларнинг ёш бўйича тақсимланиш кўрсаткичлари таҳлил этилганда куйидагилар маълум бўлди.

Беморлар таркибида 1 ёшгача бўлган болалар-145 (13,3%) ни ташкил этди. 1-3 ёшгача бўлган болалар-264 (24,2%) ни, 4-6 ёшдагилар-31 (2,9%) ни, 7-14 ёшдагилар эса 34 (3,2%) эканлиги аниқланди. Беморлар орасида 15-19 ёшдаги ўсмирлар-64 (5,9%), катталар эса 555 (50,7%) нафар эканлиги ҳам аниқланди.

Демак, Қорақалпоғистон Республикаси шароитида бактериал дизентерия билан асосан 1-3 ёшдаги болалар ва катталар касалланар эканлар. Беморларнинг ёши бўйича ўртача интенсив кўрсаткичи 16,2 ни ташкил этган.

**ОҚСИЛ ТАҚЧИЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БИЛАН БОҒЛИҚ
МУАММОЛАР**

Машарипов С. М., Уллиева Н.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Киши оқсил ёки оқсил синтези учун зарур аминокислоталарни етарли миқдорда қабул қилмаса организмда оқсил тақчиллиги юзага келади. Протеинлар етишмовчилиги қатъий вегитерианчилар, нотўғри овқатланиб, катта ёқламали жисмоний иш қиладиганлар учун одатий ҳол бўлади. Организмда оқсил етишмаслиги унинг барча аъзо ва тўқималарида кузатиладиган салбий оқибатларга олиб келади. Организм оқсил билан етарли даражада таъминланмаса, болаларда ўсиш ва ривожланишни сустлашиши, катталарда ички секретсия безлари фаолияти бузилиши, жигардаги салбий ўзгаришлар, гормонал фондаги ўзгаришлар, ферментлар ишлаб чиқишнинг бузилиши ва унинг натижасида озик моддалар кўпгина микроЭлЕментлар, организм учун зарур ёғлар ва витаминларни ўзлаштирилишидаги бузилишлар юзага келади. Бундан ташқари оқсил тақчиллиги, хотиранинг сустлашиши, иш қобилиятининг пасайиши, антителалар ҳосил бўлишининг камайишидан иммунитетнинг кучсизланиши ва авитаминозга олиб келади. Оқсилни кам истеъмол қилиниши юрак ва нафас олиш тизимида салбий ўзгаришлар ва мускул массасининг камайишига олиб келади.

Оқсилга бўлган бир суткалик талаб 1 килограмм тана массасига нисбатан аёлларда 1.3 гр, экакларда эса 1.5 гр ни ташкил қилиши лозимдир. Маълум юқламали жисмоний иш бажариш, жисмоний машқлар ва спорт билан шуғулланишда овқат рационидаги оқсил миқдори кишининг тана массасига кўра ҳар бир килограммига 2.5 грамгача оширилиши керак. Бунда оқсилларнинг организм томонидан ўзлаштирилишини ҳам эътиборга олган ҳолда рационга нисбатан енгил ўзлаштириладиган оқсилларга бой махсулотлар сут ва сут махсулотлари, тухум, гўшт, махсус тайёрланган аминокислотали аралашмалар киритилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

ЁШ БОЛАЛАР ОВҚАТЛАНИШИ ЎЗИГА ХОС ҲУСУСИЯТИ

Машарипов С. М., Ул리에ва Н.Ю.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ёш болалар овқатланиши бир катор ўзига хосликлари билан ажралиб туради. Ўсувчи организм тахминан 3 хафталик бўлганидан бошлаб овқатига ёғлар кўшилишига мослашиб бошлайди. Бу ёғлар турли кўринишда бўлиши мумкин: балиқ мойи, ўсимлик мойи, сут ёғи ва хоказолар. Бир яшар бола организмда ёғлар алманишувини ўрганиш бўйича олиб борилган тадқиқотларни кўрсатишича, улар организмда тўйинмаган ёғ кислоталарига бой ёғлар (балиқ ёғи, ўсимлик мойлари) сизир сутига нисбатан яхшироқ ўзлаштирилади.

Шунга кўра болалар рационини тузишда таркибига тўйинмаган ёғ кислоталарига бой ёғлардан фойдаланишга кўпроқ эътибор бериш

мақсадга мувофиқ бўлади. Лекин шуниси ҳам муҳимки ўсимлик(ёки балиқ) мойининг кичик ёшдаги болаларнинг кунлик рациондаги миқдори умумий ёғларнинг 10% дан ошмаслиги лозим.

Шуни таъкидлаш лозимки, ёш болаларнинг организми ўсувчи организм бўлиб, уларнинг асосий озиқ моддаларга, витаминлар ва маъданли моддаларга бўлган талаби бир мунча юқорилиги билан ажралиб туради. Зеро, уларнинг организмида моддалар алмашинуви кучли, уларда хужайраларнинг бўлиниб кўпайиш жараёни жуда жадаллик билан боради. Хуллас, уларни ўсиши ва ривожланишида катта одамларга нисбатан озиқ моддаларга бўлган талаби юқори бўлади. Боғча болаларининг овқаталанишида биринчи навбатда эътибор қаратиш керак бўлган нарса уларнинг ўсувчанлигидир. Болаларнинг истеъмол таомларига бўлган талаби ўсиш нуқтаи назардан таъминланиши керак. Масалан, 3-7 ёшли болалар учун кунлик оқсилларга бўлган талаб меъёри 60 г, ёғга -60 г, карбон сувларга эса 240 граммни ташкил қилади. Ана шу айтиб ўтилган озиқ моддаларни бу миқдордан кам ёки кўп истеъмол қилиш нормал ўсиб ривожланиш жараёнига салбий таъсир этиши мумкин. Озиқ моддаларни кўп ёки ортиқча истеъмол қилиш бир томондан бу моддалар организмга зарарли, ҳатто захар моддаларга айланишига ва иккинчи томондан семизликка олиб келади.

Бу борада айниқса оқсилларни ўрни муҳим. Кўпчилик тадқиқотлар оқсиллар етишмаслиги ўсишдан жуда орқада қолишга, ақлий ва жисмоний жиҳатдан суст ривожланишга олиб келади. Шу билан бирга турли оқсилларнинг рацион таркибида етишмаслиги ҳар хил нохуш касалликларга олиб келади. Ёш организмнинг касалликларга чидамлилигини, иммунитетини кучсизлантириб юборади.

ПОЛИМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ

Машарипов С., Ибрагимова З.

Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

В медицине применяются изготовленные из синтетических полимеров искусственные суставы, сосуды и т.п., полностью заменяющие настоящие. Часто они изготавливаются из материалов на основе ВМС (полимеров) - пластмасс. При нагревании им можно придавать различную форму. На этом свойстве основано производство разнообразных изделий из них. Как правило, пластмассасмесь нескольких веществ; полимерлишь одно из них, носамое важное. Он связывает остальные компоненты в единую, более или менее однородную массу, поэтому полимер часто называютсвязующим. Первоначально пластмассы получали на основе природных полимеров - производных целлюлозы, каучука, молочного белкаказеина и др.; потом в качестве связующих стали применять и синтетические полимеры - фенолформальдегидные смолы, полиакрилаты, полиэфиры и др. Общее для всех пластмассов то, что

вовремя формирования изделий их полимеросвязующее находится в вязкотекучем состоянии, а при эксплуатации в стеклообразном или кристаллическом.

На начальных стадиях формования изделия из пластмассы молекулы полимера практически всегда имеют линейную или разветвленную структуру. Если эта структура сохраняется и после формования, пластмасса может многократно при нагревании возвращаться в вязкотекучее состояние. Материалы, обладающие этим свойством, называют термопластичными (термопластами). К их числу относятся такие известные пластики, как полиэтилен, полистирол, полиамиды и поликарбонаты. Если же в процессе формования изделия происходит сшивка макромолекул и полимер, твердея, приобретает сетчатое строение, то такую пластмассу уже нельзя вернуть в вязкотекучее состояние нагреванием или растворением. Эти пластмассы называются термореактивными (реактопластами). Среди них пластики на основе фенолформальдегидных, алкидных, эпоксидных смол. Изделия из пластмасс очень легкие (имеют малую плотность), большинство пластмасс почти не проводят электрического тока и тепла, многие устойчивы к коррозии в агрессивных средах, некоторые не теряют своих прочностных свойств даже при значительном изменении температуры. Из пластических масс можно получать при помощи формования изделия разнообразной конфигурации, заменять ими металлические детали. Поэтому пластмассы находят очень широкое применение во многих областях человеческой деятельности. Применяются они в строительстве и радиоэлектронике, машиностроении и производстве бытовых изделий. В медицине применяются изготовленные из синтетических полимеров искусственные суставы, сосуды, шприцы и т.д. полностью заменяющие настоящие.

СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ МИРА

**Маьмуров С.А., Юсупова Д.Б.
Маргиланский медицинский колледж**

Возрастно-половой состав населения представляет соотношение возрастно-половых групп. В зависимости от репродуктивной способности людей выделяют поколение детей - до 15 лет, поколение родителей - 16-49 лет, поколение прародителей - 50 лет и старше. Чаще используется классификация по способности населения к труду. По ней выделяются группы населения младше трудоспособного (до рабочего) возраста - 0-14 лет, трудоспособного (рабочего) - 15-59 лет (в некоторых странах 15-64-65 лет) и старше трудоспособного (после рабочего) возраста - 60 или 65 лет и старше. При анализе возрастного состава населения принято выделять три основные возрастные группы: дети (0-14 лет); взрослые (15-64 года);

пожилые (65 лет и старше).

Возрастная структура в странах с различным типом воспроизводства населения имеет свои особенности. В странах с первым типом воспроизводства доля детей не превышает 22-25%, тогда как доля людей пожилого возраста составляет 15-20% и имеет тенденцию к увеличению в связи с общим "старением" населения в этих странах. В странах со вторым типом воспроизводства населения доля детей достаточно высока. В среднем она составляет 40-45%, а в отдельных странах уже превышает 50% (Кения, Ливия, Ботсвана). Доля пожилого населения в этих странах не превышает 5-6%. В мире к экономически активному относится около 45% всего населения, причем в странах Европы, Северной Америки, России этот показатель составляет 48-50%, а в странах Азии, Африки, Латинской Америки - 35-40%. Соотношение между трудоспособной частью населения и неработающими называется демографической нагрузкой. Демографическая нагрузка в мире составляет в среднем 70% (то есть 70 неработающих на 100 трудоспособных), в развитых странах - 45-50%, в развивающихся - до 100%.

Половой состав населения мира характеризуется преобладанием мужчин. Численность мужчин на 20-30 млн. превышает численность женщин. В среднем на 100 девочек рождается 104-107 мальчиков. Однако различия по странам мира достаточно существенны. Преобладание мужчин характерно для большинства стран Азии. Особенно велик перевес мужчин в Южной и Юго-Восточной Азии (Китай, Индия, Пакистан), а также в арабо-мусульманских странах Юго-Западной Азии и Северной Африки. Примерно равное соотношение мужчин и женщин характерно для большинства стран Африки и Латинской Америки. Преобладание женщин имеет место примерно в половине всех стран мира. Наиболее ярко оно проявляется в Европе, что связано с большей продолжительностью жизни женщин в этих странах, а также большими потерями мужского населения в периоды мировых войн.

ОИВ/ОИТС XXI АСР МУАММОЛАРДАН БИРИДИР
Мелиқўзиев О.Э., Тешабоев А.М., Расулов Ш.М., Рустамов И.Х.
Тошкент давлат стоматология институти

Бутун дунё бўйича тарқалиши давом этаётган ОИВ/ОИТС инфекцияси хозирги кунда замонамизнинг энг жиддий, долзарб муаммосига айланди. ОИВ – инфекциясининг пандемияси инсоният тарихида XX аср охиридаги энг йирик фожеасидир. Бу касалликдан нобуд бўлганларнинг сони, касалланишнинг жамиятга келтирган иқтисодий зарари бўйича мутахассислар уни “иккита жаҳон уруши билан бир қаторга қўйиш мумкин” деб ҳисоблайдилар. Лекин ОИВ – инфекцияси аҳоли орасига сездирмасдан кириб келиши ва тезда қамраб олиши билан жаҳон урушларидан фарқ қилади

ЮНЭЙДС томонидан 2015 – йилда берилган маълумотларга кўра, дунё бўйича ОИВ – инфекцияси билан бир кунда 7 мингга яқин, ҳар соатда эса 300 дан ортиқ киши касалланиши, эпидемия бошлангандан буён шу кунга қадар касалланганларнинг кумулятив сони 75 миллионни шундан ОИВ билан яшаётганларнинг сони 35 млн.ни, ОИТС дан ўлганлар сони 40 млн. ни ташкил этганлиги аниқланган.

Маълумки, ОИВ – инфекцияси ва унинг оқибатлари инсоният учун фалокат ҳисобланиб, жиддий хавф солувчи омиллар гуруҳига киради. Хавфли томони шундаки, касаллик билан асосан ёшлар 19 – 45 ёшгача бўлган аҳоли касалланмоқда, бу ёшдаги аҳоли ҳар бир мамлакатнинг ривожланиши, ижтимоий – иқтисодий барқарорлигини таъминловчи асосий кучдир. Ҳозирги кунда ОИВ/ОИТС инфекцияси билан касалланганларнинг 2/3 қисми Африка давлатларига тўғри келади. Олинган маълумотларга кўра ОИВ инфекцияси Россия, Украина, Белоруссия, Қозоғистон ва Тожикистон мамлакатларида касалланиш кўпайганлиги қайд этилган.

ОИВ инфекцияси ҳақида умумий тушунчалар қуйидагилардан иборат. ОИВ – Одам организмидаги Иммуниетет Танқислигини келтириб чиқарувчи вирус. Асосан одамнинг иммуниетет (ҳимоя) тизимига таъсир қилади. ОИТС – Ортирилган Иммуниетет Танқислиги Синдроми. У ОИВ инфекциясининг якуний босқичи ҳисобланади.

ОИВ инфекция ва ОИТСнинг бир-биридан фарқи.

ОИВ-инфекцияси – инсон организмида вирус бор бўлиб, аммо касаллик аломатлари ҳали намоён бўлмаган давр. Бу даврда инсон вирус ташувчи ҳисобланади.

ОИТС – касалликнинг сўнги босқичи. Бу даврда инсон организми ҳар қандай касалликка бардош бериш хусусиятини йўқотади.

Инфекция юққан дастлабки даврларда одам ўзини соғлом ҳис этиши мумкин. Бундай ҳолат ҳеч қандай аломотларсиз 8-10 йилгача чўзилиши мумкин. Бу даврда одам соғломдек кўринса ҳам, ўзи билмаган ҳолда, касаллик вирусини бошқаларга юқтириш хавфи юқори.

Аммо, касаллик қандай кечишидан қатъий назар, доимо ОИВ инфекцияси даври ОИТС даврига албатта ўтади.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОГО ТИФА В УЗБЕКИСТАНЕ

Миртазаев О.М., Ибадуллаева С.С.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Брюшной тиф остается острой проблемой в инфекционной патологии. Несмотря на значительные достижения в борьбе с брюшным тифом, уровень заболеваемости остается сравнительно высоким в большинстве стран Средней Азии и Юго-Восточной Азии. В мире ежегодно регистрируется 12-33 млн. больных брюшным тифом.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости брюшным тифом выполнен по данным официальных статистических отчетов и справочных материалов Республиканской, областных и районных ЦГСЭН за 2000-2015 гг.

В работе нашли применение эпидемиологические и статистические методы исследования.

Результаты. Анализ динамики заболеваемости брюшным тифом показывает, что в течение 2000-2015 гг. она ежегодно снижалась со средним темпом. Общий темп сокращения заболеваемости составлял 17,71%.

Уровни и динамика распространения брюшного тифа среди жителей городов и сельских населенных мест была неодинаковы. В течение изучаемого периода заболеваемость сельского населения в 1,5 раза выше, чем городского. В последние годы произошло сближение кривых, что связано со сравнительно интенсивным процессом снижения заболеваемости на селе.

Отмеченные особенности связана, с одной стороны, с различиями в факторах и условиях реализации эпидемического процесса в социально отличающихся группах населения, с другой – известным вниманием в последние годы здравоохранения Республики к проблемам организации профилактических и противоэпидемических мероприятий среди сельских жителей. Имеет место не одинаковое поражение этой инфекцией различных возрастных групп населения.

При анализе сезонности прослеживается определенная связь между возможностями реализации ведущих факторов передачи и временем года.

Выводы. Анализ научной литературы и результаты проведенного ретроспективного эпидемиологического анализа позволяет сделать следующие заключения:

-за изучаемый период показатели заболеваемости брюшным тифом в Узбекистане имеют тенденции к снижению;

-преимущественной заболеваемостью подростков (15-19 лет) и лиц молодого возраста (20-39 лет) особенно среди жителей сельских населенных пунктов;

-доминирующей ролью сезонных факторов в возникновении заболеваний.

ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Охирги 10 йил ичида бутун дунёда 100 га яқин дориларга чидамли бўлган сил қўзғатувчиси билан зарарланганлар сони 5-4% ортган. Сил

касаллиги эпидемиологиясида, касалликнинг тарқалиш жараёни, сурункали кечиши, одам организмида ушбу хасталикка нисбатан иммунобиологик ҳолатнинг ўзгарувчанлиги, шунингдек жамиятнинг ижтимоий ҳолати, аҳолининг иқтисодий, яшаш ва маиший шарт-шароитлари муҳим аҳамиятга эга.

Сил кўзгатувчисининг: монорезистент, мультirezистент, полирезистент дориларга чидамлик хусусияти кенг бўлган турлари фарқланмоқда. Шулардан мультirezистентлик хусусиятига эга бўлган турини назорат қилиш қийинлик туғдирмоқда.

Силнинг мультirezистентли турлари барча давлатларда кенг тарқалган, шу жумладан Ўзбекистонда ва Қорақалпоғистон Республикасидадориларга чидамли бўлган сил кўзгатувчиси билан зарарланганлар сони ортиб бораётганлиги аниқланган. 2011 йилдан 2014 йилгача бўлган давр мобайнида дориларга чидамли сил касаллиги 2 млндан ошганлиги қайд этилган.

Сил беморларининг 30% бактерия чиқарувчилар бўлиб, улар узок муддат давомида даволашни талаб қилмоқда ва эпидемиологик жиҳатдан энг хавфли ҳисобланади. Узок муддат касал бўлганларнинг ҳар беш нафаридан бири сил касаллиги оқибатида ногирон бўлиб қолмоқда.

Сил касалликларининг тарқалиши ва даволашни назорат қилиш етарлича эмаслиги сил касалликларининг кўпайишига олиб келмоқда. Ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудларида сил билан касалланиш 2014-2016 йилларда Шимолий ҳудудларда 1,8%, Шимолий-Ғарбий ҳудудларда 6,5%, Марказий ҳудудларда 26%, Жанубий ҳудудларда 1,9% аниқланган. Сил билан касалланиш кўрсаткичи энг юқори Шимолий-Ғарбий ва Марказий ҳудуд туман ва шаҳарларида учраган. Жанубий ҳудуд туманларида сил билан касалланиш кўрсаткичлари икки марта паст учраши кузатилган.

Шундай қилиб, Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон Республикасида сил билан касалланиш кўрсаткичлари юқори даражаларда сақланиб қолмоқда, бу эса ўз навбатида сил касаллигининг эпидемик тус олиши эҳтимолига олиб келишимумкинлигивасилгақаршичоратадбирлартизиминитакомилаштириш зарурлигини талаб қилади. Шунинг учун сил тарқалишига сабаб бўлган хавфли омилларни ўз вақтида аниқлаш ва эпидемиологик ҳолатни тўлиқ баҳолаш мақсадида ушбуҳудудларда сил билан касалланиш ҳолатларини тўлиқ ва чуқурроқ ўрганиш бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилиши кераклиги талаб этилмоқда.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Ниманова Ш.О.

Ферганский медицинский колледж

В мире средняя продолжительность жизни при рождении составляет 71,0 год (68,5 лет для мужчин и 73,5 года для женщин) в течении 2010-2013 годов в соответствии с данными ООН или 70,7 года (68,2 года для мужчин и 73,2 года для женщин).

Страной с наибольшей общей продолжительностью жизни является Япония - 84.6 года, далее Андорра - 84.2 года и Сингапур - 84 года. Среди мужчин наибольшая средняя (ожидаемая) продолжительность жизни в трех странах: Сингапур, Гон-Конг и Сан-Марино - 82 года. Россия в списке среди мужчин на 135 позиции с показателем 62 года. Среди женщин наибольшая средняя (ожидаемая) продолжительность жизни в Андорре - 87,6 лет, далее Япония - 87,3 года и Сингапур - 87 лет. Россия в списке среди женщин на 104 позиции с показателем 76,3 года.

Во многих странах с низкой продолжительностью жизни, а именно в Свазиленде, Анголе, Лесото, Ботсване, Зимбабве, ЮАР, Намибии, Замбии, Малави, Центральноафриканской республике, Мозамбике и Гвинее-Бисау, Сьерра-Лоне чрезвычайно высоко количество ВИЧ-инфицированных. Доля инфицированных среди взрослого населения этих стран составляет от 10 % до 26 %^[1]. В странах с высокой младенческой смертностью, ожидаемая продолжительность жизни новорожденных ниже, и может неадекватно отражать ожидаемую продолжительность жизни для детей старше года.

По оценке Статкомитета СНГ, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в среднем по СНГ составляет около 72 лет, что на 1,5 года больше, чем в целом по миру (70,48 в 2010-2015 годы по оценке ООН). Значение ожидаемой при рождении продолжительности жизни варьируется от 63 лет в Туркмении (по оценке за 2011 год) до 75 лет в Армении. Во всех странах, кроме Туркмении, оно превышает 70 лет, но уже в 33 странах мира значение показателя превышало 80 лет по оценкам ООН за 2010-2015 годы. В целом по миру ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин на 4,5 года ниже, чем для женщин (68,28 против 72,74 года). Во многих странах СНГ эта разница заметно выше.

В Азербайджане, Армении, Казахстане, Киргизии и Молдавии ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении на 5-8 лет ниже, чем для женщин (что соответствует значениям показателя по большинству стран мира). В Таджикистане и Узбекистане превышение продолжительности жизни женщин не достигает 5 лет, а в Белоруссии, России и на Украине составляет от 10 до 11 лет (в предшествующие годы оно достигало 13 лет, что выше, чем в каких-либо других странах мира).

АНАЛИЗ ОБЩЕМИРОВОЙ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Ниманова Ш.О.

Ферганский медицинский колледж

Показатель смертности - отношение числа умерших к общему числу населения. Особо выделяют детскую смертность. На смертность в первую очередь влияет уровень развития системы здравоохранения, уровень благосостояния населения, возрастная структура жителей.

В настоящее время самый низкий общий показатель смертности в ОАЭ, Катаре, Кувейте (~2 ‰ в год), где чрезвычайно молодое население, очень высокий удельный вес в населении трудовых мигрантов, высокий уровень здравоохранения, предельно низкий уровень потребления алкоголя и очень высокий уровень ВВП на душу населения.

Самый большой показатель (более 25 ‰ в год) - в Свазиленде, Ботсване, Лесото, то есть в странах с эпидемией ВИЧ и сравнительно невысоким уровнем жизни.

По статистике ВОЗ, средняя продолжительность жизни человека составляет 71 год, при этом практически во всех странах мира женщины стабильно живут дольше мужчин: 73 года против 68 лет. Интересно, что данный «разрыв» в смертности между полами стал проявляться лишь с рубежа XIX-XX вв., когда падение смертности женщин стало опережать мужское. Статистика по XX в. показывает, что мужчины гораздо чаще умирают от проблем с сосудами и сердцем, чем женщины, причем этот разрыв постоянно растет. Коэффициенты младенческой смертности: Самый большой - Ангола - 180 ‰, Сьерра-Леоне - 154 ‰, Афганистан - 151 ‰, Либерия - 138 ‰. Самый маленький - Сингапур - 2,31 ‰.

Коэффициентом младенческой смертности измеряется уровень смертности детей в возрасте до 1 года. Младенческая смертность - от 0 до 1 года; детская - от 1 года до 15 лет. Коэффициент младенческой смертности выделяется среди других показателей смертности как своей величиной (вероятность смерти на первом году жизни примерно такая же, как и у людей, достигших 55 лет), так и методами расчета, и своим социальным значением. Наряду с другими показателями коэффициент младенческой смертности служит важной характеристикой условий жизни и культурного уровня населения. Различают следующие исторические типы смертности архаичный, экзогенный - очень высокая смертность в основном результате внешних причин: эпидемии, катастрофы, голод, несчастные случаи и т. д. Продолжительность жизни 20-22 года. Коэффициент младенческой смертности – 300 -350 ‰.

Традиционный - характерен для обществ традиционного уклада, вплоть до XIX - начала XX века. Доминируют экзогенные факторы смертности. Увеличился социальный контроль над смертностью - развитие медицины. Увеличение продолжительности жизни до 30-35 лет.

WHAT ARE THE RISKS OF ANTIBIOTICS IN MILK

Normatova Sh.A., Botirov M.T.

Fergana branch of Tashkent medical Academy

In the meat and dairy industries apply the tetracycline antibiotics because these drugs are cheap and highly effective. According to the EU, more than 50% of cases used antibiotics tetracycline. But recall that only in industry use about 70 variants of antibiotics.

As for tetracycline, it is not excreted from the body completely. Accumulate in bone tissue, it can disrupt its formation, is especially dangerous for children because they may slow down growth. In adults, regular intake of tetracycline leads to tooth decay.

Here is the paradox: drink milk for good for teeth and bones of calcium, and get a completely opposite result.

Control over fulfillment of requirements is allowed in food groups of antibiotics is poor. On farms the quality of milk is not checked, analysis is performed only at the factory where the milk is brought for processing. Can check daily each batch, for example, every 10 days. Check consumer oversight cannot be conducted more than once every 5 years. And besides, the experts can not just turn up. By law, they are required to notify their visit. That is, entrepreneurs always have time to prepare. The check is carried out for the main groups of antibiotics, but the content of all other will be checked only if the manufacturer himself declares that they were used. Today I don't know how much antibiotics we consume with milk - such statistics is not conducted. But what they milk in there, though, and the minimum is for sure.

It is important to know how to choose the most secure product supply. Yes, totally to protect yourself from antibiotics in the food we can't. But there are still a few tips on how to try to avoid them:

1. Select major trusted manufacturers that have proven themselves in the market: they value their reputation, so there's a chance that the content of antibiotics in products in the normal range.
2. Try not to buy raw milk "with hands". Today farm the milk came into Vogue and became affordable for everyone. More people that offer supposedly healthy and natural milk. In fact, it can be antibiotics and different dangerous microorganisms. The markets sell "fresh" – it could be the milk that farmers just did not buy the processors at the plant, because he has worse quality.
3. Try to choose fortified functional dairy products. It's regular milk but with the addition of prebiotics, vitamins, mineral macro - and microelements, which provide better assimilation of milk components. Requirements for such products more rigid, therefore less likely content of antibiotics.

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОРГАНИЗМА
КОНТАМИНАНТАМИ ХИМИЧЕСКОЙ И
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ**

Нуралиев Н.А., Носирова А.Р.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз.

Целью было разработать иммунологический биомаркер для определения степени загрязнения организма контаминантами химической и биологической природы, поступающих с пищевыми продуктами, полученными по новым технологиям.

Для проведения исследований применяли белые беспородные мыши весом 20-25 грамм, которых разделили на опытную (n=12) и контрольную (n=6) группы. Пищевой продукт полученный по новым технологиям вводили внутривентрикулярно в течение 3 суток 1 раз в день, на 4 сутки мышам иммунизировали эритроцитами барана однократно внутривентрикулярно в дозе 2×10^8 клеток и на 5 сутки определяли количество антителобразующих клеток селезенки (АОКС) и ядродержащие клетки селезенки (ЯСКС).

АОКС определяли с помощью прямого метода локального гемолиза на агарозе по Jerne N. и Nordin A. (1963), на 5-сутки после иммунизации эритроцитами барана. Количественное содержание ЯСКС подсчитали с помощью камеры Горяева на суспензии селезенки, выделенных после умерщвления мышей.

На основании исследований для оценки рисков нарушения здоровья предложен иммунологический биологический маркер эффекта для определения загрязнения организма контаминантами химической и биологической природы, поступающих с пищевыми продуктами, полученными по новым технологиям - индекс иммуностропности (ИИТ), который позволяет определить степень влияния изучаемого нового продукта на иммунологические показатели (АОКС или ЯСКС, $\times 10^5$ клеток) белых беспородных мышей в эксперименте.

Расчет ИИТ проводится по следующей формуле:

$$\text{ИИТ} = (B - A / A) \times 100, \text{ где}$$

ИИТ - индекс иммуностропности; А - количество АОКС или ЯСКС селезенки мышей, принимавшие новый продукт в максимальном количестве, В - количество АОКС или ЯСКС селезенки мышей не принимавшие новый продукт, 100 - поправочный коэффициент.

Установлено, что при ИИТ:

101 единиц и выше - сильное иммуностропное влияние;

1-100 единиц - слабое иммуностропное влияние;

-100- 0 единиц - нет иммуностропного влияния.

Таким образом, предложенный индекс иммуностропности рекомендуется как биологический маркер эффекта для определения загрязнения организма контаминантами химической и биологической природы поступающих с пищевыми продуктами, полученными по новым технологиям.

ГЕН-МОДИФИКАЦИЯ ЛАНГАН МАҲСУЛОТНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАЪСИРИНИ ТАЖРИБАДА ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Нуралиев Н.А.

ЎЗР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ

Илмий иш мақсади янги технологиялар асосида олинган ўсимлик табиатли ген-модификацияланган озиқ овқат маҳсулотининг организмга таъсирини ўрганиш услубиятини ишлаб чиқиш ва натижаларга баҳо бериш.

Тажрибавий тадқиқотлар оқ зотсиз каламушларда ($n=110$) ўтказилди. Унда ген-модификацияланган (ГМ) маҳсулот - 24-сон соя унининг (кунига ҳар каламушга 0,02-0,03 г дан 30 кун) организмга мутаген, эмбриотоксик, канцероген таъсири ўрганилди. Бундан ташқари гематологик, биокимёвий, макроскопик, гистологик тадқиқотлар ҳам ўтказилди.

ГМ-маҳсулотнинг мутаген таъсири тажриба гуруҳидаги урғочи каламушлар бачадонида тўқ рангли гомоген таначалар (ўлик эмбрионлар) борлиги, эркак каламушларда имплантациядан кейин эмбрионлар ўлимини чақирувчи жинсий ҳужайраларда доминант леталлар мавжудлиги билан тавсифланди. Тажриба гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан фарқли хусусиятлар - хомиладорликнинг кеч юзага келиши, туғруқнинг нисбатан узокроқ муддат давом этиши аниқланди. Тажриба гуруҳидаги урғочи каламушларда эмбрионнинг “ноқулай” сақланиши кўрсаткичи - уруғланган хомиладор урғочи ҳайвонларда ўлим кўрсаткичи аниқланди. Агар 1 гуруҳда (назорат) уруғланган урғочи каламушлар ўлими кузатилмаган бўлса, 2 гуруҳда (назорат-тажриба) ўлим 60,0% ни, 3 гуруҳда (тажриба-назорат) 100,0% ни ва 4 гуруҳда (тажриба) 66,7% ни ташкил этди. Тажриба гуруҳида фертил урғочилар фоизи (16,7-50% гача) назорат гуруҳи урғочиларига (0%) нисбатан кўпайгани аниқланди. ГМ-маҳсулотнинг эмбриотоксик таъсири жинсий кўшилишдан сўнг тажриба гуруҳида фертил урғочилар микдорининг назорат кўрсаткичларига нисбатан ишонарли ошиши билан тавсифланди. Тўққан урғочилар кўрсаткичи назорат гуруҳида тажриба гуруҳига нисбатан 3,4 барабар кўп бўлди. 24-сон соя унининг эмбриотоксик таъсири янги туғилган каламушчаларда улар физиологик ривожланиши асосий кўрсаткичлари бўйича аниқланмади, барча параметрлар амалий жиҳатдан бир хил бўлди.

Лаборатория ҳайвонлари жонсизлантирилиб, улар аъзолари (юрак, ўпка, жигар, талоқ, ингичка ичак, йўғон ичак, урғочи ва эркакларнинг жинсий аъзолари) макроскопик тадқиқ этилганда уларда ўсмасимон ҳосилалар кузатилмади. Бу лаборатория ҳайвонларининг биринчи авлодида 24-сон соя унининг (ГМ-маҳсулот) канцероген таъсири йўқлигини кўрсатади.

Лаборатория ҳайвонлари ички аъзолари ҳолатини қиёсий ўрганиш натижалари жигар ва талоқда патологик ҳолатлар борлигини кўрсатди, юрак ва ўпка ўзгаришсиз бўлгани ҳолда, ингичка ва йўғон ичакда кўринарли ўзгаришлар аниқланди, аммо натижалар ишонарли бўлмади. Демак, 24-сон соя уни (ГМ-маҳсулот) тажриба ҳайвонларининг жигари ва

талоғига салбий таъсир кўрсатади. Ушбу маълумотлар асосида “жигар катталашуви” кўрсаткичини саломатлик бузилиши хавфини баҳолаш учун самара биологик маркёри сифатида қўллаш тавсия этилади.

Тажриба гуруҳи хайвонлари қонида биокимёвий кўрсаткичлар дисбаланси кузатилди. Бу назорат гуруҳига нисбатан умумий оқсил, эркин билирубиннинг кўпайиши, боғланган билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино ва глюкозанинг ишонарли камайиши билан тавсифланди. Бу тажриба хайвонлари организми гепато-билиар тизимида зўриқиш борлигини кўрсатади.

Гематологик кўрсаткичлар тажриба гуруҳида гемоглобин пасайганини ва лейкоцитлар миқдорининг ишонарли камайганини кўрсатди. Бу организм ҳимоя омилларининг пасайганидан далолат. Қонда токсик элементлар (эритроцитларда Жолли таначалари ва лейкоцитларнинг токсик донаторлиги) хайвонлар организмда патологик жараён мавжудлиги ва жигар антитоксик хусусиятининг пасайганини кўрсатади.

Шундай қилиб, ГМ-маҳсулотнинг салбий мутаген, эмбриотоксиква гонадотоксик таъсири аниқлангани ҳолда, канцероген таъсири кузатилмади, шунингдек, жигар ва талокда салбий ўзгаришлар борлиги исботланган ҳолда, биокимёвий ва гематологик кўрсаткичларда ҳам дисбаланс борлиги эътиборни жалб қиладиган ҳолат.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

Нуралиев Ф.Н.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Целью было изучение этиологической структуры кандидозной инфекции у человека и оценка степени чувствительности к антимикотическим препаратам.

Для выполнения поставленной цели были изучены 184 больных кандидозными инфекциями и 73 штамма *Candida spp.*

Установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* в основном являются представителями нормальной микрофлоры различных биотопов организма человека и только в определенных условиях вызывают инфекции разных частей организма.

Candida spp. насчитывает более 80 видов, степень патогенности которых широко варьирует от не патогенных штаммов до условно-патогенных и патогенных. Выявлено, что для человека патогенны *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.pseudotropicalis*, *C.krusei*, *C.panacrusei* и *C.guilliermondi*.

Candida spp. кроме сапрофитирования в окружающей среде на субстратах живой и неживой природы (чаще на богатых сахарами фруктах и овощах), довольно часто выделяются с поверхности кожных покровов и слизистых оболочек человека. Полученные данные показывают, что у

здоровых кандиданосительство достигает 5%, а у лиц с воспалительными процессами слизистых оболочек 53,2%. Грибы *Candida* также были обнаружены на коже у 5-20%, в ногтях у 50%, в полости рта у 16-37%, в носовой полости у 1%, в мокроте у 70%, в дуоденальном содержимом у 10-65%, в кишечнике у 15-20%, в ушных каналах у 10-65%, в моче у 0-78% обследованных здоровых и больных лиц.

Микологическими исследованиями установлено, что вирулентность *Candidaspp* снижается под влиянием разных факторов, может повышаться при пассажах через лабораторных животных, на средах с экстрактами из органов человека с добавлением некоторых химических агентов.

В патогенезе кандидозной инфекции решающее место занимают не столько патогенность *Candidaspp*, сколько состояние иммунной системы человека.

Проведенными исследованиями по изучению степени чувствительности *Candidaspp* к антимикотическим препаратам установлено, что наибольшая чувствительность выявляется к нитроксолину, леворину, цитеалу, генцианвиолету и бриллиантовому зеленому (0% резистентных штаммов), амфотерицину В (6,3%), кетоконазолу (6,3%), нистатину (9,4%). Умеренная чувствительность отмечена к метиловой сини (18,8%), клотримазолу (37,5%), флюконазолу (43,8%) и орингалу (46,9% резистентных штаммов).

Таким образом, кандидозная инфекция, этиологическими агентами которых являются *Candidaspp*, развивается в основном у лиц со вторичным иммунодефицитом, кроме того проявляет различную чувствительность к антимикотическим препаратам, применяемых в практике здравоохранения.

О СТЕПЕНИ МИКРОБНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ

Нуралиева Х.О., Нуралиев Ф.Н.

**Ташкентский фармацевтический институт,
Ташкентская медицинская академия**

Целью исследования было изучение степени микробной загрязненности мобильных телефонов и риск заражения ими человека.

Объект и методы исследования. Изучены мобильные телефоны различных фирм у взрослых от 21 года до 60 лет (n=24). Идентификацию микроорганизмов проводили традиционными бактериологическими методами по *Bergey's Manual Systematic Bacteriology [1997]*.

Результаты исследования. Мобильный телефон общающегося человека всегда находится в постоянном контакте с его ладонями рук, кожей и наружным ухом. Кроме того, микроорганизмы могут попадать на телефон через одежду, чехол телефона, при рукопожатиях с другими лицами, при переходе денег из рук в руки, в туалете, в транспорте и в других местах.

Количество микроорганизмов на их поверхности составлял в среднем $1 \times 10^4 - 1 \times 10^8$ колониобразующей единицы/миллилитр (КОЕ/мл). В каждом шестом телефоне (n=4) из обследованных обнаружен *Escherichia coli*, также из поверхности мобильных телефонов высеивались *Staphylococcus aureus* (n=9), *Staphylococcus epidermidis* (n=16), *Candida spp* (n=11).

Количество бактерий на поверхности мобильных телефонов было в 18 раз больше, чем на ручке унитаза в туалетах ($P < 0,001$). Нужно учесть, что некоторые бактерии находят благоприятные условия для роста на поверхности мобильных телефонов. Это объясняется тем, что мобильные телефоны постоянно контактируют с потеющей ладонью человека, всегда защищены от прямых попаданий солнечных лучей и другими причинами.

Приводим несколько заболеваний человека, причинами которых являются микроорганизмы из поверхности мобильных телефонов: болезни кожи микробной природы; грибковые поражения кожи; болезни кожи, вызываемые мелкими паразитами (клещ-демадекоз); болезни верхних дыхательных путей; вирусные заболевания; диарейные заболевания и другие.

Мы сочли целесообразным привести состояния, при которых могут возникнуть вышеуказанные заболевания:

- разговор по мобильному телефону во время еды, особенно в кругу семьи (завтрак, обед, ужин) и расположение телефона на скатерти;

- дети, при игре с мобильным телефоном могут брать его в рот, при котором не свойственная детям микрофлора взрослых может попасть в организм ребенка и привести к заболеваниям.

Вывод. Учитывая тот факт, что для распространения и заражения человека патогенными и условно-патогенными микроорганизмами мобильные телефоны создают благоприятную почву, мы считаем, что существует скрытая угроза мобильных телефонов. В целях обеззараживания мы рекомендуем время от времени протереть ватой, намоченной 70° этиловым спиртом мобильные телефоны.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДВУЗЕ.

Нуьмонова Ё.О.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

На психологию здоровья впервые обратил внимание В.М. Бехтерев. Он говорил, что "важное и самое главное условие развития личности – это природа организма, наследие и те антропологические особенности, которые составляют почву для развития личности".

На здоровье личности влияют также наследственность, болезнь матери во время беременности и во время зачатия. Всё это влияет на то, что организм ребёнка является уязвимым и развивается очень слабо. Если не

обеспечить достаточно правильного питания, то нарушается процесс полноценного развития.

Кроме экономических условий и наличия вредных привычек на психическое здоровье студентов влияет большой объём информационной нагрузки на первых курсах обучения в медвузе. В силу медленной выработки адекватной социальной и бытовой адаптации к новым условиям пребывания в вузе, необходима системная тщательно продуманная программа, оберегающая здоровье студента.

Обучение в медвузе требует огромного труда и упорства, соблюдение правильного образа жизни. На наш взгляд, следует обратить внимание на проблему мотивации поведения в группе, механизм формирования социальной адаптации к взаимоотношениям в группе, чтобы определить уровень зависимости или независимости от близкого социального окружения. Во-вторых, определить уровень наличия и сформированности индивидуально-значимых мотивов; умения принимать правильных адекватных мер по борьбе с вредными привычками.

В третьих, важно определение уровня зрелости нервных процессов, признаки акцентуаций в характере каждого первокурсника. В-третьих, важно также определение–уровня развития коммуникативных качеств, степени уравновешенности к стрессам, определение типа своей личности эстра или интроверсированности. На наш взгляд, всестороннее комплексное обследование личности каждого первокурсника, разумное психологическое просвещение и консультация помогут способствовать созданию рационально-организованной программы самоуправления своей психикой и деятельности каждого студента.

Требуется включить в "Положения" кураторской деятельности вузов психодиагностические методы по самостоятельному определению всех форм психики, с учётом специфических особенностей каждого направления обучения в медвузе. Требуется включение должностного штата психолога в вузе с учётом контингента работающих преподавателей и количества студентов, с указанием демографических и социальных показателей.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАССИВНОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

**Омонова Г.С., Исмоилов С.Р., Ибрахимова Н.О., Рузмаматов Б.С.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Актуальность проблемы. Со стороны многих исследователей уделяется особое внимание проблеме аллергии. Известно, что при различных аллергических реакциях происходят изменения и со стороны органов пищеварительной системы. Как мы знаем, для профилактики и

лечения аллергических заболеваний широко применяются антигистаминные препараты. Однако до настоящего времени остается малоизученным разностороннее влияние этих препаратов на процессы пищеварения при аллергических состояниях. Поэтому в данной работе изучали активность панкреатических ферментов в стадиях пассивной анафилактической реакции (ПАР) и корректирующее действия антигистаминных препаратов на нарушенную активность этих ферментов.

Материал и методы. Эксперименты проводились на белых беспородных крысах обоего пола с массой тела 120-200 г. Экспериментальную модель стадий сенсibilизации и пищевой анафилаксии ПАР вызывали по методу В.А.Шатерникова. Из антигистаминных препаратов использованы димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол и задитен в 40, 50, 20, 50 и 1 мг/кг дозах, соответственно. Активность комплекса протеаз, липазы и альфа-амилазы поджелудочной железы определяли фотоэлектрокалориметрическими методами. Статистическую обработку результатов произвели по критериям Стьюдента.

Результаты и их обсуждения. В стадия сенсibilизации ПАР отмечались незначительные отклонения от нормы в активности пищеварительных ферментов поджелудочной железы, а на фоне стадии пищевой анафилаксии ПАР со стороны ферментсинтезирующей системы поджелудочной железы наблюдались относительно выраженные нарушения. Эти нарушения могут отразиться на процессах переваривания и усвоения основных компонентов пищи, как белки, жиры и углеводы.

Противогистаминные препараты, введенные в процессе вызывания сенсibilизации и пищевой анафилаксии, оказывали значительное корректирующее действие на активность ферментов поджелудочной железы, обусловленные сенсibilизацией и анафилаксией. При сравнении полученных результатов выяснилось, что из всех примененных противогистаминных препаратов наиболее выраженный корректирующий эффект оказывал задитен, затем фенкарол, и последующие места занимали димедрол, диазолин и супрастин.

Выводы. Профилактическое использование антигистаминных препаратов в ходе вызывания аллергических реакций заметно сглаживает наблюдаемые нарушения в спектре пищеварительных ферментов поджелудочной железы, что благоприятно влияет на усвоения и расщепления основных компонентов пищи в организме.

**ТАРКИБИДА ЮРАК ГЛИКОЗИДЛАРИ САҚЛАГАН АЙРИМ
ШИФОБАХШ ЎСИМЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ
ФИТОПРЕПАРАТЛАРИ**

**Омонова Г.С., Исмоилов С.Р., Аминова М.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Маълумки, юрак ва қон томирлар фаолиятига бевосита ёки билвосита таъсир этиб, уларнинг турли касалликларига даво кўрсатадиган ҳамда тиббиёт амалиётида кенг миқёсда қўлланиладиган доривор ўсимликлардан тайёрланган шифобахш, ишончи препаратлар, шунингдек, улардан тоза ҳолда ажратиб олинган фармакологик фаол моддалар сақлаган фитопрепаратлари мавжуд. Бундай ўсимликлар жумласига читранғи ва нашасимон кендир ўсимликлари ва уларнинг фитопрепаратлари киради.

Ёйиқ эризимум (читранғи) – (Erysimum dillisum Ehrh) – Желтушник раскидистый

Читранғи ўсимлиги Собиқ Иттифок Республикаларида, шу жумладан Ўрта Осиёда тарқалган. Ўзбекистонда эризимумнинг 13 тури мавжуд бўлиб, у ёввойи ҳолда ўсади. Ўсимликнинг барча қисмида (гули ва уруғида 2-6% баргида 1-1,5%, поясида 0,5-0,7% ва илдизида -0,2%) юрак гликозидлари мавжуд. Ўсимликнинг ер устки қисмидан ҳамда уруғидан 0,2-1% эризимин (гельвитикозид), эризимозид, синопоил эризимозидлар ва бошқа юрак гликозидлари ажратиб олинган. Эризимум ўсимлигининг уруғи таркибида 30-40% мойлар сақлайди. Эризимумнинг маршалл эризумуми (*Erysimum marachallanum* Andr.). Олтой эризумуми (*Erysimum altaicum* С.А.Мег.). Марказий Осиёда учрайди. Ўзбекистонда ўсадиган эризимумнинг 13 тасидан 5 тасининг фармакологияси ва кимёвий таркиби ўрганилган ҳамда уларнинг таркибида юрак гликозидлари борлиги аниқланган.

Нашасимон кендир (*Arcynum cannabinum* L) Кендир коноплевый

Ўсимлик ёввойи ҳолда Шимолий Америкада, Москва вилоятида ўстирилади. Тошкент ботаника боғининг бир гуруҳ ходимлари томонидан ўсимликни Тошкент вилоятида ўстиришга эришилди. Ўсимлик илдизпояси ва илдизида 0,8% гача юрак гликозидлари, танин, каучук, оз миқдорда алколоидлар, органик кислоталар, тритерпен (олеанол кислота, амирин, лупеол ва б) ҳамда бошқа моддалар сақлайди. Ўсимлик уруғида 0,35% баргида эса кам миқдорда юрак гликозидлари мавжуд.

BOLALAR O'RTASIDA KO'Z KASALLIKLARINI TARQALISHI VA PROFILAKTIKASI.

Orzibekova B.Sh. , Maxsumov A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Farg'ona filiali.

Odam ko'zi – odamning ko'ruvchi juft sezgi organi. Odam ko'zining ishlash prinsipi yorug'likning miqdori bilan chambarchas bog'liqdir. Ko'zni kasallovchi ko'plab kasalliklar mavjud bo'lib, ular boshqa kasalliklar bilan birgalikda ham yuzaga kelishi mumkin.

Ko'z kasalliklari orasidan ko'p tarqalganlari: katarakta, glaukoma, miopiya, daltonizm, astigmatizm kabilardir.

Miopiya-ko'rish nuqsoni, yaqindan ko'rish, uzoqdagilarni esa xira ko'rish kasalligi hisoblanadi. Hozirgi kunda bolalar o'rtasida, ayniqsa, maktab

yoshidagi bolalar o'rtasida miopiya kasalligi keng tarqalgan. Bunga asosiy sabab bolalarni o'qitish va tarbiyalash jarayonida gigiyenik mezonlarga amal qilmaslik yoki bu qoidalarni yaxshi bilmaslik, bola organizmiga kerakli vitaminlarni yetarli ravishda tushmasligidir. Masalan, boshlang'ich sinf o'quvchilari uchun teleko'rsatuvlar ko'rishning gigiyenik me'yorlari haftasiga 3 marta 1 soatdan oshmasligi lozim. Bu kabi me'yorlarni bilish va unga amal qilish barcha turdagi ko'z kasalliklarini profilaktikasida muhim ro'l o'ynaydi.

Farg'ona viloyati miqyosida oladigan bo'lsak miopiya kasalligi bilan kasallanish holati 0-14 yosh bolalar o'rtasida jami 17267 nafarni, ulardan: 8364 nafar(48.4%) ini qiz bolalar, 8903 nafar(51.6%)ini o'g'il bolalar, 6901 nafar(39.9%)ini qishloq aholisi, 10366 nafar(60.1%)ini shahar aholisi tashkil etadi.

Bundan ko'rinib turibdiki, qishloq aholisi o'rtasida tabiiy mahsulotlardan ko'p foydalanish, har xil sog'lomlashtiruvchi o'yinlar bilan shug'ullanish, toza havoda bo'lish vaqtining ko'pligi, kompyuter, telefon kabi texnik qurilmalardan yosh bolalarning kam foydalanishi shahar aholisiga nisbatan miopiyaning kam uchrashiga olib kelmoqda.

Barcha ko'z kasalliklari bolalarimizning kelajakda o'sishi va rivojlanishi, sport o'yinlarida faol ishtirok etishida o'z ta'sirini o'tkazadi. Shuning uchun bolalarimizni ratsional ovqatlanishiga, dars tayyorlash va dam olish vaqtlarini to'g'ri taqsimlashga, ko'zni charchatuvchi texnik vositalardan me'yorida foydalanishga o'rgatish, ular o'rtasida miopiya va boshqa ko'z kasalliklari profilaktikasida muhim ahamiyat kasb etadi.

ГИМЕНОЛЕПОДОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Расулов Ш.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Дунё бўйича паразитар касалликлар кенг тарқалган бўлиб, ЖССТ берган маълумотларига кўра дунё бўйича ичак гельминтозлари билан касалланган беморларнинг умумий сони ҳозирги кунда 1,8 млрд.га етган.

Гименолелидоз кўп мамлакатлар ва ҳудудлар учун эндемик ўчоқ ҳисобланади. Ушбу касаллик билан зарарланиш катта ёшдагилар орасида 20-50% ташкил этса, 14 ёшгача бўлган болалар орасида бу кўрсаткич бунданда юқори.

Республикамизда ҳар йили 200 мингга яқин паразитар касалликлар рўйхатга олинади, шулардан гименолелидоз юқори кўрсаткичларни эгалламоқда. Гименолелидоз касаллигининг ўзига хослиги шундан иборатки кўзгатувчи организмда доимий яшаши ҳамда аутоинвазиялар кузатилади.

Тадқиқотнинг мақсади: Гименолелидознинг эпидемиологик хусусиятлари ва профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот натижалари: Ўзбекистонда 2005 йилдан 2015 йилгача гименолепидоз билан касалланиш кўрсаткичининг ўсиш тенденцияси кузатилган. Гименолепидознинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки кўзгатувчи 14 ёшгача болалар орасида кўпроқ учрайди.

Гименолепидоз касаллигидан сақланиш ва олдини олиш чоратадбирларига мактаб ва мактабгача тарбия муассасалари янги қабул қилинувчи болаларни гижжа касалликларига 3 марталик текширувидан ўтгандан сўнггина қабул қилиш керак. Боғча болалари ва 1-4 синф ўқувчиларини ҳамда улар билан ишловчи ходимларни йилига 1 марта 3-5 кун оралатиб 3 марталик лаборатория текширувидан ўтказиш керак. Агар болалар ўртасида гименолепидоз билан касалланиш 15% кам бўлса, фақат гижжа аниқланган болалар, 15% ортиқ бўлса барча болалар ва ходимлар гижжа касалликларига қарши оммавий даволанишлари керак. Хамшира болаларни шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, тирноқларни тез тез олиб туриш, тирноқларни кемирмаслик, бармоқларни оғзига солмаслик, сўрмаслик, ухлаб тургандан ва ҳожатхонага боргандан кейин, ўйнаб келгандан сўнг, ҳамда овқатланишдан олдин қўлларини яхшилаб совунлаб ювишга ўргатиш керак.

Хулоса: Мамлакатимизнинг барча худудларида гименолепидоз касаллиги кенг тарқалганлиги учун эндемик зона ҳисобланади. Наманган, Андижон, Жиззах, Сурхондарё вилоятларида касаллик кўп кузатилади. Гименолепидоз асосан маиший-мулоқот йўли орқали юқади. Касаллик катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди ва йил давомида кузатилади.

Гименолепидозга қарши муваффақиятли профилактик тадбирларни амалга оширишда аҳолининг маданияти ва турмуш даражасини янада ошириш катта аҳамиятга эга.

ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Расулов Ш.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Эхинококкоз дунё бўйича кенг тарқалган касалликдир. Статистик маълумотлар бўйича ушбу касаллик ер шарининг жанубий мамлакатларида аҳоли ва ҳайвонлар орасида кўпроқ тарқалган. Эхинококкоз инсонлар учун жиддий касаллик бўлиб айниқса жигар ва ўпка органларини зарарлайди. Ўзбекистоннинг ўзида эхинококкоз бўйича йилига 1,5 мингдан ортиқ жарроҳлик амалиётлари ўтказилади. Жарроҳлик бўлимларига мурожаат қилувчиларнинг касалланиш даражаси ҳар йили 4-9 нафарга тўғри келади. Эхинококкоз касаллигининг оғир шакллари 25-40 % га етади. Эхинококкоз касаллигида кўзгатувчи 80% жигар ва ўпкани, камроқ ҳолларда бошқа органларни зарарлайди. Эхинококкоз касаллигида ўлим кўрсаткичи 2-5% ни, операциядан кейинги асоратлар 20-30% ни ташкил этади.

Эхинококкоз билан касалланиш ҳамма ҳудудлар бўйича бир хил тарқалмаган, чорвачилик билан шуғулланадиган туманларда кўпроқ рўйхатга олинади.

Эхинококкозларга қарши профилактик тадбирларни амалга оширишда аҳолининг санитария маданияти ва турмуш даражаси катта аҳамиятга эга.

Шахсий гигиена тадбирларига катъий риоя қилиш. Паразитология соҳаси бўйича шифокорлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини доимий равишда ошириб бориш. Режали оммавий текширувларда гельминтозлар ва эхинококкоз билан касалланган беморларни фаол аниқлаш ва уларни тўлиқ даволаш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни тўлиқ аниқлаш.

Эхинококкоз билан касалланишнинг олдини олишда қуйдаги тадбирларни амалга ошириш керак:

1. Хизматчи ва хонаки итларни эхинококкозга текшириш. Эхинококкоз аниқланган ҳайвонларни даволаш, дайди итларни эса йўқотиш;

2. Моллар сўйилиши устидан ветеринария – санитария назоратини кучайтириш, эхинококк пуфакчалари топилган ҳайвонлар ички органларини йўқотиш;

3. Итларни эхинококк пуфакчалари бўлган жигар, ўпка каби гўшт маҳсулотлари билан овқатлантирмаслик. Итлар билан бўлган мулоқотдан сўнг қўлларни яхшилаб совунлаб ювиш керак;

4. Одамларда аниқланган эхинококкоз ҳолатларини эпидемиологик текширувдан ўтказиш ва касаллик манбаларини аниқлаш.

Хулоса қилиб айтганда, барча чорва хўжалиklarини профилактик тадбирлар асосида бу касалликдан тўла халос этиш халқ хўжалик аҳамиятидаги долзарб масала бўлиб, у чорвачилик иқтисодиётини мустаҳкамлаш билан бирга, инсон саломатлигини муҳофаза қилиш учун курашишдир.

2015 ЙИЛДА ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИ ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Расулов У.М., Қодиров Б.А.

Фарғона вилоят ОИТСга қарши курашиш маркази

ОИВ инфекцияли бемор умрининг охиригача вируснинг юқтириш хавфини сақлаб қолиши, вирусни генетик ўзгарувчанлиги (мутация) туфайли дунё бўйича касалликнинг олдини оладиган самарали вакциннинг йўқлиги, касаллик асосан носоғлом турмуш тарзини олиб боровчи ва палапартиш жинсий ҳаёт кечирувчи шахслар орасида тарқалиши ва улар билан самарали ишлаш имкониятининг мураккаблиги эпидемиянинг кенг

тарқалишига ҳамда касалликга қарши курашиш чора-тадбирларини олиб боришда қийинчилик туғдирмоқда.

Тадқиқот мақсади: 2015 йилда Фарғона вилоятида ОИВ-инфекциясини жинсий йўл билан тарқалганлигини ўрганиш.

Материал ва услублар: Фарғона вилоят ОИТСга қарши курашиш марказининг расмий ҳисобот маълумотлари, эпидемиологик ва статистик услублар.

Натижалар ва муҳокама: Вилоятда 2014-2015 йилларда ОИВ инфекцияси аниқланган 690 нафар беморлардан 385 нафарига (55,8%), касаллик вируси жинсий йўл билан юққанлиги эҳтимол килинган.

2015 йилда ОИВ инфекцияси аниқланган 343 нафар бемордан 215 нафарига (62,6%), 2014 йилда эса 347 нафар бемордан 170 нафарига (49,0%) касаллик вируси жинсий йўл билан юққанлиги эҳтимол килинган. Касаллик вирусини жинсий йўл орқали юқиши 2014 йилга нисбатан 45 та ҳолатга (11,7%) ортганлиги кузатилди.

ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан тарқалиши 2015 йилда вилоятнинг Қувасой шаҳарида, Олтиариқ, Риштон, Боғдод, Бешариқ, Ўзбекистон, Фурқат, Кува ва Сўх, туманларида юқори эканлиги аниқланди.

2015 йилда ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан юқтирган 215 нафар (62,6%) беморлардан 118 нафари (54,8%) миграция даврида, 45 нафари (20,9%) турмуш ўртоқларидан, 52 нафари (24,2%) Республикамиз ҳудудида бетартиб жинсий алоқа пайтида юқтирганлиги аниқланди.

Хулоса:

1. ОИВ-инфекциясини жинсий йўл билан юқиши 2015 йилда 2014 йилга нисбатан 11,7% ортган.

2. Аҳоли ўртасида инсонни хулқ атворига таъсир қилувчи барча жамоат ташкилотлари орқали одоб ахлоқ, маънавия, миллий урф-одатларга уруғу берган ҳолда профилактик чора-тадбирларни кучайтириш.

3. Оммавий ахборот воситаларидан кенг фойдаланган ҳолда аҳоли орасида, айниқса ёшлар ўртасида оилага содиқлик, тасодифий жинсий муносабатларнинг салбий оқибатлари, ёшларга жинсий фаолиятини оила қургандан кейин бошлаш тўғрисида ташвиқот-тарғибот ишларини олиб бориш.

JISMONIY TARBIYADA SPORTCHILARNI IRODAVIY KUCH USLUBLARI

Raximova M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mamlakatimizda sportning davlat siyosati darajasiga ko'tarilganligi, yosh avlodni sog'lom bo'lishi bugungi kunning dolzarb muomalaridan biridir.

Sportchilarda chidamlilikni o'stirish maqsadida mashqlarni yuqori mahorat bilan bajarish, ba'zi bir mashqlarni maksimal darajada bajarish, qisqa

vaqt ichida aniq ko'rsatkichlarga erishish, qiyin sharoitlarda mashqlarni yuqori texnik va taktik mahorat bilan bajarish asosida yuqori natijalarga erishish talab qilinadi. Shuningdek sportchilarda irodaviy sifatlarni vujudga keltirish maqsadida sport mashg'uloti jarayonida bor kuchini sarf qilish asosida o'z-o'zini irodaviy majburlashga o'rgatish ham juda muhimdir.

Irodaviy kuch uslubini tashqi va ichki turlarga ajratish mumkin:

1) tashqi irodaviy kuch sportchining sezgi organlariga ta'sir etib turgan tashqi hodisaga va qo'zg'ovchilarga bog'liq bo'ladi;

2) ichki irodaviy kuch sport mashg'ulotida va musobaqada sportchining o'zida mavjud bo'lgan yo'nalishlar asosida paydo bo'ladi.

Sport mashg'uloti va musobaqalari jarayonida sportchilarda irodaviy chidamlilikni tarbiyalashda sportchilarga quyidagi uslublardan foydalanishni tavsiya qilamiz.

A) uyga berilgan mashqlarni to'g'ri bajarishni talab qilish;

b) sportchini o'z kuchiga ishonish ruhida tarbiyalash;

v) to'g'ri bajarilgan mashqlarni baholash;

d) majburlash, musobaqalashish, maqtash,

e) qiyin mashqlarni bajarishga o'rgatish;

o) o'ziga-o'zi ta'sir etish, o'z-o'zini xursand qilish, o'ziga o'zi buyruq berish.

Murabbiy sportchilarda irodaviy sifatlarni rivojlantirishda jismoniy mashqlarni o'rgatishda harakatning maqsadi, sharti va uni bajarish usullari, harakatning asosiy tayanch nuqtasidagi barcha elementlarni, shu bilan birga, harakatni bajarishda yo'l quyilgan xatolarni to'g'rilash va harakatlarni umumlashtirgan holda bajarish kabilar haqida tushunchalar berib borish lozim.

ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРДАН ОҚИЛОНА ФОЙДАЛАНИШ

Рахматов Р.Т., Қодирова Г.А.

Қува тиббиёт коллежи

Ҳозирги кунда синтетик доривор воситаларининг организм учун зарарли таъсирлари, дори-дармонлар нарх наволарининг юқорилиги, кўп фазрандли оилалар ва оилада бир инсон рўзғор тебратиши натижасида оиладаги беморга дори-дармонлар учун маблағ тахчиллиги юзга келмоқда.

Табобатда ўсимликларни доривор восита сифатида қўлланилиши қадимдан маълум. Халқ табобатида касалликларни даволашнинг асосий воситаси – доривор ўсимликлар бўлиб келган.

Доривор воситаларни кимёвий йўл билан синтез қилиб олиш анча кейин ХХ асрлардан бошланди. Кимё саноати яхши тараққий этгани сари турли, юқори самарали дори воситаларини синтез қилиш йўли билан яратиш имкони туғилди ва дунёнинг таниқли олимлари “Энди бизга табиий дори воситалари керак эмас, зарур дориларни синтез қилиб олишимиз мумкин”, деган янглиш фикрга келиб қолганлар. Лекин кўп вақт ўтмай юқори самарали дори воситалари инсон организмига салбий таъсир

этиши аниқланди. Синтетик препаратларнинг фойдали таъсири билан бирга, узоқ вақт ва систематик равишда истеъмол қилинса, тирик организмни айрим органларини тузилиши ва функциясини бузилиши мумкинлиги кўпчилик олимлар томонидан ўз тасдиғини топган. Шунинг учун бутун дунёда кейинги вақтларда ўсимликлардан олинган табиий доривор препаратларга – фитопрепаратларга катта эътибор қаратмоқдалар. Шунга қарамай, доривор ўсимликлар, йиғмалар ва фитопрепаратлар тиббиёт амалиётида кам ишлатилмоқда.

Доривор ўсимликлар ва уларнинг препаратлари тиббиёт амалиётида кам қўлланилишининг асосий сабаблари шифокорларнинг ўзлари уларни яхши билмаслиги, шу туфайли беморларга табиий воситаларни тавсия қила олмасликлари, доривор ўсимликлар ва уларнинг препаратлари деярли реклама қилинмаслиги, доривор ўсимликлар соҳасида ёзилган адабиётлар кўплиги, лекин ана шу ўсимликларни қандай йиғиш, қуритиш, сақлаш ҳамда улардан уй шароитида тўғри фойдаланиш ҳақида аниқ ва тўла маслаҳат берадиган мутахассисларнинг қўлланмалари охириги вақтларда деярли чоп этилмаётганлигидандир.

XX аср охирига келиб илм-фан – кимё, физика ютуқлари, умуман, техника ривожланиши инсониятни жуда кам ҳаракатландирган бўлиб, маълум маънода уни табиатдан узоқлашиб боришига сабаб бўлди.

Мақсадимиз, атрофимизни ўраб турган табиий доривор ўсимликлардан оддийгина йўللар билан доривор воситалар тайёрланиши мумкинлигини ҳамда глобал муаммо ҳисобланган синтетик доривор воситаларнинг захарлигини инсонларга тушунтириш, синтетик доривоситаларини камроқ ишлатиш орқали организм захарланмаслигини олдини олишдир.

BUQOQ KASALLIGINI PROFILAKTIKASI

Ro'zmatova H.Q., Sheralieva D.

Toshkent tibbiyot Akademiyasi Farg'ona filiali

Endemik buqoq deb, qalqonsimon bezning kattalashishiga aytiladi. Kasallik yod miqdorining kamayib ketishiga bog'liq bo'lib, ovqat mahsulotlari va ichimlik suvining yodga kam to'yinishi va binobarivn organizmga yodning kam tushishidan kelib chiqadi.

Bugungi kunda yo'd tanqisligini tarqalishi o'rganilganda Farg'ona viloyati bo'yicha 2010-yilda So'xda 615 ta, Rishtonda 973 ta, Farg'onada 1480 ta, Yozyovonda 3124 tani tashkil qilganligi aniqlandi. Biz hozirda bu kasallikni oldini olish uchun axoli o'rtasida tushintirish ishlarini olib borishimiz zarur. Kasallik kechishida bemorlar aksari hech narsadan nolimaydilar. Kasallikning bosh belgisi qalqonsimon bezning kattalashuvi (ba'zan anchagina kattalashuvi) hisoblanib, bu yutishning buzilishiga, nafas olishning qiyinlashuviga olib keladi. Endemik buqog'i bor qizlarda jinsiy jihatdan yetilish kechikadi, hayz sikli buziladi. Xastalik bilan og'rigan bemorlardan ba'zan kretinizmga duchor

bo'lgan bolalar tug'iladi. Kasallik profilaktikasida ovqat ratsionimizdagi maxsulotlardan tushayotgan yod miqdoriga ahamiyat berish zarur. Yod miqdori quyidagi maxsulotlarda ko'p miqdorda bo'ladi, Qizil lavlagi yodga boy bo'lganligi uchun ham undan buqoqqa qarshi foydalanish mumkin. Buning uchun yangi qazib olingan lavlagi sharbatini kuniga 3-4 mahal ichish lozim, har kuni ertalab 100-150 gramm lavlagi iste'mol qilish kerak. Bu qonni ko'paytiradi va qalqonsimon bezdagi yod yetishmovchiligini bartaraf etadi. Bundan tashqari, qizil piyoz, qizil karam va dengiz maxsulotlarini istemol qilish kerak. Xalq tabobatida esa bir choy qoshiq krapiva (qichitqi o't) va bir choy qoshiq zveroboy (qizilpoycha) ni 0,5 litrli bankaga solib, ustidan 1,5 stakan qaynoq suv quyib, 20 daqiqa suv hammomiga qo'yiladi. So'ng sizdirib olib, kuniga 3 mahal ovqatdan oldin 0,5 stakandan ichiladi. Bu muolaja 3 hafta davom ettiriladi. Damlama tugasa, yangidan tayyorlanadi.

Epidemiya o'choqlarida buqoqqa qarshi maxsus chora tadbirlar amalga oshiriladi. Osh tuzi va oziq-ovqat mahsulotlariga oz miqdorda yod tuzlarini qo'shib berishdan iborat ommaviy yod profilaktikasi ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. Bundan tashqari bunday o'choqlarda ro'zg'orga bir tonnasiga 25 g hajmida kaliy yodid bo'ladigan osh tuzi ishlatiladi. Bolalar hamda xomilador ayollarga haftasiga 2 kaliy yodid tabletkadan ichib turish buyuriladi.

СПОРТ НАЗАРИЯСИ ПРЕДМЕТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ, МАХСУС АТАМАЛАРИ

Рўзметов А.Т., Рахимова М.П.

Урганч давлат университети ,

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўзбекистон Республикасида “ягона спорт таснифи” мавжуд бўлиб ҳар тўрт йилда ўзгариб туради. Спортни ижтимоий ходиса сифатида ўзига хос хусусияти шундан иборатки, у асосан жамиятга инсоннинг жисмоний сифатларини ривожлантирувчи восита сифатида хизмат қилади, шу билан бирга, унинг маънавий камолатига ҳам кучли таъсир кўрсатади. Мазкур хусусияти жисмоний тарбиянинг муштарак белгисидир. Инсоннинг ижтимоий онгини ривож топганлиги жисмоний маданиятни вужудга келишидаги субъектив омили деб ҳисобланади.

Жисмоний тарбия ва спорт назарияси, фан сифатида, инсоннинг жисмоний тарбия ва спорт бўйича жамиятда кўрсатган фаолиятини, янги шахснинг мазкур фаолият давомида, қонуний тарзда шаклланиши ва жисмонан комил инсон бўлиб етишишини ўрганadi ва тадбиқ қилади.

Юқори малакали мутахассисларни тайёрлашдаги асосий йўналиш, спортчиларни тайёргарлик самарадорлигини кўтариш, ўқув жараёнида назарий, методологик дунёқарашни тарбиялашдир

Жисмоний тарбия ва спортнинг ижтимоийлиги унинг оқибатларидан самарали равишда манфаатдордир деб ҳисоблайди (О.А.Милштейн).

Спорт назарияси предмети, жисмоний тарбия назарияси ва услубияти фанининг бир қисми бўлиб, янгидан ажралиб чиққан фандир. Спорт назарияси фани спорт машғулотлари билан махсус ташкил қилинган жараёнда спортчининг тайёргарлик мазмуни ва услубияти ҳамда унга таъсир қиладиган умумий қонуниятларни ўрганади.

Спорт назариясининг асосий атамаларига қуйидагилар киради: спорт мусобақалари, спорт ҳаракати, спорт фаолияти, спорт тайёргарлиги, спорт тайёргарлиги тизими, спорт мактаби, спорт машғулотлари тизими, спорт кўрсаткичлари, спорт натижалари.

СПОРТ – ЁШЛАРДА МИЛЛИЙ ИФТИХОРНИ КУЧАЙТИРАДИ

Рўзметов А.Т., Раҳимова М.П.

**Урганч давлат университети ,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Фарзандлари соғлом юрт-қудратли бўлур.

И.А.Каримов

Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишда спорт ва жисмоний маданиятнинг ўрни бекиёс. Истиқлол йилларида мамлакатимизда спортни, жумладан талабалар спортини ривожлантириш борасида қилинаётган улкан ишлар мазкур соҳа мутахассислиги олдига янгидан янги вазибаларни қўймоқда. Уларни муваффақиятли ҳал қилиш эса мамлакатимизда аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишда кутилаётган натижаларни бериши шубҳасиз.

Мамлакатимиз мустақилликка эришгандан сўнг жисмоний маданият ва спортнинг айниқса, болалар спортининг равнақига алоҳида эътибор қаратилди. Ҳар бир халқ, ҳар бир миллат ўзидан кейин қоладиган авлоднинг жисмонан соғлом, маънавий жихатдан баркамол бўлиб етишиши ҳақида қайғуради. Сўнгги йилларда аҳолининг турмуш даражасини ошириш, соғлигини мустаҳкамлаш айниқса, ёшлар ўртасида жисмоний тарбия ва спортни оммалаштириш борасида жуда катта ишлар амалга оширилмоқда.

Бугунги кунда мамлакатимизда таълим тизимини такомиллаштириш, ватан равнақини таъминлайдиган ёш авлодни тарбиялаб вояга етказиш масалаларига жиддий эътибор берилмоқда. Бу борада муҳим қадамлардан бири Ўзбекистонда илк бор “Кадрлар тайёрлаш бўйича миллий дастур” ҳамда “Таълим тўғрисида”ги қонуннинг қабул қилиниши катта аҳамиятга эга.

Юртимизда жисмоний тарбия ва спортга давлат сиёсати миқёсида эътибор қаратилиши, айниқса Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримовнинг “Ўзбекистон болалар спортини ривожлантириш жамғармасини ташкил қилиш тўғрисида”ги фармони ва шу фармонни босқичма-босқич амалга ошириш бўйича ҳукумат томонидан қабул қилинган қарор болалар спортига тамомила янгича ёндашиш, илмий

асосланган технологиялар асосида истеъдодли спорт заҳираларини тайёрлаш мактабларини яратиш масалаларини ўртага ташламоқда. Шунинг учун Ўзбекистон Республикасининг “Жисмоний тарбия ва спорт тўғрисида”ги қонунида “Мактабгача ёшдаги болалар, ўқувчилар ва талабалар саломатлигини асраш ва мустаҳкамлаш, уларда жисмоний баркамоллик эҳтиёжини шакллантириш, мактабгача тарбия муассасалари ва ўқув юртларининг асосий вазифаси ҳисобланади” дейди. Ҳозирги кунда мустақил Ўзбекистонимиз мактабларида, Ўрта ва махсус касб-ҳунар билим юртларида ва олий ўқув юртларида жисмоний тарбия ва спортни ривожлантиришга катта аҳамият берилмоқда

КАСАЛХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА УЛАР БИЛАН КУРАШИШ ЧОРАЛАРИ

**Рустамов И.Х., Расулов Ш.М., Мухиддинова Г.А.,
Тожибоева Д.А.**

**Республика ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларининг
малакасини ошириш ва ихтисослаштириш маркази**

Касалхона ичи инфекциялари бутун дунёда, шу жумладан бизнинг юртимизда ҳам замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоси ҳисобланади. Даволаш муассасаларига келиб тушадиган беморларнинг камида 5-20 % касалхона ичида зарарланиш таъсирида бўладилар.

Касалхона ичи инфекцияси (синонимлари – госпитал, нозокомиал, ятроген инфекция) – бемор касалхонада даволаниши ёки тиббий ёрдамга мурожаат қилиши натижасида, касаллик белгилари стационарда ёки ундан чиққандан сўнг пайдо бўлишидан қатъи назар юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи микроорганизмлар кўзғатадиган шунингдек, тиббиёт ходимининг иш фаолияти давомида юқиши оқибатида юзага келувчи юқумли касалликдир.

Касалхона ичи инфекциялари профилактикаси ва улар билан курашиш чоралари. Инфекция кўзғатувчилари манбаларини эрта аниқлаш ва олдини олиш бўйича ишларни ташкил этиш муҳим аҳамият касб этади:

- мижозлар ва тиббиёт ходимлари орасида беморлар ва ташувчиларни эрта ва максимал тарзда тўлиқ аниқлаш;
- беморларни қабул қилишда тўғри саралаш;
- йирингли-яллиғланишли ва бошқа юқумли касалликлари бўлган беморларни аниқлаш;
- туғруқхонанинг физиологик бўлими, “тоза” ва йирингли жарроҳлик бўлимига келиб тушадиган беморлар оқимини чегаралаш;
- Касалхона ичи инфекциялари беморларни ўз вақтида алоҳидалаш ҳамда тегишли бўлимлари ва палаталарга ўтказиш;
- тиббиёт ходимлари орасида беморларни аниқлаш учун “филтр” фаолиятини ташкил этиш.

Касалхона ичи инфекциялари профилактикасида тиббий инвазив аралашувлар сонини камайтириш бўйича чоралар муҳим рол ўйнайди. Гемотрансфузиялар вақтида қатор инфекциялар билан зарарланишнинг реал хавфи мавжудлиги туфайли уларнинг сонини кескин камайтириш лозимдир.

Таъкидлаб ўтиш лозимки, Касалхона ичи инфекциялари олдини олишнинг асоси тиббиёт ходимлари фаолиятининг барча босқичларида эпидемиологик жиҳатдан уларнинг гигиеник маданияти ва тайёргарлиги ҳисобланади.

ТИББИЙ-БИОЛОГИК ФАНЛАРНИ МОДУЛИ ЎҚИТИШДА Фойдаланиладиган интерфаол таълим методлари

Сагатов Т.А., Хасанов Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳар қандай таълимнинг мақсади - билимни ҳамда уни амалда қўллаш билиш кўникмалари ва малакаларини шакллантириш, шунга зарур шахс сифатлари ва кўрсатмаларни ишлаб чиқишдир. Ўқув фаолияти ҳаракатида мақсаднинг барча компонентлари амалга оширилар экан, турли методларни биргаликда қўллаш зарур. Шунинг учун метод танлашда энг асосий омил бўлиб, ўқув машғулотининг дидактик вазифаси хизмат қилади.

Ўқув мақсади	Методлар
Билим	Маъруза, намоёиш, видеоусул, баҳс-мунозара, ақлий ҳужум, кичик гуруҳларда ишлаш, иш ўйини, ролли ўйин, муаммоли вазият, лойиҳалаш, давра суҳбати
Кўникмава малака	Лаборатория ишлари, амалий машқлар, тўртпоғонали метод, иш ўйини, ролли ўйин, муаммоли вазият, лойиҳалаш, йўналтирувчиматн

Метод танлаш нафақат ўқув мақсадидан, балки ўқув материал мазмунига ва бу фаннинг мураккаблигига боғлиқ. Бундан ташқари методларни танлашда талабаларнинг сони, уларнинг ўқув имкониятлари, таълимнинг давомийлиги, ўқув-моддий шароитлар ва ўқитувчининг маҳоратига боғлиқ.

Морфологик фанларнинг ўқитиш жараёнини **интеграциясининг таъминлашда** замонавий педагогик методлар ва ахборот-коммуникация технологияларни қўлланилиши назарда тутилган бўлиб, барча мавзулар бўйича маъруза ва амалий машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологиялардан фойдаланишни, фанлараро аниқ мақсад қилиб қўйилади.

Амалий машғулотларда тингловчилар ўқув модуллари доирасидаги ижодий топшириқлар, кейслар, ўқув лойиҳалари, технологик жараёнлар билан боғлиқ вазиятли масалалар асосида амалий ишларни бажарадилар.

Амалий машғулотлар замонавий таълим услублари ва инновацион технологияларга асосланган ҳолда ўтказилади. Бундан ташқари, мустақил ҳолда ўқув ва илмий адабиётлардан, электрон ресурслардан, тарқатма материаллардан фойдаланиш тавсия этилади.

ВИРДЖИНИЯ ХЕНДЕРСОННИНГ «ХАМШИРАЛИК ИШИ» НАЗАРИЯСИ ШАРҚ ТАБОБАТИ ДУРДОНА АСАРЛАРИДА

Садиков У.Т., Рахмонова М.Л.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Хамширалик парвариши модели хамшира учун бемор парваришини амалга ошираётганда ўз фикрларини жамлашга, парваришни қандай ташкил этишга, эҳтиёжларни қандай тартиб ва қай тарзда қондиришни аниқлаш учун хизмат қиладиган воситадир. Вирджиния Хендерсон 1966-йилда ўз моделини яратиб, парвариш орқали беморнинг биологик, психологик ва ижтимоий эҳтиёжларини қондирилишига қаратган.

В. Хендерсон назарияси Шарқ табобатининг дурдона асарларида ҳам ўз ифодасини топган. Хамшира парвариши моделининг 1-тамоили нормал нафас олиш бўлиб, у ҳақида Абу Бакр ар-Розийнинг “ал-Ҳовий” номи билан танилган катта тўпламининг “Ўпка касалликлари ҳақида” асарининг 7-боби, 255-бетида ҳамда Али ибн Аббоснинг “Китоб комил ас – синоъат ат-тибия” (Табобат санъатининг комил китоби) номли асарининг амалий қисми 7- мақоласида нафас олиш аъзолари ҳақидаги малумотлар эътиборга сазовор.

Моделнинг 2-тамоили етарли миқдорда таом ва суюқлик қабул қилишни назарда тутати ва у ҳақида Абу Бакр Рабиънинг “Ҳидоят ал-муталлимин фи-т-тиб” (Табобатни ўрганувчилар учун қўлланма китоб) номли тиббий асарининг биринчи қисмида овқатлар ва ичимликлар ҳақида; Али ибн Аббоснинг “Китоб комил ас – синоъат ат-тибия” (Табобат санъатининг комил китоби) номли асари амалий қисмининг 8-мақоласида озикланиш аъзолари ҳақида маълумот берилган.

Юсуф Ҳаравийнинг “Рисолайи маъқул ва машруб” (Ейиладиган ва ичиладиган нарсалар ҳақида рисола) номли асари соғлиқни сақлаш мақсадида овқат ва ичимликларни истеъмол қилиш қоидалари ҳамда инсон соғлиги ичимлик ва овқатга боғлиқлиги баён этилган. Али Ибн Ҳисомуддиннинг “Рисолат ат-тибб ат-том лижамийъ ал-ақсом” (Ҳар хил касалликларга қарши тўлиқ тиббий рисола) номли асарида инсон дори истеъмол қилишда, овқат ейишда, умуман, ҳар бир ишда мўътадил-ўртача йўл тутиши кераклиги ёзилган. Боситхоннинг “Фавоид ал-адия” номли асарининг 8-фаслида овқат емоқ ва ичмоқ ҳамда таомнинг баъзи

хиллари ҳақида маълумотлар берилган. Унинг “Асрори чангол” (Чангол сирлари) маснавийсида шундай дейилган:

Ёраб, насибамни музаъффар айла,
Меъдамни сув ила унаввар айла.

Ибн Камолпошшонинг <<Нигористон>> китобида ейиш-яшаш учундир, яшаш эса ейиш ва ўз-ўзини ғафлатга солиш учун эмас дейилган. Озгина овқатга қаноат қилиб юрган киши кам касал бўлади.

Қаюм Носирийнинг “Фавоқиҳ ал-жуласо” (Дўст боғининг мевалари) номли китобида Хазифа айтади: “Кимнинг ейиши оз бўлса, тани соғ бўлади, яна оз еган одамдан саломатлик юз ўгирмайди, яъни кўп овқат истъемол қилган киши яна касалликка кўп дучор бўлади. Бундан ташқари, овқатни кўп еган кишининг дил кўзи бекилади, мулки эса хароб бўлади”.

Ушбу тадқиқот иши Вирджиния Хендерсон хамширалик парвариши моделининг барча тамойилларига хос маълумотлар шарқ табобати дурдона асарларида ёритилганини урганишга бағишланган. Мақола шаклида фақат 1-чи ва 2-чи тамойиллари ёритилди. Келтирилган манбаълар Олий хамширалик иши мутахассислиги буйича ўқитиш жараёнида қўлланилиши ҳамда патронаж амалиётида хамширалик технологияларини бойитишда фойдаланилиши мақсадга мувофиқ булади.

ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Садиков У.Т.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Профилактическая Медицина (Preventive Medicine) — раздел медицины, занимающийся предотвращением развития заболеваний. Под термином «превентивный» мы понимаем восстановление резервов организма практически здорового индивида до «безопасного» уровня с использованием не- медикаментозных средств. Профилактика - это важнейшая задача на сегодня, которая через определенные законы и нормативные акты, должна проводить глубоко продуманную политику, направленную на оздоровление всей нации и, на повышение заинтересованности каждого члена общества в сохранении и укреплении своего здоровья.

За период независимости нашей республики ряд постановлений правительства по перестройке медицинских и образовательных структур, в частности организация Ташкентской медицинской академии с Ферганским филиалом (ФФТМА), реструктуризация первичного звена медицинской помощи с созданием Сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник непременно являются стремлением дальнейшего развития профилактической медицины в республике. Ферганский филиал

Ташкентской медицинской академии, специализированный в подготовке медицинских кадров по специальностям « медико-профилактическое дело», « медико-педагогическое дело» и « высшемедсестринское дело» принимает непосредственное участие в оптимизации процесса организации профилактической медицины в Ферганской области и во всей республике. Помимо знаний фундаментальной и клинической медицины, навыков, которыми обладают все врачи, студенты глубоко изучают особенные разделы профилактической медицины включая знания и понимание биостатистики и эпидемиологии, управления (в том числе планирования, организации, менеджмента, финансов), проведение оценки медицинских программ, санитарного состояния окружающей среды, роль социальных и поведенческих факторов в здоровье и болезни; применение мер первичной, вторичной и третичной профилактики в рамках клинической медицины, а также продвижение здоровья, санитарное просвещение и питание.

С момента организации ФФТМА произведена защита диссертации 7 докторов наук и 5 кандидатов медицинских наук по различным аспектам профилактической и клинической медицины, создана достаточно высокая материально- интеллектуальная база.

К сожалению, следует отметить, что интеграция научного потенциала филиала с практическим здравоохранением области оставляет желать лучшего. Кроме того, к сожалению, в нашей области, как и в Республике направленность работы врачей имеет выраженную цель – борьба с уже сформировавшимися заболеваниями, что не оставляет времени и ресурсов на разработку более эффективных превентивных методов лечения еще на ранних стадиях, используя современные методы диагностики и профилактики.

Исходя из вышеизложенного, а также, основываясь на опыт организации работы некоторых стран, таких как Бразилия (Departamentodemedicinapreventive–FaculdadedemedicinaUSP), Испания (LaFaculdadedemedicinadelaUniversidadautonomadoMadrid) и Российская Федерация (Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины), учредителем которых является государство или местные органы управления нами разработана концепция создания «Департамента профилактической медицины». Учредителем департамента должен быть Хокимият Ферганской области. Полномочие должно осуществляться администрацией - директором Ферганского филиала Ташкентской медицинской академии.

Цели концепции:

1. Разработать и реализовать стратегию действий по созданию в Ферганской области «единой профилактической среды»;
2. Усовершенствование программы подготовки специалистов по профилактической медицине;

3. Увеличение количества и качества работ по профилактике заболеваний;
4. Повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения;
5. Уменьшение периодов восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения.

Принципы работы:

1. Единство науки и практики;
2. Превентивная направленность;
3. Экономическая эффективность функционирования муниципальных учреждений здравоохранения;
4. Взаимопомощь, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;
5. Активное участие населения в решении вопросов здравоохранения.

**ГАНДБОЛ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ҚИЗЛАРДА ВЕГЕТАТИВ
ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗГАРИШИ**

Садуллаев А.А., Хасонова Ш.

**Факультетлараро жисмоний маданият ва спорт, Жисмоний
маданият назарияси ва методика кафедралари ўқитувчилари**

Республикамизда жисмоний тарбия ва спорт соҳасида олиб борилаётган катта ислохатлар натижасида бошқа спорт турлари қаторида Гандбол спорт тури ҳам ёшлар, айниқса қизлар орасида кенг оммалашмоқда. Республикада ўтказилаётган узлуксиз спорт тизимининг босқичма-босқич спорт мусобоқаларининг дастурларига киритилиши ҳам бу спорт турининг қизлар орасида оммалашшига замин бўлади. Сўнги вақтларда олиб борилаётган илмий педагогик кузатишлар аёллар орасида ҳам Гандбол спорт турини кенг ривожланаётганлигини кўрсатмоқда. Шу билан бир каторда республикамизда ўтказилаётган Гандбол спорт мусобоқаларда аёллар жамоалари ҳам ўз ўрнига эга бўлишмоқда.

Гандбол билан шуғулланувчи қизларнинг организмидаги вегетатив функцияларнинг ўзгаришларини ўрганиш учун Урганч давлат университети Гандбол жамоаси қизлари вегетатив функцияларида рўй берадиган омиллар ўрганилди. Илмий таҳлиллар шуни кўрсатдики, Гандбол билан шуғулланаётган қизларнинг нафас олиш ритми машғулотдан олдин 1 дақиқада 18 марта, машғулот вақтида 36 марта, машғулотдан кейин 21 марта, 40 дақиқа ўтгач 19 мартани ташкил қилган, демак тикланиш даври, яъни машғулотдан олдинги ҳолатга 40 дақиқадан кейин эришган. Бундан ташқари нафас ритмини ўзгариши ўпканинг триклик сифимига, ҳамда спортчининг доимий шуғулланишига боғлиқдир. Биз ўз изланишларимизда доимий шуғулланиб юрган қизлар нафас

ритмини ўргандик. Ўши қизлар жамоасидаги таҳлил шуни кўрсатдики машғулотдан олдин пульс сони 1 дақиқада 76 марта, машғулот вақти 190 марта, машғулотдан кейин 83 марта, машғулотдан 20 дақиқа кейин эса 81 марта, 40 дақиқадан кейин 79 мартага тенглашди, демак 1 соатдан кейин юрак уриши меёрига тушиб машғулотдан олдинги ҳолатга қайтди.

Қон босими машғулотдан олдин 90/65, (максимал босим 90, минимал босим 65), машғулот вақти 111/60, машғулотдан кейин 105/60, машғулот тамом бўлганидан кейин 20 дақиқа ўтгач 100/60, 40 дақиқадан кейин эса 98/60 га тенг бўлган. Бунда асосан максимал босим машғулотдан кейин 15 га ошган, минимал босим эса 5 га камайган. Тана ҳарорати машғулотдан олдин 37,1⁰, машғулот вақти 38,4⁰ машғулотдан кейин 37,7⁰, 40 дақиқадан кейин ҳам 37,3⁰. Иккинчи марта изланишлар такрорлаганда машғулотдан олдин нафас ритми 1 дақиқада 19 марта, машғулот вақти 38 марта, машғулотдан кейин 21 марта, 40 дақиқадан кейин 19 марта. Пульс сони машғулотдан олдин 78 марта, машғулот вақти 185 марта, машғулотдан кейин 85 марта, 20 дақиқадан кейин 80 марта, 40 дақиқадан кейин эса 79 мартага тенглашган. Қон босими машғулотдан олдин 95/65, машғулот вақти 106/60, машғулотдан кейин 100/60, 40 дақиқадан кейин 98/61 га тенглашган. Тана ҳарорати машғулотдан олдин 37⁰, машғулот вақти 37,7⁰ машғулотдан кейин 37,8⁰, 40 дақиқа ўтгач 36,8⁰. Учунчи марта такрорланганда нафас ритми машғулотдан олдин 19 марта, машғулот вақти 38 марта, машғулотдан кейин 20 марта, машғулот тамом бўлганидан кейин 20 дақиқа ўтгач 19 марта, 40 дақиқа ўтгач 19 марта. Нафас ритми олдинги ҳолатига 20 дақиқадан кейин қайтган. Пульс сони машғулотдан олдин 78 марта, машғулот вақти 195 марта, машғулотдан кейин 85 марта, 20 дақиқадан кейин 83 марта, 40 дақиқадан кейин 80 мартага тенглашган. Қон босими машғулотдан олдин 95/65, машғулот вақти 106/60, машғулотдан кейин 103/60, машғулотдан кейин 20 дақиқа ўтгач 101/60, 40 дақиқа ўтгач 97/60. Юқоридагилардан келиб чиқиб тубандагича таҳлил қилиш мумкин. Гандбол билан шуғулланувчи спортчи қизларнинг нафас ритми машғулот давомида 2-3 марта ошган. Тикланиш даври эса, яъни ишдан олдинги ҳолатга қайтиш вақти 40 дақиқадан кейин тикланган. Пульс сони машғулот даврида 2,5 мартага ошган. Максимал қон босими машғулот даврида ўртача 11 га ошган, минимал босим эса, ўртача 5 га камайган. Тикланиш даври тахминан 60 дақиқа. Тана ҳарорати машғулот даврида тахминан 0,7⁰га ошган. Тикланиш даври тахминан машғулотдан 40 дақиқа ўтгач тўғри келади. Юқоридаги олиб борилган таҳлилларни ҳисобга олиб 20-23 ёшдаги қизлар организмини вегетатив органлари функцияларини ўзгаришига қараб ва шунга асосланиб тренировка машғулотларини ўтказишни тавсия қиламиз.

ҚАТИҚ-ҚАРИМАЙДИГАНЛАР ИЧИМЛИГИ

Саидахмедова З.О., Есанов Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Олимлар узоқ изланишлардан кейин инсон танаси қаришининг сабабларидан бирини аниқлашди. Уларнинг ташхиси бўйича: танамиз хаамиша токсинларга қарши курашади ва бу пайтда ингичка ичакда микроблар кўпаяди. Ҳамма гап шундаки, қатик ушбу токсинларни нейтраллаштиради. Бунда қатик таркибидаги сутли нордон замбуруғ, лактобацил ва бифидобактериялар бу вазифани бажариши маълум бўлди. Сутнинг ошқозонда ҳазм бўлиш даражаси 30 фоиз, қатикнинг сўрилиши эса, 90 фоизни ташкил этади. Шундан ҳам кўриниб турибдики, ошқозонда узоқ вақтгача ҳазм бўлувчи сутдан кўра, қатик истеъмол қилиш фойдалидир. Бу ичимлик ичак микрофлорасига ижобий таъсир кўрсатади. Организмнинг химоя кучлари, асосан, ичаклар ҳолатига боғлиқ. Демак, ичакларимиз фаолияти яхши бўлиши иммунитетимизни кўтаради. Иммунитети мустаҳкам бўлган одам касалликларга чалинмайди. Касал бўлмайдиган одам эса узоқ умр кўради.

Диетологлар сурункали гастрит, колит, жигар ва ошқозон ости беи касалликларидан азият чекувчи, шунингдек, ортиқча вазнга эга одамлар мунтазам равишда қатик ичиб юриши бежиз эмас. Суякларни мустаҳкамлайди – организм учун муҳим ҳисобланган оксил ва калций манбаи. Оксил ҳужайралар вужудга келиши учун зарур бўлса, калций моддаси суяклар мустаҳкамлигини таъминлайди. Яқинда олимлар қатик таркибида антиконцероген моддалар борлигини аниқлади. У овқат ҳазм қилиш аъзоларида вужудга келиши мумкин бўлган онкологик касалликларнинг олдини олади. Шифокорлар сут-қатик маҳсулотларини кўпинча атеросклероздан азият чеккан беморларга тавсия этади. Бироқ бу вазиятда қаймоғи кам бўлган қатикни танлаш лозим.

Диетологларнинг билдиришича, ҳар юз кишидан учтаси сут истеъмол қилгандан сўнг айрим ноҳуш ҳолатлар – кўкрак ости соҳасида оғирлик, кекириш, шунингдек ичак фаолиятини бузилишидан шикоят қилади. Қатик истеъмол қилинганда эса юқоридаги ҳолатлар кузатилмайди. Чунки бижғитувчи хусусиятга эга қатик кераксиз ферментларни парчалаб, йўқ қилади. Шифокорлар ҳомиладор аёлларга ҳар куни бир стакан қатик ичишни қатъий равишда таъкидлашади. Бир суткада 0,5 л қатик ичиш боланинг соғлом ўсишига ёрдам берар экан. Қатикни нафақат истемол қилиш, балки ундан малҳам сифатида ҳам фойдаланиш мумкин. Таркибида В витамин мавжуд бўлгани боис бу ичимлик жароҳатларни битириш ҳамда кўриш қобилятини яхшилаш хусусиятига эга.

Дунё диетологлари шу фикрга келишдики, қатикни доимо истеъмол қилиб юриш соғлиқ учун фойдали ва зарурдир.

КАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Саидахмедова З.О., Жуманиёзов М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кейинги йилларда қандли диабет касаллигидан касалланиш дунёнинг кўплаб, айниқса ривожланган мамлакатларида давр эпидемиясига айланаётганлиги, статистик маълумотлар ва кўпчилик муаллифларнинг илмий тадқиқот натижаларидан маълум.

Барча текширишлар вилоят эндокринологик диспансеридаги йиллик хисоботларни таккослаш асосида олиб борилди. Хоразм вилоятида қандли диабет касаллиги ташхиси қуйиб текширилганларнинг сони жами 2163 тани ташкил қилган. Улардан 1082 тасини (50%) аёллар ташкил қилса, 1081 тасини (50%) ни эркаклар ташкил қилган.

Қандли диабет касалланиш туфайли диспансерга мурожаатларни вилоят туманлари кесимида таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик. Ахолининг энг куп қандли диабет билан мурожаатлар сони Урганч шаҳрида қузатилган, яъни жами булиб 576 (26,6%) тани ташкил қилган. Агар қандли диабет билан касалланиш туфайли эндокринология диспансерига мурожаат қилишларни ахолининг жинслараро тарқалишини таҳлил қилганимизда Урганч шаҳри ахолисида юкори курсаткичлар сакланиб қолганлиги қузатилди: жами 1082 та аёлдан 1/3 қисми ёки 32,7% Урганч шаҳри аёлларида тугри қелган, эркак жинсига мансуб ахолининг бу курсаткичлари эса аёлларга нисбатан бироз қамрок булиб, 20,5% ни ташкил қилган, ёки бу барча текширилган 1081 та эркак ахолидан 222 тасини қандли диабет билан касалланиш туфайли эндокринология диспансерига мурожаат қилганликларини курсатди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, вилоят туманларига нисбатан эндокринология диспансерига мурожаат сони Урганч шаҳрида энг юкори, Питнак шаҳрида эса энг паст. Буни диспансернинг мазкур тумандан узокда жойлашганлиги билан изохлаш мумкин.

ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Самандарова Б.С., Очилов И.А.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Вирус иммунодефицита человека ретровирус из рода лентивирусов, вызывающий медленно прогрессирующее^[3] заболевание — **ВИЧ-инфекцию**. Вирус поражает клетки иммунной системы, имеющие на своей поверхности рецепторы CD4: Т хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса, дендритные клетки, клетки микроглии. В результате работа иммунной системы угнетается и развивается **синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД)**, организм больного теряет возможность защищаться от инфекций и опухолей, возникают в торичные оппортунистические заболевания, которые не характерны для людей с нормальным иммунным статусом. Без врачебного вмешательства оппортунистические заболевания вызывают смерть пациента в среднем через 9 лет после заражения (в зависимости от подтипа вируса).

При проведении антиретровирусной терапии продолжительность жизни пациента может быть продлена до 70—80 лет. Вирионы ВИЧ имеют вид сферических частиц, диаметр которых составляет около 100—120 нанометров. Это приблизительно в 60 раз меньше диаметра эритроцита.

В состав зрелых вирионов входит несколько тысяч белковых молекул

различных типов. Вирус иммунодефицита человека относят к семейству ретровирусов (*Retroviridae*), роду лентивирусов (*Lentivirus*).

Название *Lentivirus* происходит от латинского слова *lente* —

медленный. Такое название отражает одну из особенностей вирусов этой группы, а именно — медленную и неодинаковую скорость развития инфекционного процесса в макроорганизме. Для лентивирусов также характерен длительный инкубационный период.

Для вируса иммунодефицита человека характерна высокая частота генетических изменений, возникающих в процессе самовоспроизведения. Частота возникновения ошибок у ВИЧ составляет 10^{-3} — 10^{-4} ошибок на геном на цикл репликации, что на несколько порядков больше аналогичной величины у эукариот. Размер генома ВИЧ составляет примерно 10^4 нуклеотидов. Из этого следует, что практически каждый дочерний геном хотя бы на один нуклеотид отличается от своего предшественника. В современной классификации различают два основных вида ВИЧ — ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Эти вирусы предположительно возникли в результате независимой передачи людям SIV (вируса иммунодефицита обезьян) шимпанзе и мангабев соответственно.

ВИРУС ЗИКА

Самандарова Б.С., Очиллов И.А.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Вирус Зика (англ. *Zika virus*, ZIKV) вид вирусов рода *Flavivirus* (семейство *Flaviviridae*), переносимый комарами рода *Aedes*. У людей вызывает одноимённое заболевание, характерными симптомами которого являются сыпь, утомление, головная и суставная боль, лихорадка, [опухание суставов](#). Вирус открыт в 1947 году, после чего в течение 60 лет было описано лишь 15 случаев заболевания в Чёрной Африке и Юго-Восточной Азии. В настоящее

время имеет статус пандемии. Клинические проявления подобны лихорадке денге и чикунгунья, аналогичные симптомы также имеют краснуха, корь, лептоспироз, риккетсиозы; окончательный диагноз ставится на основании лабораторных тестов. Специфических лекарств против вируса Зика не существует, ведутся клинические испытания вакцины на основе ДНК.

Впервые вирус был изолирован в 1947 году из макак-резусов в лесу Зика (Уганда), по которому и получил название. В 1948 году изолирован из комаров *Aedes africanus*, пойманных в том же лесу. В 1968 году впервые найден у людей в Нигерии. С 1951 по 1981 годы серологические доказательства наличия вируса были получены в Уганде, Танзании, Египте, ЦАР, Сьерра-Леоне, Габоне, а также в Азии — в Индии, Малайзии, на Филиппинах, в Таиланде, Вьетнаме и Индонезии. Вирус выделяли из комаров в Кот-д'Ивуаре и Малайзии, у людей в Сенегале. В 2007 году произошла крупная вспышка заболевания, вызванного вирусом Зика, на острове Яп, откуда началось распространение вируса на восток через Тихий океан. В 2014 году вирус достиг Новой Каледонии, островов Кука, Французской Полинезии, в 2015 году — острова Пасхи и Южной Америки, Центральной Америки, Вест-Индии.

Подобно другим флавивирусам, вирус Зика окружён оболочкой, состоящей из 180 копий белка E и 180 копий белка M, заякоренных в мембране вириона. Вирионы отличаются высокой термостабильностью, сохраняя регулярную структуру даже при 40 °С благодаря наличию характерной сети водородных связей и других взаимодействий между эктодоменами белка E. Внешняя белковая оболочка имеет икосаэдрическую симметрию и сформирована эктодоменами белка E, гликозилированными по остатку Asn154. Согласно рентгеноструктурным данным, петля, в которой находится этот сайт гликозилирования, обладает повышенной подвижностью и окружена уникальной относительно других изученных флавивирусов положительно заряженной областью.

Нуклеокапсид с не сегментированным, одноцепочечным, положительно-направленным РНК-геномом.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ.

Сапаева Ш.А., Джуманиязова Н.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проведенные иммунологические исследования при ожоговой болезни показали наличие количественных изменений всех показателей гуморального и клеточного звена, а также наличие специфических реакций на фоне инфекционного процесса и подавление реакций гиперчувствительности замедленного типа в эксперименте. Термическая травма создает все предпосылки, благоприятствующие ослаблению иммунобиологических сил организма: это ожоговый шок, нарушения обменных процессов, эндокринной регуляции, интоксикация, белково-энергетическая недостаточность. В настоящее время считается, что

основными органами системы иммунитета являются органы лимфоидной системы. В ней различают первичные и вторичные лимфоидные органы. К первичным органам относят костный мозг и тимус.

Целью нашего исследования явилось изучение морфологических изменений иммунной системы у крыс с ожоговой болезнью. В экспериментах использованы 32 белые беспородные крысы-самки массой 140-270 г. Глубокий термический ожог кожи (ШБ степени) моделировали на 28 крысах. Под эфирным наркозом ожог у животных вызывали прикладыванием нагретой до 100⁰С металлической пластинки к коже. При указанных режимах экспозиции достигалось повреждение всех слоев кожи. Животные были разделены на 2 группы: 1) интактные крысы, контрольная группа), 2) крысы с глубоким термическим ожогом без лечения. У крыс 2-й группы на 3 сутки после моделирования ожога иссекали образовавшийся некротический струп. Гистологические исследования проводили при помощи объектива малого и большого увеличения под световым микроскопом Leika. У животных наблюдалась вялость, адинамия, частое поверхностное дыхание, сердцебиение, полидипсия, полиурия. Состояние животных начало улучшаться с 3-х суток, после некрэктомии был виден мышечный слой с сосудистыми капиллярами. На 7 сутки виден мышечный слой с фасцией покрытый многочисленными сосудистыми капиллярами. В ходе проведенных экспериментов на крысах с ОБ после некрэктомии нами было отмечено позднее, неравномерное формирование грануляций покрытых гнойно-фибринозным налетом, с умеренным гнойным отделяемым.

Течение раневого процесса в глубокой ожоговой ране у крыс на фоне ОБ сопровождается выраженной плазмореей, поздним развитием грануляций, инфицированием раны с образованием струпа, значительной местной гнойно-воспалительной реакцией в ране и мягких тканях по периферии раны, отсутствием признаков эпителизации на 21 сутки после травмы (имеется остаточная рана, покрытая неравномерными грануляциями)

ИНТЕНСИВЛИКНИНГ ГРАММАТИК-ЛЕКСИК МАЙДОНИ ТАВСИФИ

**Сапарбаева Г., Юсупова М.
Урганч Давлат университети**

Интенсивлик меъерий ўлчовдан миқдор жихатидан чекинишни белгиловчи ҳодисадир. Бу ўринда меъерий ўлчов сифатида жамият томонидан тан олинган одатдаги, кундалик, яъни ортиқча эътиборни жалб этмайдиган ўлчов бирлиги тушунилади.

Интенсивлик грамматик-лексикмайдони қуйидаги хусусиятларга эга:

1. Интенсивлик грамматик-лексик майдонида интенсивликни ифодаловчи тилнинг турли сатҳларига мансуб ифода воситалари мажмуаси ўзаро тизимлашган муносабатлар асосида боғланади. Майдон таркибига кирган тил бирликлари майдоннинг бирлигига – аъзосига айланади.

2. Интенсивлик грамматик-лексик майдони бирликларига хос бўлган умумий маъно– семантика мавжуд бўлади.

3. Интенсивлик грамматик-лексик майдонининг семантикаси ягона бўлмай, камида иккига ажралади. Улар бир-бирига ўзаро таққосланиши ёки зидланиши мумкин. Ушбу семантиканинг ҳар бири алоҳида микромайдонни ташкил этади.

Интенсивлик грамматик-лексик майдони мураккаб таркибга эга бўлиб, уни горизонтал ва вертикал кесимлар кўринишида тасаввур этиш мумкин. Вертикал кесим бўйича ушбу микромайдонларнинг таркибий бўлаклари жойлашади.

Интенсивлик грамматик-лексик майдонининг вертикал кесимида жойлашган тил ифода воситаларининг қуйидаги турларини келтирамиз:

1. Интенсивлик категориясининг грамматик-лексик ифода воситалари:

а) кучли, энг кучли даражани ифодаловчи тилнинг лексик воситалари: *ўта, ниҳоятда, бениҳоя, гоятда, жуда, обдон, гирт, нақадар, энг, беқиёс*, ва бошқалар.

б) кучли, энг кучли даражани ифодаловчи тилнинг бирикмали ифода воситалари: *одам ишонмайдиган даражада, мисли кўрилмаган даражада, жондан азиз, ўзида йўқ шод, жон ҳолатда*, ва бошқалар.

в) кучли, энг кучли даражани ифодаловчи такрорий сифатлар: *қип-қизил, қоп-қора, оппоқ, яп-янги, сап-сарик, топ-тоза, бўм-бўш, кап-катта* ва бошқалар.

г) кучли, энг кучли даражани ифодаловчи турғун бирикмада кўчма маънода қўлланувчи сифатлар: *қора, тоза, қаттиқ, ёмон* ва бошқалар.

д) кучли, энг кучли даражани ифодаловчи сонли бирикмалар: *минг бир, юз карра, минг карра, сон мингта, сон-саноқсиз*,.

Ўзбек тилида (афтидан барча тилларда) универсал табиатга эга бўлган интенсивлик семантикасини ифодаловчи бир қатор тил бирликлари борки, улар лексик ва синтактик бирликлар бўлиб, биргаликда бир тизимни ташкил этади.

БОШҚАРУВЧИ ҲАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИДА – SWOT ТАҲЛИЛНИНГ АҲАМИЯТИ

Собирова С.Ж., Назаров Ш

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

SWOT-таҳлилнинг ғояси заифликларни кучга, таҳдидларни имкониятларга айлантириш учун ҳаракатларни қўллаш, тиббиёт муассасанинг кучли томонларини унинг чекланган имкониятларига

мувофиқ ривожлантиришдан иборат. Тиббиёт муассасаларида стратегик муқобиллар таҳлили ва стратегияни танлаш чекланган ўсиш, ўсиш стратегияси ва стратегияни қисқартириш ҳисобига амалга оширилади. Тиббий муассасалар бош ҳамшираларининг стратегик танловларига қуйидаги омиллар таъсир қилади:

- юқори ташкилотлар таъсири – улар томонидан бош ҳамшираларнинг муқобил стратегияни танлаши чекланади;

- ўтган йиллар давомида тўпланган тажриба - кўпгина ДПМ бошқарувчи ҳамширалари ўз тажрибасига таянади;

- хавф - мавжуд қонуний ҳужжатларга таяниб мустақил қарор қабул қиладилар ва қилишлари зарур, баъзан шундай ҳолларда ҳам самарадорлик пасайиши ва омадсизликлар хавфи юқори бўлади;

- вақт омили – ҳатто энг яхши ғоя ҳам ўз вақтида амалга оширилмаса зарар келтириши мумкин.

SWOT-таҳлил учун бошқарувчи ҳамшираларнинг ўз фаолиятини режалаштириш жараёнига ёндошуви муҳим аҳамиятга эга: стратегик режаларни тайёрлаш ташқи муҳит омиллари таҳлилидан бошланади; режалаштиришни марказлаштирмаслик; стратегик режалар эгилувчан бўлиши керак, чунки ДПМда иш ва ижтимоий ҳолат ўзгаришини ҳисобга олган ҳолда зарурият туғилганда уларга ўзгартиришлар киритиш имкони бўлсин.

Бошқарувчи ҳамширалар фаолиятида SWOT-таҳлил режалаштириш жараёнида муҳим аҳамиятга эга, унга: ДПМ миссияси, мақсади, ташқи муҳит таҳлили(имкониятлар ва хавфлар) ва баҳолаш, ички муҳитнинг кучли ва заиф томонларни ўрганиш, стратегияни баҳолаш, муқобил стратегиялар таҳлили, стратегияни танлаш ва амалга ошириш жараёни киради.

SWOT-таҳлил асосида тузилган стратегик режани қўллаш муассаса, ташкилот фаолияти натижаларини назорат қилиш ва ходимларни рағбатлантиришни яхшилайти. Стратегик режалаштиришга эътибор қаратиш ташқи омилларни қаттиқ таъсирини олдини олиш, раҳбарни ходимлар билан ахборот алмашинувини яхшилашга, тўғри ва аниқ мақсадни белгилаш имконини яратади.

Ҳар бир бошқарувчи ҳамшира ўз фаолиятини амалга ошираётганда, у нимага интилаётганини ва у учун ҳаракатнинг қандай йўллари энг муваффақиятли бўлиши мумкинлигини билиши лозим ва бунда SWOT-таҳлилдан фойдаланиш муҳим аҳамиятга эга.

ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЛИЯНИЯ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ

Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Целью было проведение экспериментальных исследований по изучению отдаленных последствий влияния на организм белых беспородных крыс генно-модифицированного (ГМ) продукта - соевой муки №24.

Изучали мутагенное, эмбриотоксическое, канцерогенное действие ГМ-продукта по общепринятым методам на 110 лабораторных животных.

При изучении мутагенного действия соевой муки №24 выявлено, что обнаруженные темные гомогенные тельца (мертвые эмбрионы) в матке самок крыс опытной группы указывает на наличие доминантных леталей половых клеток самцов крыс, которые вызывают смерть эмбрионов после имплантации. В опытных группах отмечены отличительные особенности - более поздние сроки наступления беременности, более продолжительные роды по сравнению с контролем. Выявлен показатель «неблагополучного» вынашивания эмбрионов у самок крыс в опытных группах - показатель смертности оплодотворенных/беременных самок животных. Если у животных не получавших ГМ-продукт смертность оплодотворенных самок не отмечена, то у тех, которые получали ГМ-продукт (по 0,02-0,03 г на 1 крысу весом 160-180 г) смертность составила от 60,0% до 100,0%. Кроме того, в опытных группах отмечено увеличение процента фертильных самок (до 50%).

Эмбриотоксическое действие соевой муки №24 выражалась в том, что после спаривания в опытной группе количество фертильных самок было достоверно больше показателей контроля ($P < 0,05$). Показатель родивших самок в контрольной группе было в 3,4 раза больше, чем в опытной группе. Из беременных опытной группы умерли 2 самки, в контрольной группе умерших беременных самок не было. Оплодотворяющая способность самцов опытной группы, получавших ГМ-продукт было в 2,0 раза ниже, чем у самцов контрольной группы. Эмбриотоксического влияния соевой муки №24 на новорожденных крысят по основным показателям физиологического развития не обнаружены, все параметры были практически идентичными.

При макроскопических исследованиях органов (сердца, легкие, печень, селезенка, тонкий кишечник, толстый кишечник, половые органы самцов и самок) лабораторных животных при вскрытии не были обнаружены опухолевые образования, что указывает на отсутствие канцерогенного влияния изучаемой соевой муки №24 (ГМ-продукт) на лабораторных животных первого поколения. Практически такая же тенденция изменения показателей наблюдали и у второго поколения изученных белых беспородных крыс. Таким образом, ГМ-продукт (соевая мука №24) оказывает отрицательное мутагенное и эмбриотоксическое действие на первое и второе поколение лабораторных животных, получавших этот продукт, но в обоих поколениях отсутствовали канцерогенное действие ГМ-продукта.

ТАЖРИБАДА БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ШАКЛЛАНИШИДА ИММУН ТАНҚИСЛИК ҲОЛАТИНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Сувонов К.Ж.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ

Мақсад тажрибада бактериял транслокация (БТ) шаклланиш механизмида организм иммун тизими ўрнини тотал иккиламчи иммунодефицит моделида ўрганиш бўлди.

Бунинг учун иккиламчи иммунодефицит модели -нур касаллигидан фойдаланилди. Тажрибага оғирлиги камида 25 гбўлган оқ зотсиз сичқонлар [n=32] жалб қилинди. Уларни бир марта тотал нурлантириш учун γ-нурберувчи РУТ-250-15-2 тиббий асбоби ишлатилди. Берилган доза 5 Грей бўлиб, нурланиш манбаси мис (Cu) бўлди. Тажрибавий тадқиқотлар нурлантирилгач, 6-кундан бошлаб ўтказилди. Илмий ишда 2 та тажрибавий ўткир обтурацион ичак тутилиши моделларидан фойдаландик - ўткир ингичка ичак тутилиши (ЎИИТ) ва ўткир йўғон ичак тутилиши (ЎЙИТ).

Нурлантирилган сичқонлар 4 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ - ЎИИТ модели; 2 гуруҳ - ЎЙИТ модели; 3 гуруҳ - таққослаш гуруҳи; 4 гуруҳ - назорат гуруҳи. Натижаларни қиёсий таҳлил қилиш учун тотал иккиламчи иммунодефицит чақирилмаган сичқонларда ҳам ЎИИТ [n=120] ва ЎЙИТ [n=120] моделларида обтурация муддатларига мос тажрибавий тадқиқотлар ўтказилди. БТ интенсивлиги обтурациядан 24, 48 ва 72 соат ўтгач, ўрганилди.

Микробиологик тадқиқотлар учун тажриба ҳайвонлари периферик қони ва перитонеал суюқлиги асептика қоидаларига амал қилинган ҳолда олинди. Идентификация Bergey's [1997] бўйича олиб борилди.

Тажрибавий ЎИИТ ва ЎЙИТ моделларида лаборатория ҳайвонлари периферик қони ва перитонеал суюқлиги экмалари микробиологик натижалари таҳлил қилинди. Ҳар иккала моделда ҳам обтурациядан 24 соат ўтгач, периферик қонда микроорганизмлар униши аниқланмади. Кейинги муддатларда (48 ва 72 соат) микроорганизмлар униш фоизикўпи билан 25,0-50,0% ни ташкил этди. Нурлантирилган сичқонлар гуруҳида бўлса, 24 соатлик муддатнинг ўзида штаммлар униши $66,7 \pm 19,2\%$ га етди. Перитонеал суюқликда 24 соатдан сўнг нурлантирилган ҳайвонлар экмаларидан униш кўрсаткичлари нурлантирилмаганларга нисбатан ЎИИТ моделида 2,0 мартага, ЎЙИТ моделида эса 2,7 мартага кўп бўлди. Таққослаш ва назорат гуруҳларида ҳам микроорганизмлар униш кўрсаткичлари мос равишда $50,0 \pm 20,4\%$ данни ташкил этди ($P < 0,001$). Таққослаш ва назорат гуруҳларида ҳам тафовут жуда катталиги билан ажралиб турди.

Шундай қилиб, тажрибавий ЎИИТ ва ЎЙИТ моделларида лаборатория ҳайвонлари периферик қони ва перитонеал суюқлигидан

нурлантирилган сичқонларда экмалардан микроорганизмлар униши кескин ошиши баробарида, таққослаш ва назорат гуруҳларида ҳам ижобий бактериологик униш кузатилди. БТ шаклланиш механизми ваинтенсивлик даражасига иммун тизимнинг таъсири беқиёс эканлигини кўрсатиб берилди.

THE ETIOLOGY AND DIAGNOSTIC METHODS FOR VIRAL PNEUMONIA

**Sultanov G., Abdulazizova Sh., Yuldasheva D.
Fergana branch of Tashkent medical academy**

Viral or viral-bacterial etiology of pneumonia in adults should be suspected during the rise of influenza and SARS, as well as the emergence of clusters of cases within one month after the formation of the closed and semi-closed groups. At risk of severe viral pneumonia include people suffering from congestive heart failure and chronic lung disease. Pathology in severe influenza is also obesity, diabetes, condition pregnancy, particularly in the third trimester.

The main causative agents of viral and viral-bacterial pneumonia in immunocompetent adults believe that flu viruses A and b, adenovirus, RS virus, parainfluenza viruses; less frequently detected metapneumovirus. Adult patients with influenza in 10-15% of cases develop complications, and 80% of them have pneumonia.

Modern methods of etiological diagnostics of acute viral respiratory tract infections is based primarily on: identifying DNA/RNA of pathogens methods of amplification of nucleic acids, in particular, with the most widely used PCR (Republican, Andijan, samarkandskie, Surkhandarya, Fergana and Khorezm state sanitary and epidemiological supervision of the functioning of the PCR laboratory, allowing with high accuracy to specify the circulating virus); the detection of antigens methods of immunochromatography (IHA), enzyme linked immunosorbent assay (ELISA), immunofluorescence (RIF). Keep important mainly for retrospective diagnosis methods for the detection of specific antibodies in the serum (reaction of binding complement (RAC), the reaction of neutralization (PH), reaction of braking of hemagglutination (HAI), the reaction of indirect hemagglutination (Riha), enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)). Cultivation is possible for influenza viruses A and b, respiratory syncytial virus, parainfluenza virus types 1-3, human metapneumovirus and adenoviruses.

Viral-bacterial etiology of pneumonia is considered to be established in the case of detection by PCR DNA/RNA of one virus (or multiple viruses) in the material of the lower respiratory tract in case of positive result of bacteriological research of blood (or DNA detection of significant concentrations in the blood or in the material of the lower respiratory tract in quantitative PCR).

Viral-bacterial etiology of pneumonia is considered to be presumably established in the case of the detection method of the REEF or IHA antigens one

respiratory virus (or multiple viruses) in case of positive result of bacteriological research of blood (or DNA detection of significant concentrations in the blood or in the material of the lower respiratory tract in quantitative PCR).

БРУЦЕЛЛЁЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА КАСАЛЛАНИШНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

Тешабоев А.М., Мелиқўзиев О.Э., Расулов Ш.М., Тожибоева Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Бруцеллёз МДХ давлатларининг ҳамма худудларида айниқса Марказий Осиё, Шимолий Кавказ, Кавказорти ва Россия Федерациясининг баъзи худудларида кўп учрайди. Ўзбекистон, Тожикистон, Қирғизистон, Қозоғистон учун бу касаллик эндемик ҳисобланади. Бизнинг мамлакатимизда касалланиш даражаси 100000 аҳолига нисбатан 0,1-0,5 касаллик кўрсаткичлари оралиғида учраши кузатилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Ўзбекистонда бруцеллёз касаллигининг тарқалганлиги ва профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Республика ДСЭНМ нинг бруцеллёз билан касалланиши бўйича расмий ҳисоботлари. Бруцеллёз билан касалланган беморларнинг эпидемиологик текширув карталари, касаллик тарихлари.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Ўзбекистон Республикасининг турли вилоятларида бруцеллёз билан касалланиш кўрсаткичлари турличалиги аниқланди.

Республикаимизнинг Жиззах, Бухоро, Сирдарё вилоятларида энг кўп, Навоий, Қашқадарё вилоятларида нисбатан камроқ, Хоразм, Наманган, Андижон, Фарғона вилоятларида эса энг кам даражада касалланиш кўрсаткичлари қайд этилди. Ўзбекистон Республикасида бруцеллёз инфекцияси билан касалланганларнинг 2006-2016 йилларда қишлоқ ва шаҳар аҳолисининг касалланиши 80% ҳолатларда қишлоқ аҳолиси, 20 ҳолатларда эса шаҳар аҳолиси орасида қайд этилганлиги аниқланди.

Бруцеллёзнинг профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш учун қуйидаги асосий тадбирларни амалга ошириш лозим: Гўшт, жун, сут ва сут маҳсулотлари олинадиган барча чорва молларини 100% бруцеллёзга текшириш зарур; Ферма ва шахсий хўжаликлардаги чорва молларини бруцеллёзга қарши тўлиқ эмлашга эришиш керак; Аҳолининг барча гуруҳларига бруцеллёз касаллиги унинг оқибатлари ва олдини олиш чора-тадбирлари тўғрисида санитария маориф ишларини кучайтириш мақсадга мувофиқ; Бруцеллёзга қарши олиб бориладиган чора-тадбирларда ДСЭНМ ва ветеринария хизмати ходимларининг биргаликда тадбирлар ўтказишларини таъминлаш даркор.

Хулоса. Республикаимизда охириги йилларда бруцеллёз касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи турғун ҳолатда қайд этилиб 2015 йил ҳар 100 000 аҳолига нисбатан 1,36 ни ташкил этганлиги аниқланди. Айтиб

Ўтилган касалланиш кўрсаткичи юқори бўлган ҳудудлар асосли равишда фаол эпизоотик ўчоқда потенциал мавжудлигини белгилайди ва республиканинг барча ҳудудларида ушбу инфекция ханузгача учраб турганлигидан далолат беради.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИХ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Тешабоев У., Ашурова М.Д.

Ферганский медицинский колледж,

Ферганский филиал Ташкентский медицинской академии

Вода — важнейшая составляющая среды нашего обитания. После воздуха, вода второй по значению компонент, необходимый для человеческой жизни. Насколько важна вода, свидетельствует тот факт, что ее содержание в различных органах составляет 70 – 90%. С возрастом количество воды в организме меняется. Трехмесячный плод содержит 90% воды, новорожденный 80%, взрослый человек — 70%.

Сегодня одна из самых важных проблем питания – качество воды. В первую очередь, конечно, нас волнует степень загрязненности воды опасными для здоровья веществами. Все вещества, попадающие в организм человека с питьевой водой, условно можно разделить на две группы – «полезные» и «вредные». К первой группе относятся углерод, азот, кальций, магний, натрий, фтор, железо, йод, медь, калий и многие другие. А ко второй – ртуть и ее производные, кадмий, свинец, пестициды. Они особо опасны для человека. Полезные микроэлементы, которые входят в состав воды, необходимы как для маленького, так и для взрослого человека. Обязательный элемент, который должен содержаться в питьевой воде, – фтор. Его отсутствие вызывает нарушения в формировании скелетной мускулатуры, приводит к кариесу зубов. Поэтому беременным женщинами кормящим мамам особенно полезно пить воду, содержащую фтор. Еще одним важным элементом является йод. Его дефицит ведет к умственной отсталости, быстрой утомляемости, отекам ног и лица. Особенно важен йод для будущих мам и их детей – его недостаток приводит к заболеваниям щитовидной железы, нарушениям в умственном и физическом развитии, внутриутробным аномалиям.

Нехватка магния вызывает заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертоническую болезнь, судороги у детей. Калий играет очень важную роль в обмене веществ, он особенно необходим для работы мышц и сердца. Кальций нужен для правильного формирования костной ткани плода. При дефиците железа может возникнуть анемия, головокружение, слабость, может появиться одышка.

Любой человек может обеспечить себя и своих близких необходимыми микроэлементами, употребляя воду. Воздействие водопроводной воды на организм человека может иметь очень неприятные

последствия, а на растущий организм ребенка – тем более. Многие защитные механизмы малыша еще не сформированы, а активный обмен веществ предъявляет очень высокие требования к качеству окружающей среды. Ребенок пока не может выбирать сам, что ему есть и пить, он полностью зависит от мамы и папы. И позаботиться о своем здоровье и здоровье малыша необходимо уже тогда, когда он находится в утробе матери. Постоянное употребление чистой воды – ваш важнейший шаг на пути к сохранению здоровья вашей семьи.

ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИДА МАҲСУЛОТЛАР ХАВФСИЗЛИГИНИ КЎРСАТУВЧИ ТАМОЙИЛЛАР

Файзибоев П.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш.

ЖССТ берган маълумотлари шундан гувоҳлик берадики, ривожланаётган мамлакатларда болалар диареяси, ичбуруғ каби касалликлар озиқ-овқат маҳсулотларининг флорасини билан боғлиқ бўлиб, аҳоли саломатлигидаги энг муҳим муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Бизнинг Республикамизда ўткир ичак касалликлари билан касалланишни камайтиришда эришилган ютуқларга қарамай, Республикамизда ичбуруғ билан касалланиш анчагина кўп тарқалган бўлиб, аҳоли саломатлигига ва иқтисодий ҳаётга катта зиён келтирмоқда. Бу борада озиқ-овқат маҳсулотларидан, шу жумладан сабзавот ва полиз маҳсулотларидан ўз вақтида ва тўғри фойдаланмаслик ҳам асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Ичак инфекцияларининг профилактикасида маҳсулотлар хавфсизлигини кўрсатувчи тамойилларнинг аҳолига таъминоти ўрганиш.

Тадқиқот натижалари: Маҳсулотлар хавфсизлигини кўрсатувчи тамойиллар ва НАССР тизимини тадбиқ қилиш бўйича қўлланма.

1. Таҳлика омилларига баҳо бериш;
2. Таҳликали назорат нуқталарни (ТНН) белгилаш;
3. Ҳар бир назорат нуқталарига таҳлика меъёрларини белгилаш;
4. Ҳар бир ТНН мониторинг ўтказиш жараёнини тузиш;
5. Ҳар бир ТНН тўғрилаш чораларини белгила билиш;
6. Назорат нуқталарида текширишлар ўтказиш;
7. Натижаларни расмийлаштирган ҳолатда қайд қилиб бориш.

Сабзавот ва полиз маҳсулотларини янги ҳолда истеъмол қилиш учун уни сақлаш ёки қайта ишлов беришда сифати ўзгармаслиги ва минимал йўқотилишига эътибор бериш лозим: маҳсулот чиримаслиги, қуримаслиги, ўсиб кетмаслиги, ҳамда таъми ва озуқавий хоссаларини йўқотмаслигига эътибор.

Сабзавот ва полиз маҳсулотларини саботан қўлланадиган "Сифат" атамаси остида уларнинг бирламчи вазифаси бўйича роққилигини

белгилаб берувчи хусусиятлар мажмуаси тушунилади. Бу биринчинавбатда, маҳсулотларни бозорга чиқаришдан олдин саноат корхоналарида қайтаишлашдан иборат. Қоида бўйича озиқ-овқат хом ашёларининг сифати ҳақида фикр вахулоса чиқаришнинг асоси, мувофик равишда товаршунослик ва технологик кўрсаткичлар ҳисобланади.

Хулоса: Юзага келган вазиятни таҳлил қилиш шундан далолат берадики, муаммонинг умумийлиги ва уни ҳал қилиш учун услубий ёндашишларнинг бир-бирига яқинлиги овқатланиш гигиенаси, эпидемиология ва қишлоқ хўжалиги соҳасида гимутахассисларнинг бундай усулларни ишлаб чиқиш, апробациядан ўтказиш ва амалиётда қўллашга қаратилган ҳаракатларини ҳамкорликда олиб бориш кераклигини талаб қилади.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Файзуллаева З.Р.

Ташкентский фармацевтический институт

Широкое применение антибиотиков привело к изменению как этиологической структуры гнойной инфекции и чувствительности возбудителей к антибиотикам. В связи с этим представляет большой интерес изучение микробного пейзажа и их чувствительности к различным антибактериальным препаратам при хирургической инфекции.

Целью наших работ является сравнительное исследование микрофлоры у 28 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями различной локализации. Среды обследованных больных; 8- различные заболевания ЛОР органов, 6- инфицированные раны, 4- флегмона, 5- фурункулы, 5- прочие заболевания.

Объектом исследования служили асептично полученные выделяемые ран, пунктаты, свищей, состав флоры носа и зева и другие. Материал сеяли на 5% глюкозу, кровяной агар, на молочно – солевой агар, на среду Сабуро, на сахарный бульон, на среду Левина, Эндо и др. Идентификацию выделенных микробов проводили общепринятыми методами. Чувствительность к антибиотикам определяли методом серийных разведений и методом стандартных бумажных дисков.

Рост микробов обнаружен в материале у всех обследованных больных. У 69,6 % из них высевались стафилококки. Другие микробы обнаруживались реже: E. Coli - 11,2%, синегнойная палочка – 8,2%, кандиды 2,1% стрептококки 5,7%.

Стафилококки были выделены у всех больных с инфицированными ранами: 46,6% с абсцессами, 85,7% с маститами, 76,9% с фрункулезом, 98% с гангреной, 50 % с заболеваниями ЛОР органов, 66,6 % и у 71,4 % с корбункулами и флегмонами, 69,6 % выделены стафилококки. Микробные ассоциации получены в равной степени у 12 больных с инфицированными ранами, маститами, фрункулезом.

Результаты изучения чувствительности к антибиотикам у выделенных штаммов показало, что она варировала в большом диапазоне. Этот фактор частично зависел от возраста больного и от примененных лекарственных препаратов. Все возбудители проявили наибольшую чувствительность к эритромицину, неомицину, а к остальным препаратам проявляли умеренную чувствительность.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при гнойно-воспалительных заболеваниях микробный пейзаж разнообразен, однако при этом доминируют стафилококки как в монокультуре, так и в ассоциации с другими возбудителями.

ЯНГИ ТАРКИБДАГИ ПОЛИФИТОМОЙНИНГ МИКРОБЛАРГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Файзуллаева З.Р.

Тошкент фармацевтика институти, Тошкент ш.

Болалар орасида турли кўринишдаги жароҳатларнинг кўп учраши ва оқибатда узок вақтгача йирингли яллиғланишларни келтириб чиқариш ҳолати кузатилади. Бундай ҳолатларда бактерияларнинг ассоциаси жароҳатнинг кучайиши ва яллиғланиш жараёнларини сурункали шаклга олиб келади.

Олиб борилган тажриба ва кузатишлар натижасида маҳаллий ўсимлик хом ашёларидан олинган полифитомой (мойчечак гули, қизил мия илдизи, тоғ райхони, газанда, наъматак ва иттиканак) тери замбуруғли касалликларни даволашда ижобий натижалар бермоқда. Ҳозирги вақтда текшириш ишлари учун янгитаркибдаги полифитомойнинг (мойчечак гули, қизил мия илдизи, тоғ райхони, газанда, наъматак ва катта қон чўпи) танланган антимиқроб фаолликга эга бўлиши, микроорганизмларга таъсир доираси ўрганилди.

Ишнинг мақсади: экологик тоза ўсимлик хом ашёларидан янги таркибли полифитомойни олиш ва терининг регенирациясида микробиологик фаоллигини ўрганишдир. Янги таркибли полифитомойни олиш технологик жараёни қулайлиги, арзонлиги, ҳамда маҳаллий ўсимлик хом ашёлари асосида олиниши ва фойдаланиш жараёнида ножўя асоратларни келтириб чиқармаслиги билан аҳамиятга эга.

Материаллар ва усуллар: йирингли яллиғланишни келтириб чиқарувчи микроорганизмларни аниқлашда 22 та бемор болалардаги турли жароҳатлардан (тери куйиши, панарица, фурункул, флегмона) текширилувчи материаллар олиниб, бирламчи Грам усулида бўяб кўрилади. Қаттиқ озуқа муҳитида икки қатламли текшириш фитомойнинг *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *E. Coli* га нисбатан бактериостатик фаоллигини кўрсатди.

Натижалар: Олиб борилган текширув натижасида янги таркибдаги полифитомойнинг *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *E. Coli* га нисбатан фаол таъсири ўрганиб чиқилди ва бактерияларнинг ўсиш кўрсаткичи кузатилмади.

Хулоса: шундай қилиб, олинган натижаларда, ўсимликлар хом ашёлари асосида олинган янги таркибдаги полифитомой йирингли яллиғланувчи касалликларни асептик давомий даволашда самарали натижалар бериши кузатилди. Йирингли яллиғланувчи касалликларни даволашда янги таркибдаги полифитомойнинг таъсири аста секинлик билан намоён бўлиши аниқланди. Зарарланган териға маҳаллий сурилган полифитомойнинг патоген микроорганизмларга бактериостатик таъсири кузатилди ва келажакда олинган натижалар асосида йирингли яллиғланувчи касалликларни даволашда амалиётда қўллаш тавсия этилади.

SIL KASALLIGIGA QARSHI KURASH BARCHANING BURCHIDIR

Xojimatov.X.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Farg`ona filali

XXI - asrning dolzarb muammolaridan biri bo`lib kelayotgan sil kasalligi ijtimoiy xavfli kasallik bo`lib, u bir qator jahon mamlakatlarini tashvishga solib kelmoqda. Bu kasallik to`g`risida Sharqning buyuk tabibi Abu Ali Ibn Sino shunday degan: “Sil – bu yuqumli kasallik, uni sog`lom odamlardan ajratish kerak, bu kasallik bilan iqtisodiy jihatdan nochor insonlar ko`proq kasallanadilar “deb ta`riflagan. Jahon Sog`liqni Saqlash tashkilotining xabar berishicha, sil kasalligini o`lim ko`rsatkichi yuqori bo`lgan kasalliklardan biri hisoblanib jumladan, 2014 – yilda 9,6 million kishi sil bilan kasal bo`lib, 1,5 million kishi kasallikdan vafot etgan. 2000 – yildan boshlab sil bilan kasallanish yiliga 1,5 % o`rtacha kamaydi, hozir bu ko`rsatkich 18 % ga yetdi. Sil bilan kasallanib vafot etish darajasi 1990 – yilga nisbatan 2015 – yilga kelib 47 % ga kamaygan.

Respublikamiz bo`yicha sil bilan kasallanish ko`rsatkichi 100 000 aholiga 2013 yilda 2002 yilga nisbatan 35,8% ga, o`lim ko`rsatkichi esa 68,3 % ga kamaygan. Ayniqsa o`lim ko`rsatkichi 1993 yilga nisbatan 41,8 % ga kamaygan. Shuni takidlab o`tish joizki, Respublikamizda sil bilan kasallanish ko`rsatkichlari Rossiya, Qozog`iston, Tojikiston va Qirg`iston mamlakatlari ko`rsatkichlariga nisbatan 1,5-2 marta kam. 95 % hollarda sil kasalligi odamlarda kasallik keltirib chiqaruvchi bakteriyalar tufayli yuzaga keladi, 5% hollarda esa qoramollardagi qo`zg`atuvchilari kasallik tarqatadi.

Silning ochiq va yashirin formalari bo`lib, ochiq formasida bemorning balg`ami tekshirilganda kasallik qo`zg`atuvchisi doimo aniqlanadi. Agar ehtiyot choralari ko`rilmasa kasallik atrofdagilarga yuqadi. Yashirin turida mikrobakteriyalar balg`amda topilmaydi atrofdagilarga xavf tug`dirmaydi, lekin sharoit bo`ldi deguncha kasallik tez rivojlanadi, bemor yo`talganda, aksirganda va xatto gaplashganda atrofga doimiy sil tayoqchalari ajralib turadi. Agar

himoya kuchi yetarlicha bo`lsa, bu o`choqlar so`rilib ketadi. Atrofida qattiq kapsula paydo bo`ladi, kalsiy tuzlari yig`lishidan o`choqlar zichalashib ohaklanadi.

Aholi salomatligini, ayniqsa onalik va bolalikni muhofaza qilish, yangi tug`ilgan chaqaloqlarni silga qarshi emlash ishlarini olib borish, silga qarshi kurash dispanserlarining yanada zamonaviylashtirilishi – silga qarshi kurash davlatimiz oldida turgan dolzarb muammo ekanligini ko`rsatadi. Aholi o`rtasida tibbiy targ`ibot ishlarini olib borish, jismoniy tarbiya va sportni targ`ib qilish, aholi yashaydigan hududlarni tozaligiga va asosiysi, aholini tibbiy madaniyatini shakllantirish muhim ahamiyatga ega. Xulosa qilib aytganda, aholini sil kasalligidan saqlash va unga qarshi kurash chora tadbirlarini yanada takomillashtirib borish bugungi kunda dunyo miqyosida global muammo ekanligi ko`rsatadi. Aholini sil kasalligidan saqlash uchun ularga sil kasalligi haqida keng qamrovli tushuntirish ishlarini olib borib kasallikning kelib chiqish sabablarini tushuntirib turmush tarzida shahsiy gigiena qoidalariga amal qilib hayot kechirishlarini hamda to`g`ri ovqatlanishni yo`lga qo`yish joiz, kasallikga bo`lgan qarshi kurashishning eng tog`ri yo`li bu sog`lom turmush tarzi ekanligini alohida tushuntirish maqsadga muvofiq bo`ladi.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ФИЗИКИ

Худайберганов Б.Ю., Аминов У.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ургенчский филиал Ташкентский университет

информационный технология

Развитие медицины и физики всегда были тесно переплетены между собой. Первым биофизиком в полном смысле этого слова можно назвать ученого-энциклопедиста Леонардо да Винчи. Он занимался биомеханикой: механикой перемещения человеческого тела.

В своей основе, как физика, так и медицина – экспериментальные науки: все их законы и теории основываются и опираются на опытные данные. Если конкретный физический закон, справедливый для неживой природы, может быть верен и для живого организма, то этот факт можно использовать для целей медицинской физики. Например ультразвук широко применяется в современной медицине. С его помощью готовится однородные смеси (гомогенизация), осуществляется стерилизация, в которой используется бактерицидное действие ультразвука, нашло применение в стерилизации питьевой воды, медицинской посуды и инструментов. Исследования, проведенные в Оксфорде, показали, что ультразвук даже малой интенсивности может воздействовать на молекулу ДНК. Искусственное целенаправленное создание мутаций применяется в селекции растений. Преимущество ультразвука перед другими мутагенами (рентгеновские лучи,

ультрафиолетовые лучи) заключается в том, что с ним чрезвычайно легко и безопасно работать.

Ультразвуковые колебания в однородной среде они распространяются прямолинейно и с постоянной скоростью. На границе различных сред с неодинаковой акустической плотностью часть лучей отражается, а часть преломляется, продолжая прямолинейное распространение. Чем больше перепад акустической плотности граничных сред, тем большая часть ультразвуковых колебаний отражается. Так как на границе перехода ультразвука из воздуха на кожу происходит отражение 99,99 % энергии колебаний, то при ультразвуковом сканировании больного необходимо смазывание поверхности кожи водным желе, которое выполняет роль переходной среды. Для исследования органов брюшной полости и полости малого таза используется частота 3,5 МГц, для исследования щитовидной железы используется частота 7,5 МГц.

Генератором ультразвуковых волн является пьезодатчик, который одновременно играет роль приемника отраженных эхосигналов. Генератор работает в импульсном режиме, посылая около 1000 импульсов в секунду. В промежутках между испусканием ультразвуковых волн пьезодатчик принимает отраженные сигналы. В качестве детектора или приемника применяется пьезодатчик, состоящий из нескольких сотен мелких пьезокристаллов, работающих в одинаковом режиме.

О НЕКОТОРЫХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОТ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Худайбергенов Б.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Сегодня современная медицина немыслима без электронной аппаратуры, области применения этой аппаратуры разнообразны.

Медицинская электронная аппаратура постоянно совершенствуется, пополняется новыми образцами приборов и аппаратов, поэтому будущему врачу необходимо знать принцип её устройства, уметь по техническому описанию и инструкцию по эксплуатации правильно выбирать нужный аппарат и использовать его по назначению.

Поэтому в этой работе кратко рассматриваются некоторые особенности, отличия компьютерной томографии(КТ) и магнитно-резонансной томографии(МРТ).

Как известно, отличие компьютерной томографии от магнитно – резонансной томографии состоит в разных физических явлениях, которые используются в аппаратах. В случае КТ – это рентгеновское излучение, которое дает представление о физическом состоянии вещества, а при МРТ – постоянные и пульсирующие магнитные поля, а также радиочастотное

излучение, дающие информацию о распределении протонов (атомов водорода), т.е. о химическом строении тканей.

В случае КТ, врач не просто видит ткани, но может изучать их рентгеновскую плотность, которая меняется при заболеваниях; в случае же МРТ, врач оценивает изображения лишь визуально. Довольно часто МРТ или КТ исследование назначает лечащий врач, но, как правило, лучше бы он делал это, посоветовавшись с лучевым диагностом: в целом ряде случаев вместо дорогой МРТ можно использовать более дешёвую, но не менее информативную компьютерную томографию.

В целом, МРТ лучше различает мягкие ткани. Кости при этом не могут быть видны – резонанс от кальция отсутствует и костная ткань на МР-томограммах видна лишь опосредованно. Можно констатировать, что на сегодняшний день МРТ более информативна при диффузном и очаговом поражении структур головного мозга, патологии спинного мозга и краниоспинального стыка (здесь КТ вовсе неинформативна), поражении хрящевой ткани. КТ предпочтительна при заболеваниях грудной клетки, живота, таза, основания черепа. В ряде случаев, для установления правильного диагноза, приходится прибегать одновременно к МРТ и КТ.

Очень важно информировать врача и персонал кабинета МРТ о наличии в организме посторонних металлических предметов и имплантатов.

Также следует помнить, что МРТ-исследование не может быть проведено у пациентов с тяжёлым нарушением жизненных функций, требующих постоянной аппаратной и иной коррекции, а также у людей с боязнью замкнутого пространства и у пациентов с неадекватным поведением. При КТ таких противопоказаний нет.

**MICROSOFT WORD MATN MUХАРРИДА ЁНТА БАРМОҚ
БИЛАН МАТН ТЕРИШ УСУЛИ.
Хўжаниёзов А.Д., Сабирова С. Қ.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Компьютер билан ишлашда энг секин бажариладиган амал матн теришдир. Бу жараёни тезлаштириш учун махсус матн териш усуллари ишлаб чиқилган. Улардан бири ёнта бармоқ билан матн териш усулидир. Бу усулни ўрганиш нисбатан осон бўлиб, унинг ёрдамида бир дақиқада 150-200 белги (знак) тезлик билан матн киритишга эришиш мумкин. Энг афзал томони, бу усулда клавиатурага қараш шарт эмас ва экрандан ёки киритилаётган матннинг аслидан кўзларни узмаслик мумкин. Бу усулни ўрганиш учун кўплаб дастурий воситалар ишлаб чиқилган, уларнинг кўпчилиги бепул тарқатилади. Бу усулда барча бармоқлар клавиатурага жойлаштирилади ва асосий қийинчилик бармоқларнинг ҳар бирини бошқаларини жойидан силжитмасдан қимирлата олишга эришишдир. Бунда, айниқса, номсиз (никоҳ узуги тақиладиган) бармоққа катта эътибор

каратиш керак. Бунинг учун барча бармоқларингизни (бош бармоқлардан ташқари) стол устига қўйинг ва уларни бирма-бир навбатма-навбат столдан узиб, яна жойига қайтаринг. Бу машқни керакли малака ҳосил бўлгунча такрорлаб боринг. Бармоқларнинг ҳар бирининг клавиатурада ўз ўрни бўлиб, ҳар қандай тугмани босганда ҳам уларнинг кўпчилиги ўз ўрнида қоладилар ва ўрнидан қўзғалганлари ҳам, керакли тугма босилгач, яна ўз жойларига қайтиб келадилар. Қўлларингизнинг иккала бош бармоғини бўш жой тугмаси устига, кўрсаткич бармоқларингизни русча «а» ва «о» ҳарфи тугмалари устига олиб келиб қўйинг. Бу ҳарфларнинг тугмаларида бошқаларидан фарқли равишда бўртиб чиққан жойи бор ва шундан фойдаланиб, уларни қарамасдан топишга эришинг. Шундан сўнг бармоқларингизни «ф», «ы», «в», «а» ва «о», «л», «д», «ж» тугмаларига қўйинг ва уларни ҳам қарамасдан топишга эришинг.

Мавзу охиридаги машқларни навбатма-навбат бажаринг. Бунда клавиатурани саккизта соҳага бўлиб олинг ва ҳар бир соҳадаги тугмаларни фақат битта бармоқ билан босишга ўрганинг. Бу соҳалар қуйидагилардир: Кўрсаткич бармоқлар учун: {4, к, а, м, 5, е, п, и} ва {6, н, р, т, 7, г, о, ь}; Ўрта бармоқлар учун: {3, у, в, с} ва {8, ш, л, б}; Номсиз бармоқлар учун: {2, ц, ы, ч} ва {9, щ, д, ю}; Жимжилоқлар учун: {1, й, ф, я} ва {0, з, ж, х, э, ь, -, =, \, . }.

Шахсий компьютер ва унинг дастурий таъминоти ривожланиши ва такомиллаштирилиши шунга олиб келдики, компьютер ёрдамида олдинлари бажарилмаган вазифа ва ишлар амалга оширилиши мумкин бўлди. Компьютерни инсон фаолиятининг турли соҳаларига қўллашга бўлган интилиш кундан-кунга ортиб бормокда.

**ТИББИЙ ИНФОРМАТИКА ДАРСИ БЎЙИЧА
САНИТАРИЯ-ГИГИЕНА ТАЛАБЛАРИ.
Хўжаниёзов А.Д., Сабирова С. Қ.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали**

Шахсий компьютерни ишга тайёрлаш ва ўчириш маълум тартиблар асосида бажарилади. Дастлаб компьютернинг тармоқ кучланишига мослигини текшириш керак. Шахсий компьютерлар 220 ёки 110вт. Кучланишли электр тармоқларида ишлаши мумкин. Шахсий компьютерлар учун кучланишнинг ўзгариши, айниқса, кескин ўзгаришлар хавфли. Шунинг учун махсус стабилизаторлардан ёки электр қуввати узлуксизлигини таъминловчи – UPS қурилмасидан фойдаланиш тавсия этилади. Махсус UPS қурилмаси электр қувиатини ўзгармас ҳолда ушлаб туради ҳамда электр манбаи ўчирилгандан кейин муайян вақт давомида компьютер ишлашини таъминлаб туради. Бу вақт эса компьютерда бажарилаётган ишларни тугатиш учун етарли бўлади.

Информатика дарсида ўқувчилар компьютерда ишлаганларида, бошқа дарслардан фарқли ўлароқ, уларнинг бир қатор мушаклари таранг

ҳолатда бўлади ва компьютерда узоқ муддат ишлаш тўлиқ шаклланиб улгурмаган ўқувчиларнинг баданлари зўриқишига ва нотўғри шаклланишига олиб келиши мумкин. Бунинг олдини олиш учун қуйидаги талабларга риоя қилиш керак:

- 1) Компьютер монитори ўтирган ўқувчиларнинг кўзлари даражасидаги баландликда бўлиб, ўқувчилар ундан 40 см дан 80 см гача бўлган масофада ўтириш имкониятига эга бўлишлари керак.
- 2) Компьютернинг клавиатураси ўтирган ўқувчиларнинг букилган тирсақлари даражасида бўлиши керак. Сичқонча учун клавиатуранинг иккала томонидан етарлича жой қолдирилиши ва улар бир хил баландликда бўлишлари керак.
- 3) Компьютерларни ҳатто махсус ишланган стенд ва шкаф кўринишидаги мебелларга жойлаш тақиқланади. Компьютер столининг тортмалари бўлса, улар ўқувчиларнинг ўтирган ҳолда оёқларини охиригача узатишларига ҳалақит бермаслиги керак.
- 4) Компьютерда муттасил ишлаш вақти ўқувчилар учун 30 минутдан ошмаслиги лозим.
- 5) Компьютер хонасининг квадрат метрлардаги сатҳи унга жойланган компьютерлар сонидан камида 6 марта кўп бўлиши керак.
- 6) Компьютер хоналари етарли қувватга эга вентиляция тизимига эга бўлиши лозим.
- 7) Компьютер клавиатурасида ифлос қўллар ва ўстирилган тирноқлар билан ишлашга рухсат берилмайди.
- 8) Юқумли касалликлар хуружи пайтида ўқувчилар компьютерда ишлашдан олдин ва кейин қўлларини совун билан ювишлари керак.
- 9) Клавиатуранинг компьютер ишламаётган пайтда узоқ муддатга очик ҳолда қолиши ва унда чанг йиғилиб қолишининг олдини олиш лозим.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШИГЕЛЛ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

**Шайкулов Х.Ш., Юсупов М.И.
Самаркандский медицинский институт**

Цель: Оценить резистентность шигелл к антибактериальным препаратам.

Методы: Определение чувствительности к антибиотикам проводилось методом серийных разведений в агаре Мюллера–Хинтон II (BBL, США) и диско-диффузионным методом с использованием дисков фирмы Becton Dickinson (США) 154 штаммов *S. sonnei* и 121 штаммов *S. flexneri*, выделенных от больных шигеллезом, находившихся на лечении в инфекционной больнице городе Самарканда. Результаты интерпретировали в соответствии со стандартами NCCLS.

Результаты. Штаммы *S. flexneri* были устойчивы к ампициллину (93,0%), хлорамфениколу (81,8%), доксициклину (63,8%), фуразолидону

(70,6%). Сохранялась высокая чувствительность к цефалоспорином III поколения, ципрофлоксацину и полимиксину. Обнаружена высокая резистентность (75,0%) к ингибитор защищенному аминопенициллину, ампициллин/сульбактаму. Штаммы *S. sonnei* проявляли высокие уровни резистентности лишь к доксициклину и ко-тримоксазолу: 84,1% и 90,7%, соответственно. Ко всем остальным тестируемым антибиотикам исследуемые штаммы *S. sonnei* оказались высокочувствительными. МПК90 среди штаммов, относящихся к сероварам *S. flexneri* и *S. sonnei*, значительно различались для таких препаратов как ампициллин, ампициллин/сульбактам, хлорамфеникол, фуразолидон, и были сходны для доксициклина, цефоперазона, ципрофлоксацина. У штаммов *S. flexneri* при исследовании чувствительности к 8 антибактериальным препаратам, были определены 26 фенотипов. Наиболее распространенными были только 3 из них: AM/SAM/SXT/D/CL (18,3%); AM/SAM/D/CL (27,1%); AM/SAM/CL (18,0%). Их совокупный удельный вес составил 63,4% от всех исследуемых штаммов. При определении фенотипов резистентности *S. sonnei* были выделены 17 антибиотипов. При этом 69,0% исследуемых штаммов принадлежали к фенотипу SXT/D.

Обсуждение: Выявленная резистентность к антибактериальным препаратам среди штаммов шигелл двух доминирующих сероваров требует пересмотра рекомендуемых схем терапии дизентерии с учетом региональной чувствительности возбудителей.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ОТХАРКИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Шукурлаев К.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Как известно, что при применении лекарственных препараты растительного происхождения оказывают меньше побочных эффектов, редко вызывают аллергию. Кроме того, растения содержат целый комплекс естественных витаминов, гормонов и других веществ в самых полезных для организма сочетаниях, а также содействуют восстановлению нормальной микрофлоры кишечника, выведению из организма токсических продуктов его жизнедеятельности, нормализацию обмена веществ.

Цель работы – изучить противовоспалительных свойств отхаркивающих препаратов пертуссина и пертуссина “Д” в сравнении с бутадионом.

Материал и методы. Изучаемые фитопрепараты получены в Ургенчском филиале ТМА. Противовоспалительную активность испытуемых препаратов изучали на моделях асептического воспаления, вызванного субплантарным введением (0,1-0,3 мл) в тыльную поверхность

апоневроза голеностопного сустава белых крыс массой 150-200 г смешанной популяции 1 % формалина, 0,1 % гистамина, 6 % декстрана.

Испытуемые препараты вводились внутрь с помощью металлического зонда четырехкратно – за 72, 48, 24 и 2 часа до вызывания воспаления в дозе 1:20 по 20 мл/кг, а и бутадион в дозе 50 мг/кг. Объем лапок крыс регистрировали онкометрически в динамике, передвведением флогогенных агентов, а затем через 3, 6, 24 часа и 1 раз в сутки в течение 7 дней. Противовоспалительную активность препаратов оценивали по разности объема лапок у контрольных и подопытных животных. Животные контрольной группы получали 3 % - крахмальный клейстер.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что пертуссин при воспалении, вызванным формалином, гистамином и декстраном, подавляет отек на 31, 1, 26, 3 и 20 %, пертуссин “Д” – на 37, 2, 30, 1 и 24,5 % соответственно. Бутадион на этих же моделях оказывает противовоспалительный эффект на 22,5, 28,4, 26,2 % соответственно.

Как показывают результаты проведенных исследований, все изученные препараты обладают в той или иной степени противовоспалительным действием. Среди изученных соединений выраженным противовоспалительным действием обладает препарат пертуссин “Д”.

Вывод. Пертуссин “Д” обладает противовоспалительным действием и в этом отношении он превосходит пертуссин и бутадион.

ОСТЕОМИЕЛИТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ХОЛДАГИ ҚИЁСИЙ МИКРОБ ПЕЙЗАЖИ ТАВСИФИ

Эргашев В.А.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ

Мақсад болалар ва катта ёшдагиларда кечган ўткир ва сурункали остеомиелитлар микроб пейзажини қиёсийтавсифлаш бўлди.

Бунинг учун жами 448 нафар беморлардан олинган биологик ашё (йиринг) бактериологик усулларда текширилди. Уларнинг 68 нафари болалар (0-14 ёш) бўлиб, 380 нафарини катта ёшдагилар (15 ёш ва ундан катталар) ташкил этди. Ўткир (n=53) ва сурункали (n=395) остеомиелитлар ташҳиси замонавий клиник, инструментал ва бактериологик усуллар ёрдамида верификация қилинди. Патологик ўчоқ қуйидаги суякларда аниқланди: болдир, сон, елка, биллак, товон, кафт, кўкрак қафаси, чанок, ўмров ва тизза. Бемор болаларда кўкрак қафаси, чанок, ўмров ва тиззада патологик ўчоқ кузатилмади. Барча беморлар Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида даволанганлар бўлди.

Қўзғатувчилар идентификацияси Bergey's [1997] бўйича олиб борилди. Кенгайтирилган бактериологик текширувлар биологик ашёданунган штаммларга нисбатан, улар миқдори $>1 \times 10^5$ КХҚБ/мл бўлганда ўтказилди.

Бемор болалардан унган кўзғатувчиларнинг 59,0%ида монокультура, 23,1%ида микроорганизмлар ассоциациялари (асосан 2 кўзғатувчи) унди. Микроб пейзажининг тавсифи ҳар иккала ёш гуруҳида ҳам етакчи ўринни граммусбат кокклар эгаллаганини кўрсатди, шунингдек, монокультуралар ассоциация кўринишига нисбатан ишонарли равишда кўп учради ($P < 0,001$).

Аниқланишича, болаларда кечган остеомиелитлар микроб пейзажида етакчилик *S.aureus* (34,2%), *S.epidermidis* (17,1%), *E.coli* (14,6%), *P.aeruginosa* ларда (14,6%) бўлди. Агар *S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.coli* монокультура ва ассоциация шаклида амалий жиҳатдан бир хил миқдорда унган бўлса ($P > 0,05$), *P.aeruginosa* ассоциация кўринишида монокультура шаклига нисбатан 5,1 мартага кам учради ($P < 0,001$). Катта ёшдагиларда эса бирмунча фарқли натижалар олинди.

Болалар ва катта ёшдагиларда кечган остеомиелитлар микроб пейзажини қиёсий тавсифлаш натижалари қуйидагича тус олди: биринчидан, катталардан унган кўзғатувчилар турлари болаларга нисбатан 1,5 марта кўп бўлди; иккинчидан, *S.aureus* штаммлари монокультура шаклида ассоциацияга нисбатан 3,3 марта кўп унди, болаларда бўлса тафовут аниқланмаган эди; учинчидан, *S.aureus* билан бирга монокультура шаклида кўп учраш *Klebsiella spp*, *S.hemolyticus*, *E.faecalis*, *S.pyogenes* штаммларига ҳам таалукли бўлди, *Bacteroides spp* ва *Candida spp* фақат ассоциация шаклида унди, болаларда бундай ҳолат фақат *P.aeruginosa* бўйича кузатилган эди; тўртинчидан, граммусбат кокклар ва грамманфий бактерияларнинг бир бирига нисбати амалий жиҳатдан бир хил бўлди - болаларда 1:0,74; катталарда 1:0,71; бешинчидан, болаларда анаэроблар унмаган бўлса, катта ёшдагиларда анаэроб микроорганизмлар (*Bacteroides spp*) унгани аниқланди.

ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТ ВА ФИТОТЕРАПИЯ

Эргашева М.С.,

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Йиллар давомида дунё олимлари томонидан олиб борилган изланишлар шуни исботлаб маълум қиладики, инсон организми учун озиқ – овқат маҳсулотлари сифатида сабзавот ва мевалар муҳим ўрин тутди. Таркибида органик кислоталар, биостимуляторлар, органик микроэлементлар, кўплаб минерал тузлар ва витаминларнинг бўлиши сабабли мева ҳамда сабзавотлар ва уларнинг шарбатлари ферментлар активлигини, моддалар алмашинувини кучайтиради, организмнинг умумий тонусини оширади.

Шунинг учун инсонлар ўз организми учун зарур ҳисобланган мева ва сабзавотлар, уларнинг шарбатларидан ҳар куни истеъмол қилишлари талаб этилади. Бунинг учун фақат янги узилган мева ва сабзавотлардан фойдаланиш, улардан шарбатларни истеъмол қилишдан олдин ва тезда

сақламасдан истеъмол қилиш талаб этилади. Агар музлатгичда қисқа муддатга сақланса ҳам шарбатларнинг таркиби ўзгариб, шифобахшлик хусусияти камаяди. Консервация қилинган шарбатлар ҳам янги тайёрланган шарбатларга нисбатан шифобахшлиги камайишини ёдда тутиш керак.

Шарбатларни истеъмол қилишда унинг миқдори талаб-истагимиз даражасида бўлишига эътибор бериш, мажбурлаб истеъмол этмаслик зарур бўлади. Шарбатларнинг ўртача миқдори 500-600 мл миқдорида бўлиши ва мунтазам истеъмол қилиниб борилиши туфайли яхши натижаларга эришиш кузатилади.

Замонавий тиббиётда карам суви меъда ярасининг олдини олиши, меъда ярасининг битиб кетишига ёрдам бериши исботланган. Бунинг учун янги карам сувини (яхшиси, унга шакар қўшиб) овқатдан 30 минут илгари 1 стакандан кунига 3 маҳал ичиш учун буюрилади. Даво курси 1 ой. Лавлаги илдиз меваларидан гипо- ва анацид гастритларга даво қилиш учун фойдаланиш тавсия этилади.

Юқоридагиларни ҳисобга олиб, биз ТТА Фарғона филиалида ташкил этилган фитобарда овқат ҳазм қилиш системасининг патологик ҳолатларини дори-дармонлар ҳамда мева-сабзавот шарбатлари билан комплекс даволашни йўлга қўйдик. Натижалар таҳлил қилинганда, дори-дармонлар билан бир вақтда мева-сабзавот шарбатларини бирга истеъмол қилиш беморларни тезроқ тузалишига олиб келди. Мева-сабзавот шарбатлари истеъмол қилиниши сабабли беморларда нафақат патологик ҳолатлар бартараф этилди, балки уларнинг ўзларини тетик ҳис этишлари, кайфият ва иштаҳанинг кўтарилиши, меҳнат қобилиятининг тикланиши аниқланди.

Ушбу маълумотлардан хулоса шуки, мева ва сабзавотлар шарбатларини доимий истеъмол қилиш касалликлар профилактикаси ва соғлом турмуш кечиришда катта аҳамиятга эга.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ПИТАНИЕМ И СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Эрматова Г.А., Умарова М.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих состояние здоровья, физического и психического состояния человека, поддерживает высокую работоспособность, продолжительность жизни, обеспечивает защиту организма от неблагоприятных воздействий окружающей среды и стрессовых состояний.

Целью исследования является изучение характера питания и влияние его на здоровье женщин репродуктивного возраста.

Проводимые нами исследования позволили установить достаточно тесные корреляционные связи между структурой питания населения и

состоянием здоровья. Вместе с тем, несмотря на значительное количество разнообразных исследований, посвященных состоянию здоровья женщин фертильного возраста за рубежом и в нашей Республике, несмотря на ведущее место среди факторов, оказывающих воздействие на состояние здоровья, остались недостаточно изученными характер и степень влияния пищевых привычек, структуры питания женщин фертильного возраста на их физическое состояние и здоровье.

Нами был проведен медицинский осмотр среди женщин фертильного возраста (15-49) в г. Кувасае по следующим симптомам: тусклость и диспигментация волос, симптом «Флага», «диффузная депигментация», «лунообразное лицо», бледность конъюнктив, ксероз конъюнктив, потеря блеска глазного яблока, ксероз роговицы, кератомоляция, ангулярный стоматит, хейлоз, отек и цвет языка, изменения состояний зубов, десен, желез, кожи, ногтей, мышечной и костной системы, нервной системы, сердечно-сосудистой системы.

Наши собственные исследования показали в группе обследованных (80 женщин фертильного возраста) у 12 обнаружена тахикардия, у 9 гепатомегалия, у 30 девушек и женщин тусклость, истончение и выпадение волос, бледность слизистой конъюнктивы, у 54 – бледность лица, а также у 8 – ксероз конъюнктивы, у 11 – ангулярный стоматит, у 9 – хейлоз, у 13 – отек языка, у 16 – явление пародонтоза, у 56 обследуемых признали функциональные изменения нервной системы, у 9 – увеличение околоушных лимфоузлов, у 16 – увеличение размеров щитовидной железы 1-П степени. Сочетание 2-х и более патологий встречается у 45 % обследованных девушек и женщин фертильного возраста.

Таким образом, исследование пищевого поведения является комплексной междисциплинарной проблемой. Профилактика нарушений пищевого поведения, формирования биологического этикета правильного питания способствует снижению заболеваемости. При этом правильная и своевременная коррекция его нарушений позволяет достичь не только тактических, но и стратегических клинических преимуществ.

ЖИГАР ЁСМАЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Юлдашев Б.С. Ражапов О.А.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра вакўпгина адабиётларда келтирилган маълумотларга қараганда жигар ўсмалари Осиё ва Африка халқлари ўртасинг кўп учраши аниқланди. Биз ретроспектив таҳлил асосида Хоразм вилоят патологик анатомия бюроси маълумотлари бўйича 2014 - 2016 йиллар давомида жами ўтказилган 49859 та беморлардан олинган биопсион ва операцион материалларни гистологик текширувларини ўрганиб чиқдик. Ўрганиш натижасида 15 та холатда жигар ўсмалари гистологик текширувдан ўтган.

Бу барча 3 йилдаги биопсион ва операцион материалларни 0,03 % ни ташкил қилади. Беморларнинг ёши 28 ёшдан 86 ёш оралиғига тўғри келади. Кўпчилик қисмини 40-60 ёшлар атрофидаги беморлар ташкил қилади. Беморларнинг барчаси эркак жинсига мансуб. 15 та жигар ўсмаларининг (барча жигар ўсмаси 100 %) патогистологик хулосаларига асосан 4 та ҳолатда (26,6%) хавфсиз ўсмалар ва улардан 3 таси жигар гемангиомаси – (бу барча жигар ўсмаларни 20% ташкил қилади), 1 та жигар хужайрали аденома (6,6 %) аниқланган. 11 та ҳолатда хавфли ўсмалар кузатилган бўлиб (73,4%), 6 та ҳолатда иккиламчи метастатик ўсмалар (40%), 5 та ҳолатда жигар бирламчи хавфли ўсмалари (33,3%) кузатилган.

Жигар бирламчи хавфли ўсмаларининг 4 тасида жигар хужайрали (гепатоцеллюляр) рак (26,6%) ва 1 тасида анапластик (кам дифференцирланган) рак (6,6 %) кузатилган.

Юқоридагиларга асосланиб қуйидагича хулосага келиш мумкин: 1. Жигар ўсмалари асосан эркаклар орасида кўп учрайди. 2. Жигар бирламчи хавфли ўсмалари орасида жигар хужайрали раки етакчи ўринни эгаллайди. 3. Жигарнинг иккиламчи хавфли ўсмалари бирламчи хавфли жигар ўсмаларига қараганда кўп учрайди.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭШЕРИХИЙ ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш.

Самаркандский медицинский институт

Цель: Исследование чувствительности *E.coli* основным антибактериальным препаратом, применяемым для терапии эшерихиоз.

Методы: 161 штамма *E.coli*, изолированных от больных эшерихиозом в период в городе Самарканде в 2014 - 2017 гг.; определение антибиотикорезистентности диско-диффузным методом к ампициллину, хлорамфениколу, гентамицину, канамицину, полимиксину (107 исследования), цефотаксиму (54 исследования), и к ципрофлоксацину (22 исследований).

Результаты: *E.coli* в наших исследованиях была резистентна к ампициллину 94,2%, и полимиксину 92,8%, к хлорамфениколу 82,3%, к канамицину 62,2%, к гентамицину 50,7%, к цефотаксиму 65,6%, к ципрофлоксацину 12,8% исследованных штаммов. Промежуточная чувствительность была: к ампициллину в 5,8%, и полимиксину в 7,1%, к хлорамфениколу в 7,1%, к канамицину в 26,5%, к гентамицину в 32,0%, к цефотаксиму в 4,9%, к ципрофлоксацину в 5,1%. Чувствительными оказались: к ампициллину и полимиксину 0%, к хлорамфениколу 10,5%, к канамицину 11,2%, к гентамицину 17,4%, к цефотаксиму 34,4% и к ципрофлоксацину в 82,1%. Наряду с этим устойчивость к 3 и более антибактериальным препаратам выявлена у 92,6% штаммов *E.coli* (без

ципрофлоксацина). Появление резистентности к цiproфлоксацину отмечено с марта 2015 г. к концу 2016 г. устойчивыми к цiproфлоксацину были более половины штаммов, выделенных от больных в этот период.

Обсуждение и выводы: Полученные нами результаты позволяют считать, что выделенные от больных в городе Самарканда возбудители эшерихиоза соответствуют критериям «кишечная палочка со множественной устойчивостью к антибактериальным препаратам». Впервые выявлена устойчивость *E.coli* к цiproфлоксацину.

ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРИРОД И ТИПЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ МИРА

**Юсупова Д.Б., Маъмуров С.А.
Маргиланский медицинский колледж**

В начале XX в. средний уровень рождаемости в мире составлял 40‰ - 45‰, в 1950-1955 гг.-37,3‰, а ныне- 22‰. В развивающихся странах (Азии, Африки и Латинской Америки) очень высокий уровень рождаемости (25,4‰, а в странах Европы, Северной Америки, Австралии - низкий (11,4‰). Смертность и средняя продолжительность жизни приближенную оценку уровня смертности населения дает общий коэффициент смертности - число умерших за год на 1000 жителей. Смертность населения в мире до XVIII в. была очень высока- 40‰- 50‰, затем началось ее постепенное снижение. В 50-е годы XX в.- 19,6‰, а в конце столетия - 8,9‰. Глобальный процесс понижения смертности ведет к сближению показателей в разных типах стран. Более того, во многих экономически развитых странах смертность уже значительно выше, чем в развивающихся. Например, в Великобритании в последние годы он стабилизировался в пределах 10‰ - 11‰, что почти в 2 раза выше, чем в Мексике и Венесуэле. Одна из главных причин таких контрастов - специфика возрастного состава населения, в первую очередь разная доля контингентов пожилых людей. В Великобритании люди в возрасте 65 лет и старше составляют 15% - 16% населения, а, например, в Мексике - только 3,0%. Максимально высоки показатели общей смертности (20-30‰) в самых бедных странах мира - Сьерра-Леоне, Мали, Эфиопии, Анголе, минимальны (менее 3,0‰) - в арабских нефтедобывающих странах (Кувейт, ОАЭ), где очень весома доля рабочих иммигрантов в зрелом возрасте и относительно мала детей и пожилых лиц. В соответствии с изменением совокупности демографических показателей принято выделять три основных исторических типа воспроизводства населения. Первый и самый ранний из них - так называемый архетип воспроизводства населения. Он господствовал в первобытном обществе, находившемся на стадии присваивающей экономики, и ныне встречается очень редко, например, среди некоторых племен индейцев Амазонии. У этих народов смертность настолько высока, что их численность сокращается. Второй

тип воспроизводства, «традиционный», или «патриархальный», доминирует в аграрном или на ранних стадиях индустриального общества. Главные отличительные черты - очень высокая рождаемость и смертности, низкая средняя продолжительность жизни. Многодетность является традицией, способствует лучшему функционированию семьи в аграрном обществе. Высокая смертность - следствие низкого уровня жизни людей, их тяжелого труда и плохого питания, недостаточного развития медицины. Третий - «современный» или «рациональный» тип воспроизводства населения, порождается переходом от аграрной к индустриальной экономике.

ДАРС ЖАДВАЛИ ВА ГИГИЕНИК ҚОИДАЛАР
Юсупова О.Б., Жуманазарова Г.У.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўқувчиларнинг иш қобилиятини ва МНС функционал ҳолатини меъёрда сақлаш учун аввалом бор дарс жадвалларини тўғри тузилишига катта эътибор бериш керак бўлади. Дарслар жадвалини тузганда нафақат уларни қийин ёки осонлигига, балки ўқувчиларнинг ҳафта давомидаги ўзлаштириш лаёқатиغا ҳам эътибор бериш керак. Мактабларда дарс жадвали бир қанча гигиеник талабларни инобатга олган ҳолда тақсимланиши керак.

Тадқиқотлар Хонқа районида №19 сонли мактабда олиб борилди. Гигиеник талабларга кўра мактабларда ҳафталик ва кунлик дарслар дарсларни оғир енгиллигига қараб тақсимланиши ва оғир дарслар сешанба ва чоршанба кунларига қўйилиши керак. Биз текшириш олиб борган мактабда оғир дарслар ҳафтанинг оғир кунлари шанба ва душанба кунларига тўғрикелади. Бу нотўғри, чунки ўқувчида дам олиш кунини муносабати билан дам олиш кунидан кейинги кунини болани дарсга қийинчилик билан бирмунча қийинроқ бўлади. Ҳафтанинг охирига шанба кунига келиб эса болаларда чарчоқлик ҳолати кўпроқ кузатилади ва дарсни ўзлаштириш қийин кечади.

Гигиеник қоидаларга кўра мактабларда мураккаб, ўзлаштирилиши қийин бўлган дарсларни 2- ва 3-дарсларга қўйишга аҳамият берилиши керак. Чунки болаларнинг фанларга бўлган кундалик ўқув лаёқати 2- ва 3-дарсларда юқори бўлади. Бу ҳолат дарслар жадвалини тузувчилар томонидан инобатга олинмаган. Душанба кунини барча 8-синфларда математикадан 2та машғулот кетма кет қўйилган.

Дарс жадвалини тўғри тузиш учун мураккаб дарслар ўртасида енгил дарслар ҳам қўйилиши керак. Шунда бош мия пўстлоқ қисми функционал ҳолати яхшиланади. Дарс жадвали тузилган вақтда бунга камроқ эътибор берилган яъни 8-А синфда сешанба кунини физикадан кейин кимё дарси; 8-Д синфда жума кунини физикадан кейин математикадан кейин; 8-Е синфда чоршанба кунини кимёдан кейин математика қўйилган.

Гигиеник нуқтаи назардан оғир дарслар болани чарчатиб ўзлаштириши ёмонлашиши туфайли куннинг иккинчи ярмига қўйилмаслиги керак. Лекин биз текширган пайтда 8-А синфида 2- ва 3- дарсларга адабиёт ва она тили, аксинча 6-дарсга математика қўйилган. 8-Б синфда ҳам худди шундай ҳолат, сешанба, чоршанба ва жума кунлари 5- ва 6- дарсларда математика, кимё, физика фанлари кетма-кет қўйилган.

Юқоридаги

маълумотларни инобатга олган ҳолда ҳулоса қилишимиз мумкинки, текшириш олиб борилган мактабда дарс жадвали нитузатишда гигиеник меъёр ва қоидаларга риоя қилинмаган. Ўқувжараёнининг бундай ташкил қилиниши ўқувчиларни тездечарчашига ва ўзлаштиришнинг пасайишига олиб келади. Ушбу ҳолатларга жиддий эътибор қаратилмаса ўсиб келаётган организмда турли касалликларга олиб келиши мумкин бўлган ўтачарчаш ҳолатларини келиб чиқишига сабаб бўлади.

БОЛАЛАР ОВҚАТЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Юсупова О.Б., Жуманазарова Г.У.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Биламизки, болаларнинг овқатланишини тўғри ташкил қилиш уларнинг бекаму кўст, соғлом, ёшга мос уйғун ривожланишини таъминлайди, касалланиш даражасини пасайтиради.

Тадқиқот мақсади ва вазифалари. Мактабгача ёшдаги болалар муассасаларига қатновчи боғча ёшидаги болаларни амалдаги овқатланиши ҳолатини ўрганиш ва гигиеник баҳо бериш.

Тадқиқот услублари ва объекти. Тадқиқотлар Урганч шаҳрида жойлашган №1 сонли болалар боғчасида олиб борилди. Болаларни овқатланишини ўрганишда баҳор мавсумига тегишли 10 кунлик таомнома олиб таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Гигиеник меъёрларга асосан таомлар ҳафта мобайнида кўпи билан икки ёки уч марта такрорланиши керак. Лекин биз таҳлил қилаётган таомномалардан кўриниб турибдики ҳафта мобайнида овқат таомлари жуда кўп такрорланган, бир хиллик мавжуд. Болалар овқати таркибида сабзовотларнинг миқдори кам, мевалардан фақат кам миқдорда олма тановул этилади. Бу эса болалар организми учун керакли бўлган маҳсулотларни етишмаслигига олиб келиши ва шу билан болалар организмида шу моддага тааллуқли касалликни келтириб чиқариши мумкин. Шунингдек, болалар учун ниҳоят даражада фойдали бўлган сут маҳсулотлари истеъмолда йўқ, сарёғ миқдори ниҳоят даражада кам. Таомномаларда айниқса болалар организми учун жуда керакли бўлган парранда гўшти, тухум, балиқ, творог, мева маҳсулотлари берилмаган ёки жуда кам миқдорда берилган.

Олинган натижаларга кўра болалар рационидида оқсил меъёр даражасида яъни 58,8-72,6г (жумладан ҳайвон оқсили 26,4 -33,1г); ёғлар

57,3- 73,1г; углеводлар 239,5 -429,7г; ккалория 1619,0-2475 ни ташкил қилади. Бу сонлардан кўриниб турибдики болалар рационада оқсилнинг умумий миқдори ва ёғ 3-5 яшар болалар учун меъёр даражада бўлса, 6-7 яшар болалар учун кам миқдорда; углевод миқдори эса юқори ва шу ҳисобига энергия қиймати бирмунча ошган.

Шундай қилиб, болаларнинг кундалик овқатида нутриентлар миқдори –хайвонот оқсиллари ва ёғларнинг етишмаслиги ва карбонсувлар миқдорининг нисбатан кўп бўлиши ҳисобидан мувозанатлашмаган.

Кундалик овқатнинг витаминлар ва маъдан моддалари ҳисобига таъминланганлигини кўрадиган бўлсак рационда витамин А миқдори жуда паст (0,08 0,23), вит В1 ва витамин С етарли миқдорда.

Овқат таркибида асосий маъдан моддалари – кальций ва фосфорнинг миқдори меъёр рақамларига нисбатан кам.

V-СЕКЦИЯ: ИЖТИМОЙ –ГУМАНИТАР ФАНЛАРНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

PECULIARITIES OF TRANSLATION OF MEDICAL TERMS

Adambaeva N. K.

Tashkent medical academy Urgench branch

Translation and interpreting help mediate knowledge in the world of medicine or pharmaceutical research, but are rarely the focus of healthcare researchers' attention unless a mistranslation triggers severe clinical consequences, including health or life hazard, or becomes the reason for lawsuits or financial claims. It is therefore crucial to ensure sufficient standards of quality in medical translation and interpreting. Although translation does not occupy the most central position in the world of medicine, it certainly plays an important role in knowledge mediation: sharing medical research results, publishing new findings in the international scientific community and marketing new medicinal products and medical devices are key features of this role.

Medical translators who are responsible for mediating professional communication are expected to have considerable expertise in translation and in a given subject area. What is more, written materials, such as health surveys, patient consents, posters, leaflets etc. need to be made available to foreign patients whose command of a given language may be insufficient. A separate group of facilitators is constituted by public service interpreters, who mediate communication between professionals, and also between healthcare professionals, e.g. hospital staff and patients. Therefore, medical translators and interpreters facilitate the communication process between patients and medical professionals because the failure to communicate with a patient may lead to health or life-threatening situations if a physician is unable to obtain information from a patient.

There is a growing tendency in healthcare communication to focus attention on the patient and it is now generally acknowledged that there is a need for qualified medical translators and interpreters to facilitate mediation in interlingual and intercultural medical settings, resulting in a number of translators specializing in this particular area worldwide. It appears, however, that the quality of medical translation is subject to improvement, which particularly concerns translator training and qualifications, as well as verification measures applied to detect translation errors in medical texts. That is because quality becomes an issue of vital significance when a translation or interpreting error affects the quality of medical care or reliability of data gathered in the course of clinical trials.

Literal translation, also called “formal equivalence” by Eugene Nida, is a translation that follows closely the form of the source language. It is also known as word-for-word translation. Although literal translation might work just fine for technical texts such as instruction leaflets and manuals, it has a big flaw

when it comes to everyday expressions. In this case, translating word for word generates a nonsensical text that just sounds awkward and not fluent.

**ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИНИНГ МУТАХАССИСЛИГИ
ЧЕТ ТИЛИ БЎЛМАГАН ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИНИНГ
ЧЕТ ТИЛИ БЎЙИЧА БИЛИМ, КЎНИКМА ВА МАЛАКАЛАРИНИ
ШАКЛЛАНТИРИШ – ДАВР ТАЛАБИ**

Адамбаева Н. К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бакалаврият таълим йўналишлари ва магистратура мутахассисликлари учун ўқув жараёнини самарали ташкил этиш, унинг сифатини таъминлашда замонавий методларни амалиётга татбиқ этиш ҳамда ўқув фан дастурларини такомиллаштириш принципларини ишлаб чиқиш, ўқув фанлари мазмуни ва уларни ўқитишдаги изчиллик асосларини мустахкамлаш, ўқув машғулотларини (маъруза, амалий машғулот, семинар) ўтказиш методикасини такомиллаштириш, талабалар ўртасида мустақиллик ҳоялари асосида маънавий-ахлоқий ва тарбиявий ишларни олиб бориш тадбирларини бойитиш таълимнинг энг долзарб масалалари мажмуини ташкил этади.

ОТМ миқёсида турли хил очик маъруза ва амалий машғулотларнинг ёки “маҳорат мактаб”ларининг инглиз тилида олиб борилиши фанларўқитилиш жараёнини замонавий тарзда такомиллаштиришга олиб келади. Ушбу омилларни инобатга олган ҳолда профессор-ўқитувчиларнинг инглиз тилини билиш даражасини назорат қилиш жараёнида албатта, инглиз тилининг ўқув-услубий тадбирларга нисбатан татбиқ этилиш ҳолатини ҳам инобатга олиш мақсадга мувофиқдир.

Олий таълим муассасалари педагог кадрларининг инглиз тилидаги замонавий дарсликлар, ўқув-методик қўлланмалар ҳамда ўқув-кўргазмали воситалар, шунингдек, инглизча маълумотнома-ахборот нашрлари ва бошқа ўқув-илмий адабиётлар ҳамда ОТМнинг мутахассислик йўналишлари бўйича хорижий нашрлар ва илмий журналлар билан мунтазам танишиб бориши замонавий салоҳиятли моҳир педагог даражасига эришишнинг асосий шартлардан бири саналади. Бундай даражадаги салоҳиятли педагог кадрлар томонидан замонавий ахборот-коммуникация технологиялари ва хорижий тилларни самарали ўзлаштириши учун ОТМ томонидан қўшимча шарт-шароитлар яратилиши зўрур. Шундай қулайликлардан бири – ОТМ миқёсида педагог кадрлар билимини ошириш учун қўшимча инглиз тили машғулотларининг олиб борилиши бу борада масъулиятни оширишга ундайди.

ОТМ педагог кадрларининг инглиз тили саводхонлигини ўқув-услубий ва илмий тадқиқот фаолиятига нисбатан татбиқ этиш тил саводхонлигини оширишга олиб келадиган муҳим омил сифатида хизмат

қилиши мумкин. Чунки олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчиларининг бутун фаолиятини меъёрий хужжатда белгилангани каби ўқув, илмий-методик, илмий тадқиқот, ташкилий-методик, маънавий-ахлоқий ва тарбиявий ишлар ташкил этади.

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Атаджанова А.Ш., Турумова Т.Х.

**Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Ургенчский государственный университет**

Современное высшее медицинское образование ставит основной целью развитие у студентов-медиков потребности самообразования и самосовершенствования. В настоящее время резко возрастает роль и значение отбора содержания, методов и средств организации высшего профессионального образования, способствующего достижению студентами уровня профессиональной компетентности, достаточного для эффективного осуществления в дальнейшем профессиональной деятельности.

Сокращение учебных часов по дисциплине «Русский язык» (в пределах 76 – 54 часов на один учебный год) в медицинских вузах Узбекистана ориентирует преподавателей-русистов на более активный поиск НОВЫХ интерактивных методов обучения русскому языку как языку медицины.

Интерактивное обучение – это, прежде всего, что очень важно для студента-медика, диалоговое обучение [Двуличанская, Н. Н. 2011], в процессе которого осуществляется взаимодействие между самими студентами и между студентом и преподавателем. Диалоговое обучение стимулирует познавательную активность студентов, обеспечивает эффективное усвоение учебного материала на основе самостоятельного поиска путей и вариантов решения поставленной задачи, создает условия для формирования жизненных и профессиональных навыков.

В процессе обучения необходимо в первую очередь обращать внимание на те методы, при помощи которых студенты-медики идентифицируют себя с учебным материалом, включаются в изучаемую ситуацию, побуждаются к активным действиям, переживают состояние успеха и соответственно мотивируют свое поведение. Всем этим требованиям в наибольшей степени отвечают интерактивные методы обучения.

Практический опыт показывает, что использование системы интерактивных методов в развитии современного профессионального медицинского образования является необходимым условием для подготовки успешных специалистов, так как они позволяют формировать знания,

умения и навыки студентов путем включения их в активную учебно-познавательную деятельность, при этом учебная информация переходит в личностно-значимое знание студентов, а способы деятельности – в личностно-ценностный опыт.

Таким образом, применение технологии интерактивного обучения при обучении русскому языку как языку медицины, с одной стороны, способствует повышению познавательной активности личности, развитию ее творческого потенциала в применении нестандартных подходов к решению различного рода заданий, формированию навыков исследовательской деятельности, а также повышает качество профессионального образования.

ОБУЧЕНИЕ НАУЧНОМУ СТИЛЮ РЕЧИ НА ОСНОВЕ ТЕКСТА МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Атаджанова А.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Формирование интереса у студентов обеспечивается профессиональной познавательной мотивацией, т. е., если студент-медик при изучении текста научного стиля понимает, что знания, умения и первичные навыки, полученные на занятиях по русскому языку, оказывают ему конкретную помощь при изучении профессиональной медицинской информации, то он уделяет значительно больше внимания и времени научному стилю речи.

Цель предтекстовых заданий при работе с таким текстом – закрепление материала лексики и грамматики. Они направлены на обучение компонентам монологической речи: образованию фраз и соединению их между собой в соответствии с логикой изложения. Среди такого характера заданий можно выделить, например, следующие: образование множественного числа имен существительных *ткань - ткани, орган – органы, желудочек – желудочки*; определение рода имен существительных: *сердце, кровообращение, средостенение, предсердие* – существительные среднего рода; определение грамматической основы предложения: *По форме сердце напоминает тупоконечный конус*, где *сердце* – подлежащее, *напоминает* – сказуемое; определение падежной формы объекта в модели: (из чего? – Р.п.) - *из ткани*, (по чему?- Д.п.) - *по форме*; употребление словосочетаний в правильной грамматической форме: *грудная клетка, мышечная ткань, кровеносная система*; определение частей речи: (что?) *сердце, орган, ткань, желудочек, полость, диафрагма* – имена существительные, (какой?) *простой, эффективный, мощный* – имена прилагательные; (сколько?) *двух предсердий, двух желудочков, две трети сердца* – имена числительные, способ образования: *на сухожильном (сухое жилое)*- соединительная гласная «о» для основ дух слов и суффикс – н; образование наречий от имени

прилагательного: наречие *постоянно* от прилагательного *постоянный*; определение компонентов сложных слов: *кровообращение*; лексический и смысловой разбор предложений и т. д.

Таким образом, специфика работы при обучении студентов – медиков профессиональному русскому языку на основе текста научного стиля речи состоит в необходимости реализации двух целей: первая из них – развитие, совершенствование и активизация языковых умений и навыков, полученных ранее студентом-медиком, вторая – помощь в овладении научной литературой по специальности на русском языке. Все это способствует пониманию содержания текста с целью дальнейшего воспроизведения, развитию их профессиональной речи, обогащению словарного запаса студентов общенаучной и терминологической лексикой, овладению приемами устного и письменного свертывания и развёртывания информации.

FUQARO ERKINLIGI HUQUQ VA MANFAATLARI USTUNLIGINI TAMINLASH

Atajanova F.E.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Necha ming yillardan buyon turli xalqlar kishilar manfaatlarini va ehtiyojlarini ro'yobga chiqarish uchun har tomonlama imkoniyatlar topishga qobil bo'lgan insoniy birlik–adolatli va fozil jamiyatni yaratishga intilib yashaganlar. Fuqaro erkinligi va faolligi demokratik jamiyat qurishning eng muhim omili .

«Fuqaro» so'zi «faqir» so'zidan olingan bo'lsada u zamonlar o'zgarishi bilan yangi ma'no kasb eta boshladi. Hozirda G'arb olimlari fuqaro tushunchasi o'rniga shaxs so'zini ko'proq ishlatadilar. «Fuqarolik» tushunchasi feodalizm inqirozga uchrab, jamiyatdagi siyosiy, iqtisodiy va ijtimoiy hayot demokratiya va bozor munosabatlari zaminiga o'ta boshlaganda, hozirgi shaklda paydo bo'la boshladi va ilk bor «shaharlik», frantsuzcha «situayan», inglizcha «sitezen», ruscha «gorojanin - grajdanin» degan ma'nolarni anglata boshladi.

Fuqarolarning siyosiy huquq va erkinliklari majmuini kengaytirish, demokratiyani takomillashtirish, mehnatkashlarning va ular jamoalarining davlat va ijtimoiy hayot masalalarini hal etishda faol qatnashishi asosida xalqning o'z - o'zini boshqarishni ta'minlash hayotiy ehtiyojdir. Jamiyatni rivojlantirish siyosiy institutlar ishining forma va usullarini tubdan yangilashni nazarda tutadi. Bunday harakatlardan ko'zlangan maqsad omma ijtimoiy - siyosiy ijodiyotining sifat va samaradorligini ko'tarish, davlat va jamiyat ishlarini bajarishda qatnashayotgan ommaning mustaqilligi va javobgarligini oshirishdan iborat. Fuqarolar o'z siyosiy faolliklarini yuksaltirilishi, qarorlar qabul qilishda bevosita yoki vakillik organlari orqali keng ishtirok etishi, demokratik jamiyat qurish kafolatlaridan biridir.

ЁШЛАРНИ ТАРБИЯЛАШДА МИЛЛИЙ ҒОЯНИНГ ЎРНИ

Атажанова Ф.Э.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бола туғилган кундан бошлаб оила муҳотида яшайди. Оилага хос анъаналар, кадриятлар, урф-одатлар боланинг комил шахс бўлиб шаклланишида муҳимдир. Энг асосийси, фарзандлар оилавий ҳаёт мактаби орқали жамият талабларини англайди, хис этади. Бу бежиз эмас, албатта. Мамлакатимиз ёшлари бугун ҳаётимизнинг турли жабҳаларида шижоат билан фаолият юритишмоқдалар. Улар бугун талаба ва ўқувчи, ишчи ва шифокор, педагог ва инженер, ишбилармон ва тадбиркор. Ёшларимиз компьютер, интернет техникаси, бир нечта чет тилларини мукамал эгаллаб, ривожланган давлатларда таҳсил олиб, жаҳон майдонига чиқмоқдалар.

Демак, Ўзбекистоннинг келажакда буюк давлат бўлиши учун юқори билим – малакали мутахассис кадрларни тарбиялаб етиштириш тақозо этилади. Хозирда бундай улкан вазифани шараф билан бажарадиган, замонавий ва жаҳоннинг энг илғор таълим технологиялари билан қуролланган педагог кадрларга бўлган эҳтиёж кундан-кунга ортиб бормоқда.

Шубҳасиз, у ижтимоий адолат, инсонпарварлик, меҳр-оқибат ғояларига таяниш баробарида ёшлар ҳаётининг барча жабҳаларини қамраб олувчи асосий тамойилларни мустаҳкамлайди.

Миллий ғоя тамойиллари – ёшларни тарбиялаб бориш, уларнинг маънавиятини, тафаккурини шакллантириш асосидир. Миллий ғоя миллатнинг ижтимоий-маънавий, мафкуравий жиҳатдан ривожланиб боришига туртки бўлади. Миллий ғоянинг узвий таркибий қисмларини ташкил қиладиган комил инсон, ижтимоий ҳамкорлик, миллатлараро тотувлик, динлараро бағрикенглик каби тамойилларнинг маъно-моҳиятини бугунги кунда мамлакатимизда олиб борилаётган, маънавий-маърифий, таълим-тарбия ишларининг марказига қўйиш, уларни янги босқичга кўтариш, ёш авлодимизни ҳар томонлама мустақил фикрлайдиган етук дунёқараш эгалари қилиб тарбиялашдан иборат.

ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ МАСАЛАЛАРИ

Атамуратова Ф.С.

Тошкент тиббиёт академияси

Мамлакатимиз ўз мустақиллигини қўлга киритгандан кейин барча соҳаларда бўлгани қаба таълим тизимида ҳам ислоҳатлар амалга оширилди. Хусусан, Олий таълим тизимида ўқитилаётган фанларнинг ўқув дастурлари ўзгараётган замон ва мамлакатимиз тараққиётининг вазифаларига мувофиқ равишда қайта тузилди, ҳамда ўқув жараёнлари амалиётга жорий этилди. Бугунги кунда бу соҳада амалга оширилган ишлар ўзининг самарасини бермоқда. Бугун талабалар онги ва қалбида

ватанпарварлик, мамлакатимиз мустақиллигини мустаҳкамлашда фидоийлик ва унинг юксак тараққиётга эришишга ўзининг ҳиссасини қўшиш руҳияти шаклланди ва табора ривожланиб бормоқда.

Шунинг билан бирга ўқув жараёнларини бугунги мураккаб замон талабларига мувофиқ такомиллаштириб бориш зарурияти муҳим вазифаларимиз қаторида турибди. Айниқса ижтимоий-гуманитар фанларни талабалар томонидан чуқур ўзлаштириши учун зарур бўлган турли замонавий услуб ва воситалардан самарали фойдаланиш зарурияти кучаймоқда. Лекин шуни эсдан чиқармаслик кракки, таълим жараёни тарбия масаласи билан узвий боғлиқ. Чунки бугунрадио, телевидение, айрим чет эл фильмлари, интернет ва бошқа воситалар бир томондан фан, техника, технология ютуқларини оммалаштиришда ижобий рол ўйнаётган бўлса, иккинчи томондан, ёшлар онги, қалби, дунёқараши ва маънавиятига салбий таъсир ўтказувчи ғарбда шакланган “оммавий маданият” ни ёшлар онгига сингдиришга ҳаракат қилмоқда.

Шунинг учун таълимни тарбия билан уйғун равишда олиб бориш борасида Республикамиз Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ва барча Олий ўқув юртларида бир қатор ишлар амалга оширилмоқда. Хусусан, ёшларни маънавий хуружлардан ҳимоя қилиш мақсадида барча Олий ўқув юртларда “Маънавият асослари”, “Диншунослик”, “Миллий истиқлол ғояси”, “Фуқаролик жамияти” каби ижтимоий фанларни ўқитиш, бундан ташқари ҳар ҳафтанинг жума куни “маънавият куни” деб белгилаш, турли музейларга олиб бориш йўлга қўйилган.

Албатта, бундай сай-ҳаракатлар ёшларимизнинг миллий маънавий-меросимизни, мамлакатимизнинг ўз мустақиллигини қўлга киритишда фидоийлик кўрсатган аجدодларимизнинг жасоратларини, миллий урф-одат, анъана ва қадриятларимизни ўзлаштиришда ижобий рол ўйнапти.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЯЗЫКА НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА В ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Ахмедова У.Э., Узакова У.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

На территории Республики Узбекистан, согласно Закону «о языке» государственным языком является узбекский. Узбекский язык занимает главенствующее положение в делопроизводстве, средствах массовой информации. Но история так распорядилась, что в нашей стране русский язык стал языком межнационального общения, его знание открывает путь к взаимопониманию между людьми всех национальностей, проживающих в нашей многонациональной Республике.

В ходе обучения узбекских студентов-медиков русскому языку большую роль играют различные задания, учитывающие способности, наклонности, интересы студентов, а также их языковую подготовку и

общее развитие. В соответствии с программой по русскому языку со студентами национальных групп медицинских вузов проводятся занятия по речевым темам, связанным непосредственно с медициной. Преподаватель – русист на занятиях по темам должен широко привлекать дополнительный материал, направленный на углубление профессионального языка и расширение их знаний по специальности, на привитие им интереса к будущей профессии. С первых шагов студент медицинского вуза погружается в атмосферу специфического, характерного только для его профессии профессионального языка. На протяжении всех лет учебы и затем дальнейшей деятельности специалист, черпая новую информацию, обогащает свой профессиональный язык все новыми и новыми словами и выражениями. Самое основное и заметное отличие профессионального языка – это огромное количество специальных слов и выражений, богатая и широко разветвленная терминология. За сравнительно небольшой период времени возникли новые науки, почти во всех «старых» науках произошли глубокие преобразования. Развилась трансплантационная хирургия, кардиоваскулярная хирургия, онкология, иммунология, гематология, анестезиология и реаниматология, трансфузиология, аллергология, медицинская генетика, радиационная гигиена, психофармакология и т.д. Высококвалифицированного врача всегда отличает культура профессиональной речи: это не только грамотное владение литературным языком, но также широкие и глубокие знания терминологии.

Современный профессиональный язык врача – продукт многовекового развития мировой медицины и фармации. Колоссальное влияние на это развитие оказала культура и наука античных народов Древней Греции и в первую очередь Рима. Многие представители в самых разных сферах своей деятельности широко пользуются словами и терминологическими элементами древнегреческого и латинского языков. Словарное богатство древнегреческого и латинского языков явилось для терминологии основным строительным материалом при создании многих сот тысяч терминов.

ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИИ

Гаппарова Д. А. .

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аллергия – это неадекватная реакция иммунной системы организма на вещества, именуемые аллергенами, развивающаяся при непосредственном контакте с ними. Лечение, осложнения и профилактика аллергии prevnext симптомы аллергии - клиническим проявлением описанной реакции являются покраснение кожи, чихание, появление отеков разной локализации. Наиболее распространенными клиническими

проявлениями аллергии являются насморк, слезотечение возникающие ежегодно в одно и тоже время (поллиноз), воспаление глаз (конъюнктивит), сильный зуд и покраснение кожи (крапивница) отёк лица и верхних дыхательных путей (отёк Квинке), регулярно повторяющийся сухой ночной кашель, бронхиальная астма.

Причины аллергии - аллергены по своей химической природе не опасны для организма. Однако, в силу ряда причин, иммунная система организма расценивает их как чужеродные и отвечает на взаимодействие с ними преувеличенно бурной реакцией. Аллергические реакции являются одними из наиболее часто встречающихся состояний. Данный механизм лежит в основе развития многих серьезных заболеваний. К аллергенам относятся: домашняя пыль, плесень, насекомые, латекс, бытовая химия, шерсть животных, пыльца растений, пищевые продукты, лекарства и многое другое.

В результате взаимодействия организма с аллергенами в кровь выделяются гистамин и гистаминоподобные вещества. Под их влиянием происходит расширение сосудов и выделение из них в ткани жидкости. Диагностика аллергии Диагноз устанавливается на основании очевидных симптомов, а также анализов крови на содержание в крови специфические аллергических антител IgE, кожных аллергических, провокационных, элиминационных, холодовых и тепловых проб. Лечение аллергии Специфического лечения, избавляющего от аллергии навсегда, не существует. Терапия аллергии заключается в нейтрализации антител, подавлении самой реакции и снижении воспаления, присутствующего при любой аллергической реакции. Для этого применяются антиаллергические препараты, адсорбенты (активированный уголь, полифепан и др.), антигистаминные препараты, плазмаферез, иммуносорбция. В тяжелых случаях применяют кортикостероиды. Зная о своей предрасположенности к аллергии, необходимо всегда иметь лекарственные средства «под рукой», их выбор и применение следует обсудить с врачом-аллергологом.

**ЗНАЧЕНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В СОВРЕМЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ КАК ОСНОВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО И
ПОНЯТИЙНОГО ЯЗЫКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА**

Гаппарова Д. А

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

При подготовке будущих специалистов в области медицины большое значение, несомненно, является изучение латинского языка. С самых первых шагов в медицинской науке студенты встречают специальные понятия на латинском языке. Поэтому нужно придать особое значение его изучению не только как языка одной из древнейших культур, но и как

языка, необходимого в практической деятельности специалиста-медика. Для того чтобы понять значение латинского языка в современном медицинском образовании, следует вкратце ознакомиться с его историей. Все мы знаем, хотя бы и примерно, каково было значение Римской империи в античности, когда она занимала территорию от Британии до Месопотамии, но не каждый представляет себе, насколько велико было значение латинского языка в последующие эпохи — средневековья и Нового времени, когда латинский язык был единственным международным языком образованных людей.

История возникновения и формирования латинского языка.

Впечатляющим покажется тот факт, что корни латинского языка кроются в глубокой древности, когда на территории Древней Италии в середине II тыс. до н. э. появились первые предки тех, кому через полтора тысячелетия суждено было положить весь мир к ногам Капитолийской волчицы. Великая честь выпадает языку, если он становится языком мировой державы. Действительно, это очень и очень непросто: ведь с расширением влияния какого-то государства на соседей и вовлечением их в новую культуру сколь часто случалось, что они теряли свой, малый, но от этого не менее родной язык, а вместе с ним — еще и свою культуру, свои ценности, свою историю. Кто теперь помнит о том, кто такие были фалиски, или марсы, или вольски? Все они попали под влияние языка римлян, все они объединились в единую новую культуру — древнеримскую. Из слияния языков победителем выходит обычно только один; да и он способен иной раз пострадать или даже рассыпаться — то ли из-за контакта с языками новых народов, то ли попав под влияние другого, еще более сильного языка. Как бы то ни было, на территории Древней Италии, а затем и во всей Европе, таким победителем оказался латинский язык — единственный, всевластный и неповторимый.

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ И В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Гаппарова Д.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Латинский язык продолжает оставаться важным культурным явлением современного мира. Без этого, казалось бы, «мертвого языка» невозможно представить себе многие области человеческой деятельности. В этой связи уместно вспомнить высказывание автора учебника «Латинский язык и введение в античную культуру» А.В.Подосинова: «Если латынь и «мертва», то ее «смерть» была прекрасной - она «умирала» тысячу лет и оплодотворила собой большинство европейских языков, став основой для одних (итальянский, испанский, французский, португальский, румынский, молдавский и некоторые другие) и одарив сотнями, тысячами слов и терминов другие языки...». Если внимательно разобраться, то

окажется, что сфера применения латыни весьма широка и отличается значительным разнообразием. Латынь как официальный язык используется современной католической церковью. На латыни ведется документация Ватикана, и составляются послания римских пап. Согласно западной богословской традиции на латыни до сих пор ученые пишут диссертации и даже проводят диспуты. Знание латинского языка является непременным для священнослужителя католической церкви.

В нашей стране после Петра I латинский язык (а с ним и древнегреческий) вплоть до Октябрьской революции 1917 года занимал, а в большинстве зарубежных европейских стран и до сих пор занимает одно из самых почетных мест в программе гуманитарных «классических» гимназий. Владение латинским языком всегда считалось и считается основой европейской образованности, поскольку на этом языке народы Европы более двух тысячелетий создавали свою культуру. Зная латынь, человек получает ключ к огромным пластам культуры античности, средних веков и эпохи Возрождения. Латынь в медицине традиционно используется в анатомической, клинической и фармацевтической терминологии. Знание латыни позволяет врачам разных стран мира без труда понимать друг друга. Давняя традиция использования латинского языка в медицине служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования.

Еще совсем недавно большинство медицинских сочинений писалось по-латыни. На латыни писал великий русский хирург Н.И.Пирогов, а И.П.Павлов написал выразительное послание к молодежи «Ad juventutem epistola». Но в интернациональной лексике имеется наиболее общий слой, который состоит из самых употребительных слов, преимущественно общественного или политического значения, которые должны быть известны и понятны всем.

ИНГЛИЗБАОН МАДАНИЯТ АРБОБЛАРИНИНГ ТАХАЛЛУСЛАРИ ҲАҚИДА

Дадажанова Ф.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Инсон ўз ижтимоий ҳаётида ўз асл исми билан бир қаторда сохта, ўйлаб топилган исмини ҳам қўллаши мумкин. Бу исм “Тахаллус” дейилади. Шарқда тахаллус атамаси дастлаб ўрта аср ҳунарманд кулоллари томонидан қўлланган. Улар ўзларининг яратган ижод намуналарининг кимга тегишли эканлигини билдириш мақсадида тахаллуслар қўллаганлар. Бу тахаллус ижод намуналарининг кимга тегишли эканлигини ифодалаш билан бирга нақшинкор безак вазифасини ҳам бажарган. Кейинчалик бу анъана адабиётга ва санъатга кўчган. Шоир, ёзувчи, рассом, санъаткорлар тахаллус қўллаганлар. Масалан, инглизбаон маданият арбоблари мисолида тахаллус қўллашнинг асосий сабабларини

кўриб чиқмоқчимиз. Ўрта аср Европа халқларида жамиятнинг обрўли аъзолари ёзувчи ёки санъаткор бўлишларига салбий муносабат бўлганлиги тахаллус пайдо бўлишининг сабабларидан бўлган. Шу билан бирга танқидга учраш хавфи, муваффақиятга ишонмаслик каби омиллар ҳам тахаллус қабул қилишга олиб келган. Шунинг учун бўлса керак машҳур инглиз тарихий романчилиги асосчиларидан бири Валтер Скотт ўзининг биринчи романи “Уеверли”да умуман муаллифни кўрсатмаган. Роман машҳур бўлиб кетганлиги сабабли кейинги романида “Уеверли муаллифи” тахаллусини қўллаган. XIX аср Америка Қўшма Штатларининг буюк ижодкорларидан бўлган Чарлес Диккенс укасининг лақаби бўлган “Боз” сўзини, Самуел Клеманс сув чуқурлигини ўлчайдиган денгизчиларнинг “Mark twain” (“Ўлчов икки”) кичқиригини, Уилям Сидней Портер О.Генри деган қамоқхона нозирининг исмини тахаллус сифатида қабул қилган.

Тахаллус қабул қилишнинг яна бир сабаби машҳур фамилиядош ёки қариндошлардан фарқ қилиниш билан боғлиқ. Масалан, Америкалик актёр Мелвин Камински машҳур мусиқачи Макс Камински билан адаштириб юбормасликлари учун Мел Брукс тахаллусини қабул қилган. Жонатан Свифт: Исаак Бакерштаф, М.Б.Драпиер, Жек Фречтек, Лемуел Гуливер, А.Персон оф Ҳоноур, Престо, Абел Попер, Шобой, Астрономия студенти ва ҳоказо.

Масалан, Буюк Британиялик актёр ва режиссор Генри Терри тахаллус сифатида Шотландия яқинидаги Гордон Кренд оролининг номидан фойдаланган. Олливер Голдсмиз “Жаҳон фуқароси”, “Даниел Дефо”, “Вазир дўсти” каби тахаллусларни қабул қилишган. Албатта битта мақола, тезис ҳажмида тахаллуслар пайдо бўлишининг барча сабабларини қамраб олиб бўлмайди. Лекин тахаллусларнинг келиб чиқиши сабабларини билиш муаллифни ёки у яшаган даврни яхшироқ тушинишга хизмат қилиши шубҳасиздир.

MULTIMEDIA APPROACH TO TEACHING-LEARNING PROCESS

Dzugaeva Z.R.

Tashkent Medical Academy, Urgench branch

The population of student learning English as a foreign language has been steadily increasing from year to year. To succeed in college, these students must develop not only linguistics, but also academic skills. These skills involve using English to acquire and articulate knowledge by reading academic texts, writing acceptable academic prose, conducting and reporting research.

Some people from educational field said that the curriculum need to be changed, including the purpose of teaching them English, the textbook, and the methods. To meet the students' academic needs and help them develop strong English language skills, there are a number of ways need to be applied. One of the techniques to improving the students is using multimedia in the process of

teaching and learning in the classrooms. Multimedia use in classroom will provide opportunity for interacting with diverse texts that give students a solid background in the tasks and content of mainstream college courses. Furthermore, because educational technology is expected to become an integral part of the curriculum, EFL students must become proficient in accessing and using electronic resources. The time it takes to earn the degree in education today is based on an increasingly outdated model: so many hours in a classroom entitle a student to a receipt in the form of a grade, and so many receipts can be redeemed for a credential in the form of a degree. Education today is just beginning to think of shifting the basis of certification from time served to skills and knowledge obtained.

Connecting with the Internet will make the benefit of increased student motivation. Students are eager to begin class and often arrive early at the computer lab, logging on the Internet and beginning research on their own. They also often stay after class to continue working on the Internet. Overall, students develop greater confidence in their ability to use English because they need to interact with the Internet through reading and writing. Using multimedia provides the students to gather information through media that encourages their imaginations, interests. Also it using this technology combined with the sense of teaching will create a successful teaching method. In our imaginations, we enjoy and value all the benefits of *education on-demand*. We wish the future was here already because deep down inside, we all are lifelong learners. We just want learning to be easy, personalized. This vision is inviting, yet we must live and work in present time. And today, the reality stays apart from the dream. The challenge to educators is clear.

We must also establish rigorous standards of quality in the products, services, and solutions we offer to our youth. We must learn how to prepare all of our students for lives that are becoming more and more complex. We must prepare our students to master change.

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ УЧАЩИХСЯ В УПОТРЕБЛЕНИИ ВИДОВРЕМЕННЫХ ФОРМ АНГЛИЙСКОГО ГЛАГОЛА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ИСПРАВЛЕНИЮ

Иминахунова И.Х., Хаджаева Н.Ф.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Говоря о качестве овладения иностранным языком, нельзя недооценивать такую важную составляющую, как грамотность устной и письменной речи учащихся. В процессе изучения иностранного языка учащиеся постоянно допускают ошибки.

I. Причины ошибок:

1. Влияние родного языка.

Эта причина влияет на словарный запас и грамматику. Когда ученик не знает, как выразить ту или иную мысль на языке, он прибегает к

помощи слов или конструкций родного языка. Так, например, он может спросить “Haveyououtire?”

2. Нечеткое знание правил.

Так ученик, знающий, что прошедшее время глагола образуется при помощи ed, может сказать: “IgrowedupinRussia”.

3. Учащиеся допускают ошибки, не задумываясь о правильности конструкций, а из принципа: хоть что-нибудь да сказать.

II. Методы исправления ошибок.

Рассмотрим один из методов на примере упражнения «ответы на вопросы». После того, как учащийся дал ответ, учитель делает паузу, чтобы другие учащиеся решили, правильно или нет выполнено задание. Если правильно, то нужно продолжить выполнение упражнения. Если же допущена ошибка, то первое к чему нужно прибегнуть – это исправление ошибки тем, кто её допустил (self-correction). Очень важно использовать эту форму исправления. Если же учащийся не может исправить ошибку самостоятельно, необходимо прибегнуть к другому методу – это помощь класса (peercorrection). Если видно, что ни сам учащийся, ни класс не могут исправить ошибку, то это должен сделать учитель. Итак, третий метод – teachercorrection. Работа над ошибками поможет избежать их повторения.

ЭФФЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ОБУЧЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКИМ КАТЕГОРИЯМ СОВРЕМЕННОГО АНГЛИЙСКОГО ГЛАГОЛА В РУССКИХ ШКОЛАХ

Иминахунова И.Х.

Ферганский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Методы обучения – один из важнейших компонентов учебного процесса. Без применения соответствующих методов невозможно достичь поставленной цели, реализовать намеченное содержание, наполнить обучение познавательной деятельностью.

Подходам и методам обучения грамматике посвящено множество работ. Традиционно методисты выделяют два основных подхода к обучению грамматике – эксплицитный и имплицитный. Эксплицитный подход отличается объяснением грамматических правил и явлений. Имплицитный же, наоборот, характеризуется повторением и заучиванием грамматически верных структур без изучения самих правил. Эксплицитный подход к обучению грамматике реализуется двумя основными методами – индуктивным (учащимся предлагается фрагмент речевой/языковой ситуации, анализируя который, они должны найти грамматические закономерности и сформулировать грамматическое правило) и дедуктивным (сначала учитель дает грамматическое правило, а затем учащиеся отрабатывают новые структуры в коммуникативно-ориентированных заданиях)

Сомнения нет в том, что индуктивный метод обучения грамматике является наиболее ценным с точки зрения когнитивного развития учащихся и формирования у них стратегий самообразования. Материал, который не дается в готовом виде, а «добывается» в процессе изучения и исследования, лучше запоминается. Однако индуктивный метод требует значительно большего учебного времени и усилий со стороны педагога. В современных условиях обучения иностранным языкам ведущими подходами признаются коммуникативный и когнитивный подходы.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА ИҚТИСОДИЙ ЮКСАЛИШ

Иргашева М.

Фарғона 1- тиббиёт коллежи

Соғлом турмуш ва тафаккур тарзини, соғлом тарбия тизимини қарор топтиришнинг пировард мақсади соғлом авлодни шакллантиришдан иборат. “Соғлом авлодни тарбиялаш, - деб ёзади М.Холматова, - буюк давлат пойдеворини, фаровон ҳаёт асосини қуриш демакдир. Соғлом авлодни тарбиялаш - икки жиҳат - ёш авлодни жисмонан соғлом этиб тарбиялаш ва уларни маънавий баркамол этиб вояга етказишни ўзида мужассамлаштиради”.¹ Демак, соғлом турмуш тарзининг бош мезони юксак маънавиятдир. Инсоннинг ўзини ўзи билиши, ўз-ўзини шакллантириши, ўз қобилиятларини кўпроқ ўстира бориш жараёнлари оилавий муносабатларда, инсон ва жамият ўртасидаги ўзаро муносабатларда маънавият ярқ этиб кўзга ташланса, шунда биз айти пайтда соғлом турмуш тарзи қарор топганини кўраимиз.

Ижтимоий тараққиёт кўп қиррали бўлиб, жамият тараққиётининг ҳамма томонини қамраб олади. Иқтисодий ривожланиш маънавий баркамоллик билан бирга жамият тараққиётини вужудга келтиради. Моддий ва маънавий бойликлар ишлаб чиқариш жараёнлари, гарчи ўзига хос хусусиятга эга бўлиб, ўз ривожланиш қонуниятларига бўйсунса ҳам, пировард натижада иқтисодий юксалиш, маънавий тараққиёт билан бирлашади, ягона жараёнга айланади. “Жамиятда иқтисодий ривожланиш бўлмаса, - дейди Япониянинг мамлакатимиздаги элчиси Акио Кавато, - одамлар ҳар хил нарсаларга сиғина бошлайди, айтиқса аҳолининг камбағал қатламлари орасида нодонлик, сохта ғояларга лаққа тушиш каби ҳолатлар юзага келади. Уларни қандайдир таълимот ёки дин ёрдамида бартараф этиш мумкин эмас”.¹ Соғлом турмуш тарзини яратиш натижасида биз кишиларда юксак мақсадлар учун дадил ва самарали ҳаракат қилишларига кенг йўл очамиз. Биринчи навбатда одамларда келажакка нисбатан ишонч кучаяди. Аммо Юқорида неча бор таъкидлаганимиздек, соғлом турмуш тарзини қарор топтиришнинг ўзига

Холматова М. Оилавий муносабатлар-маданияти ва соғлом авлод тарбияси.Т.: Ўзбекистон, 2000, 206бет
Кавато Акио. Японларни ҳамма билади. Тафаккур, 2004, 3-сон,396.

хос машаққатлари бор. Бунда “янгисини яратмай туриб, эскисини бузманг” тамойили асосий дастурамал бўлиши керак.

Бу фазилатлар ўзбек халқининг миллий менталитети ҳисобланади. Бинобарин, замонамизнинг атоқли адиби Чингиз Айтматов ёзганидек, “оқилона йўл шундан иборатки, умуминсоний маданият тамойилига суянган ҳолда тарози палласида мувозанатни баробар ушлаб туриши керак. Ўтмиш тажрибаларидан унумли фойдаланган ҳолда, келажакни кўзлаб, инсоният жамиятининг қонун-қоидаларига риоя этиб, онгли ҳаёт кечиришни ўрганиши лозим”.²

ИКТИСОДИЙ ЎСИШНИНГ НЕОКЛАССИК МОДЕЛИ

Искандарова.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ўсиш деганда иктисодий ҳаётнинг ҳаракати, иктисод элементларининг (нарх, ишлаб чиқариш, ишсизлик) ривожланиши тенденцияси тушунилади. Ўсиш реал ЯММ ошишида, мамлакат иктисодий қуввати ўсишида ўз аксини топади.

Иктисодий ўсиш назарияси маълум даражада тез иктисодий ривожланишни таъминловчи омиллар ва жараёнларни таҳлил қилади.

Иктисодий ўсиш назариясининг асосий муаммолари:

- 1) ўсиш тенденциялари ва манбалари;
- 2) унинг узок муддат барқарорлигини таъминлаш;
- 3) технологик сиёсатнинг танланадиган модели оқибатлари;
- 4) халқ хўжалиги структураси янгилашиш суръатлари;
- 5) омиллар ва натижаларни ўлчаш.

Гарб адабиётида энг кўп қуйидаги муаммоларга эътибор берилади: капитал билан қуролланиш ҳаракати; реал иш хақи тенденцияси; миллий жамғармаларнинг ЯММга нисбалам даражаси; ЯММ ўсиш суръатлари. Бунда фан-техникавий ва социал ўсиш ўртасидаги; бандлик ўсиши ва инфляциян ўсиш; ўсишнинг барқарорлиги ва рақобатнинг ўсиши; ўсишнинг стратегия ва тактикаси; интенсив ва экстенсив ўсув ўртасидаги қарама - қаршиликлар ўрганилади.

Иктисодий ўсишнинг бир қанча тенденцияларини таҳлил қилиш учун ишлаб чиқариш функциялари деб аталувчи аппаратни қўллаш қулай. Ишлаб чиқариш функцияси - макроиктисодда асосий неоклассик йўналиш ҳисобланади.

Ишлаб чиқариш функциясига икки асосий таъриф бериш мумкин:

- 1) Бу маҳсулот ишлаб чиқариш мувозанат ҳолати ва уни аниқловчи ишлаб чиқариш омиллари (капитал, меҳнат, ер, ФТТ) функцияси;

²Айтматов Ч., Шохонов М. Чўққида қолган овчининг охи-зори.-Т.: 1998.50

2) Бу миллий махсулот ва уни ишлаб чиқариш учун иқтисодда ишлатиладиган жамият бойликларининг ўзаро боғлиқ факторлари ўртасидаги нисбат.

Ишлаб чиқариш функциясининг математик ифодаси:

$$1) \text{ умумий } X = F(a_1, a_2, \dots, a_n), \left(\frac{dF}{da_1}, \frac{dF}{da_2}, \dots, \frac{dF}{da_n} \right)$$

(a_1, a_2, \dots, a_n) факторларнинг чекланган умдорлиги бўлган шароитда;

2) хусусий- $y = (L, N, K)$.

Бунда: F , - функция характери белгилари;

X ва y - махсулот ҳажми белгилари;

L - меҳнат;

N - ер;

K - капитал.

Факторлар комбинациясини ўзгартириб, турли хил ишлаб чиқариш функцияларига эга бўлишимиз мумкин. Шунинг учун адабиётларда турли ишлаб чиқариш функцияларини учратиш мумкин. Шу билан бирга ишлаб чиқариш функцияларининг моҳияти ва имкониятларини тушунтириб берувчи оддий моделлар ҳам бор.

Ишлаб чиқариш факторларининг у ёки бу комбинацияларидан ташқари ишлаб чиқариш функцияларининг ихчамлигини махсус коэффициентлар ҳам таъминлайди. Уларни эластиклик коэффициентлари деб ҳам атайдилар. Улар ишлаб чиқариш факторлари бир бирликка ошганда махсулот ҳажми қанчага ошишини кўрсатадиган даражали коэффициентлар. Бу коэффициентлар доимий ёки ўзгарувчан бўлиши мумкин. Доимий коэффициентлар ишлаб чиқариш факторлари ошган пропорцияда махсулот ўсишини кўрсатади.

Икки факторли оддий моделда ишлаб чиқариш функцияси имкониятларини кўрсатамиз (капитал ва меҳнат). Уларнинг коэффициентлари доимий.



9.1. Расм. Меҳнат умдорлигининг капитал билан куролланганлик бўйича функцияси.

Ишлаб чиқариш функцияси: $Y = A \cdot L \cdot K^{1-\alpha}$

Бунда: Y - миллий махсулот;

L - меҳнат;

K - жамиятнинг капиталы;

$1-\alpha$ - эластиклик коэффициентни ($\alpha < 1$);

A - доимий коэффициент (хисоб йўли билан аникланади).

Бу шароитларда биринчи ечиладиган масала куйидагича: неоклассик нуқтаи назар жихатидан ишлаб чиқариш факторлари хажми қандай бўлиши керак?

Функция параметрларини L га бўлиб, меҳнат унумдорлиги функциясига эга бўламиз. $\frac{Y}{L} = F\left(\frac{k}{L}, 1\right)$ *ёки* $y = f(K, 1)$

Бунда, $y = \frac{Y}{L}$ - меҳнат унумдорлиги;

$K = \frac{k}{L}$ - бир ишловчига тўғри келувчи капитал, L .

ИҚТИСОДИЙ ЎСИШНИНГ КЕЙНСИОНИСТИК МОДЕЛИ

Искандарова.М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Харрод фикрича ўсишнинг асоси янги капитални инвестициялаш. Харрод хулосасида «капитал - маҳсулот» кўрсаткичи муҳим рол ўйнайди. Миллий даромад ўсувини (y) ялпи инвестициялар нормасининг (бутун жамиятнинг жамгармага мойиллиги) «капитал - маҳсулот» кўрсаткичига нисбати билан аниқлаш мумкин: $y = \frac{S}{K}$

Бунда,

S - жамгармага мойиллик;

K - «капитал - маҳсулот» кўрсаткичи.

Буни қуйидагича ҳам ёзиш мумкин:

$$T_{IP} = \frac{\Delta NI}{NI} = \frac{\left(\frac{\Phi H}{NI}\right)}{\left(\frac{\Phi H}{\Delta NI}\right)} - \frac{N_H}{\Delta KE}$$

Бунда,

T_{IP} - миллий даромаднинг ўсиш суръати;

ΔNI ва NI - миллий даромаднинг ўсиши ва тўла миқдори;

ΦH - жамгарма фонди;

N_H - миллий даромаддаги жамгарма меъёри;

ΔKE - миллий даромад ўсуви капитал сизими.

Агар, $\frac{\Delta NI}{\Phi H} = \mathcal{E}_{KB}$, деб белгиласак, унда :

$$T_{IP} = \frac{N_H}{1} = N_H \cdot \mathcal{E}_{KB}$$

бу ифода - миллий даромад ўсуви суръати, жамгарма меъёри ва инвестициялар самарадорлиги жамгарма меъёри ва инвестициялар самарадорлиги боғлиқлик формуласи.

Харрод белгилари ўзгача:

G - ЯММнинг вақт бирлигидаги ўсиши, $\left(\frac{\Delta Y}{Y}\right)$ да ифодаланади;

C - капитал коэффициенти, яъни ишлаб чиқаришга қўйилган капитал хажми ва маҳсулот ўсиши ўртасидаги нисбат ($I/\Delta Y$);

I, S , ва Y - капитал, жамгарма ва даромад.

Инвестициялар нейтрал, яъни $I/\Delta Y = const.$, $r = const.$ Иқтисодий ўсиш масаласи: G ва S микдорлари берилганда C микдорини аниқлаш.

$G \cdot C = S.$

Шундай қилиб,

$$G \cdot C = \frac{\Delta Y}{Y} \cdot \frac{1}{\Delta Y} = \frac{1}{Y} \quad \text{ва} \quad S = \frac{S}{Y}$$

бўлганда, оддий мувозанат ифодасига чиқамиз:

$$\frac{I}{Y} = \frac{S}{Y}, \text{ ва } I = S$$

Бу ифодаларни қўллаб, Харрод ўсиш назариясига янги тушунчаларни киритади:

G_w - доимий маҳсулот ўсишини таъминловчи, ваколатли ўсиш темпи;

C_r - зарур капитал коэффициенти;

s' - жамгармага мойиллик;

G_n - аҳоли ўсиши ва ФТТ нейтрал характери билан аниқланадиган табиий ўсиш ёки зарур ривожланиш суръати фоизи. Натижада, у ўсиш формуласининг уч қийматини топади:

$$1) G_w \cdot C_r = S', \quad \text{ёки} \quad G_w = \frac{S'}{C_r}$$

Бунда, G ва S $I = S$ моделидан олинган. Бу параметрлар C_r ни аниқлайди. C_r - ФТТнинг нейтрал характерини ифодаловчи коэффициент;

$$2) G_n \cdot C_r = S \quad \text{ёки} \quad G_n = \frac{S}{C_r}$$

(жамгармага мойилликнинг мувозанатдаги даражасида)

$$3) G_n \cdot C_r = S_r \quad \text{ёки} \quad G_n = \frac{S_r}{C_r}$$

(жамгармага мойилликнинг мувозанатдаги даражасида).

Охириги икки формула нейтрал ФТТ вариантларини ифодалайди.

SKILL THEORY TEACHING FOREIGN LANGUAGE

Ismailova S.T., Abduvaliyeva G.Yu.

Tashkent Medical Academy Ferghana Branch

How to acquire a second language is a question of obvious importance to teachers and language learners, and how to teach a second language has also become a matter of concern to the linguists' interest in the nature of primary linguistic data. An understanding of second language acquisition can improve the ability of mainstream teachers to serve the culturally and linguistically diverse students in their classrooms. While significant professional development is necessary to gain a full understanding of second language acquisition theory, some key stages, theories and teaching strategies can be quickly understood and applied in the classroom.

A major theoretical issue in the field of applied linguistics is skill learning i.e. controversy about "behavioristic" audio-lingual learning versus "mentalistic" cognitive code learning. At the basis of these two approaches to language teaching are two philosophies about complex human behavior. The one philosophy says that complex behavior, like simple behavior, can only be described and explained in terms of overt stimuli (S's) and responses (R's), and that learning consists of strengthening or weakening of associations between S's and R's through contingencies, reinforcements, and punishments. At this place one usually refers to American behaviorists, especially to B. F. Skinner. The other philosophy is based on the conception that complex behavior is caused by complex mental operations which derive from knowledge structures, especially knowledge of rules. This system of knowledge is based on innate capacities, which are further developed by the active creation and testing of hypotheses in a rich environment.

VALUABLE APPROACHES ABOUT SECOND LANGUAGE ACQUISITION

Ismailova S.T.

Tashkent Medical Academy Ferghana Branch

It is obvious that in the 21st century, the trend of globalization is leading to closer relationships between countries. Of all the different languages, English, as a global/international language (EGL/EIL) or a Lingua Franca (ELF), is widely used in communication between people and countries. The English language has spread and developed globally, which is a fact that cannot be ignored. As the main foreign language taught and employed in communication with foreigners, the use of English has dramatically increased in Uzbekistan.

Language Teaching and Skill Learning issues are important in the field of language learning and teaching. In my research work I tried to investigate some valuable approaches of current thinking about second language acquisition, but

have also put ahead a much needed reassessment of the view of language as a skill among other skills. In proposing a skills framework for language teaching, I have placed leading professors' views of cognitive approaches to language, and have collected a wide range of evidence from Anderson to Prabhu.

At the same time, it is important to present students with opportunities to process spoken and written texts from the top down. The texts will contain a mixture of vocabulary and language structures which are already familiar to the students, together with vocabulary and structures which are not familiar. This challenges and develops students' ability to work out the meaning, fill in gaps, and develop skills in finding out about aspects of the language which are new to them. In order to enable learners to produce language, teachers select the vocabulary and structures, and the spoken or written text types which will be the focus of a lesson or unit of work.

Briefly, firstly the selected language is presented to the learners through listening and/or reading activities.

ОТРАЖЕНИЕ РАЗГОВОРНЫХ ПОСТРОЕНИЙ В УСТНОЙ МОНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ

Керимзатова И.С.

**Нукусский филиал Ташкентской педиатрической медицинской
института**

Особенно сложной задачей является задача развития монологической устной речи обучающихся. Как известно, монологическая устная речь широко используется и на лекции, и, в так называемых беседах, в выступлениях на собрании, при участии в дискуссиях и т.д. Монологическая устная речь, с одной стороны, близка к разговорной речи, с другой стороны, монологический характер речи сближает её с письменной формой.

Устная речь, используемая в общении с широкой аудиторией, с массами, т.е. публичная речь, сближается с письменной речью еще сильнее.

С письменной речью публичную речь сближает не только монологичность, но и подготовленность, предварительная продуманность, организованность, развернутость высказываний.

Устная публичная речь, производится говорящим в условиях своеобразного цейтнота: говорящий не имеет возможности мысленно оценить удачность каждого слова, каждой фразы до их произнесения, не может и исправить ошибку, так, чтобы она полностью была устранена для слушателя. Народная мудрость очень тонко подметила эту особенность устной речи в пословице: Слово – не воробей, вылетит – не поймаешь.

Устная речь предполагает, что говорящий не должен пользоваться теми языковыми средствами, которые его затрудняют при произношении: следует избегать трудно произносимых слов и

сочетаний слов, многоаспектных составных числительных, длинных предложений, ибо при произнесении возможны невольные ошибки. Опытные ораторы так и поступают. Однако бывают случаи, когда употребить трудно произносимое слово совершенно необходимо. Поэтому преподаватель должен не только учить студентов избегать в устной речи всего трудного, сколько тренировать их на произношении подобных слов, склонении числительных, добиваясь правильного употребления. Студенты должны научиться готовиться к устным выступлениям, осмысливая и продумывая их не только по содержанию, композиции, но и тренируясь в свободном проговаривании всего текста предстоящего доклада, обращая особое внимание на каждое трудное слово или фразу.

Культура разговорной речи - это соблюдение разговорных норм литературного языка. Нужно вырабатывать у обучающихся чувство ответственности за русский язык, за сохранение его красоты, богатства, выразительности, точности.

BODY LANGUAGE AND GESTURES ACROSS CULTURES

Kuryazova X. X.

Urganch State University

This thesis deals with the most important aspects that are helpful for our understanding another people from their gestures, mimics and body language. It is important for future teachers to be aware of this topic and not to forget that except for the things that are said in front of an audience, the enormous part of impression creates how the speaker moves, looks, what the whole body does during a presentation. In the theoretical part the most often used body language is described and its connection with thoughts and unconscious. Nine basic signals as identifiers of speaker's feelings are described in this chapter as well. The next important rule we should follow is spacing, since if we stand too close or too far from the person we communicate with, it could make the addressee feel bad.

Another part of thesis are world-wide used gestures (such as thumbs up, ok sign, handshake etc.), their origin and differences in meaning of the same gestures in various countries. Although these gestures are used in the entire world, in every-day situations, most people have never thought about these gestures' origin, reasons why are they so popular, which famous people used these gestures for the first time and made them so popular.

Body language is said to be much more honest than words. And it is a fact, anthropologist Albert Mehrabian writes that just seven percent of the information we get during a conversation is gained from words while thirty eight percent is gained from tone of voice. Other sense, such as smell and touch take a part at this process as well. It is also declared, that on average we do not speak longer than twelve minutes in a day and the average duration of a sentence is no

longer than 2,5 seconds. According to Birdwhistell it means, that almost 65 percent of the information we get from speaking is not gained from words.

The information, that we gain from verbal communication are just brief facts, whereas non-verbal communication is what we get and what is supposed to create a picture into our soul, which means attitudes, dispositions, real feelings. Experts in body language are able to recognize what kind of movement a speaking person will do if they listen to his/her tone of voice.

Our hands, arms, shoulders and legs do not express any less than our tongue. Similarly to multiple-meanings words, also our gestures might have more meanings. Significant meaning is what gestures get only in connection with another gestures and aspects of body language in particular situation, which is the same as multiple-meanings words compared to single-meanings words.

Body language as such has its own grammar and punctuation. Every gesture has the same value as a single word.

ФАЛСАФИЙ ДУНЁҚАРАШ ВА ИНСОН ФАОЛИЯТИ

Қурбониязова Р.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ҳозирги замон илмий фалсафаси инсон фаолиятини ҳар томонлама ва чуқур таҳлил қилган ҳолда иқтисодий, ижтимоий-сиёсий, маънавий-маданий каби турларга ажратади. Бу фаолият турларининг ҳар бири жуда мураккаб ва кўп қиррали бўлиб, уларни чуқур тадқиқ қилиш ва ўрганиш талаб қилинади. Шунинг учун инсон амалий ва билиш фаолиятини дунёқараш билан муносабатда ёритишмақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Фаолиятни Э.Г.Юдин шундай таърифлаган: “Фаолият инсоннинг атроф-оламга ўзига хос муносабати бўлиб, бунинг мазмунини мана шу оламни мавжуд маданият шакллариини ўзлаштириш ва ривожлантириш орқали ўзгартириш ва янгилаш ташкил этади”¹. Бу таърифдан кенг маънода кўриб чиқиладиган фаолиятнинг муайян дунёқараш ва методологик мазмунга асосланган ҳолда амалга оширадиган муносабат эканлиги келиб чиқади. Бу муносабатнинг маъносига етмасдан туриб, дунёқарашнинг моҳиятини ва ўзига хос хусусиятларини тушуниш ва англаб етиш мумкин эмас.

Дунёқараш инсоннинг борлиққа системали-назарий, маънавий муносабатидир. Дунёқараш конкрет илмий билимлардан фарқли равишда, умумлашган қарашлар системаси, борлиқ ва унга инсоннинг муносабати тўғрисидаги фундаментал тасаввурлар сифатида намоён бўлади. Инсон қарашлари, билимларини назарийлаштирувчи фалсафага қараганда дунёқараш анча кенг ташкилий тузилмадир. У ўзига нафақат рационал жиҳатларни, балки шу билан бирга кишиларнинг ҳаётий нуқтаи-назарларини, эътиқодларини, орзу-интилишларини, ахлоқий

¹Юдин Э.Г. Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки. – М.: Наука, 1978. – Б.268.

тамойилларини, бутун маънавий-маданий оламини қамраб олади. Бунда дунёқараш таркибида кишиларнинг индивидуал ва ижтимоий тажрибалари умумлашмалари, ўзаро мулоқот ва амалиёт жараёнида пайдо бўладиган тасаввурлари муҳим ўрин эгаллайди.

Фаолиятнинг моҳиятини очишда дунёқарашнинг асосини ташкил қилувчи субъект ва объект диалектикасига эътибор бериш керак. Мана шу диалектикани ҳисобга олган ҳолда баъзи файласуфлар томонидан фаолиятга қуйидагича таъриф берилган “фаолият – субъектнинг объектга маълум мақсадни кўзлаган ҳолда моддий-амалий ва ижодий ўзгартирувчилик таъсири бўлиб, бу таъсир натижасида ташқи объект ҳам, унга таъсир қилувчи субъект ҳам ўзгаради”².

Инсон дунёқарашини назарий фаолият натижасида шаклланиб боради. Аммо, унинг моддий асоси ҳам бор бўлиб, бу амалиёт, амалий муносабатлар ҳисобланади. Агар, амалиёт дунёқарашнинг моддий асоси бўлса, унда дунёқараш инсон амалий фаолиятининг назарий асосидир. Дунёқараш амалий фаолиятга йўл-йўриқ кўрсатади, уни маълум бир йўналишга солади.

XXI АСР ЎЗБЕКИСТОН ФАН ФАЛСАФАСИДА ВИРТУАЛЛИК МУАММОСИ

Қурбониязова Р.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Виртуалистика дунё фанида янгича бир йўналиш, таълимот ва ёндашув сифатида XX асрнинг 80-90 йилларида вужудга келди. Виртуалистиканинг шаклланиши постноклассик фан ва фалсафага янги бир қирраларни очишга, инновацион ўзгаришларга олиб келди.

Мазкур йўналишнинг вужудга келиши фан фалсафаси олдида жиддий муаммоларни қўйди: виртуаллик ва унинг моҳияти; виртуал ҳолат ва объектлар муаммоси; виртуал жараёнларда объект ва субъект муносабати; борлиқ ва виртуаллик; виртуал моделларни яратиш; фикрий ва гносеологик виртуал образлар; компьютер технологияси ва виртуалистика; табиат, жамият ва маънавий ҳаётда виртуалликнинг ўзига хос хусусиятлари ва бошқа шу каби муаммолар шулар жумласидандир. Бу эса ўз навбатида виртуаллик тушунчасининг фалсафий категория даражасига кўтарилишини тақозо этади. Юртимизда бу муаммога олимларимиз эътибор қаратганлар, улар ўз мақола ва асарларида тўхталиб, муаммони тадқиқ этишга киришганлар.

Хусусан, Н.Шермухамедова ўзининг “Фалсафа ва фан методологияси” номли асарида виртуаллик ҳақида шундай фикр билдирган; “виртуаллик воқелик ҳодисаси тўғрисида фикр юритар эканмиз, авваломбор, виртуаллик маълум мақсадни кўзлаш билан боғлиқ

²Қоршунов А.М., Мантатов В.В. Диалектика социального познания. – М.: Наука, 1998. Б.3.

бўлиши лозимлигига эътибор қаратишни истар эдик”³. Ҳар қандай виртуаллик ҳам мақсадни кўзлай олмайди. Субъект томонидан яратилган виртуалликда мақсад кўзланган бўлиши мумкин, аммо биз яшаб турган дунёда фақат субъектив виртуал эмас, балки объектив тарзда бор бўлган виртуал ҳолатлар ҳам мавжуд. Шундан келиб чиққан ҳолда виртуаллик мақсадни кўзлаш билан боғлиқ экан, у ҳолда объектив тарзда мавжуд бўлган виртуаллик қандай қилиб мақсадни кўзлайди деган савол туғилади. Ахир уларда онг, тафаккур, эҳтиёж ва бошқалар бўлмаса, уларда мақсад нима қилади.

Объектив виртуал борлиқ ўзи нима?

Объектив виртуал борлиқ онтологик жиҳатдан мустақил потенциал мавжуд, қандайдир актуал таъсир этувчи ҳолатни англаувчи мавжудликдир. Объектив виртуал борлиққа физикадаги виртуал заррачаларни, акцияларни, модел, бифуркация жараёнлари, аттрактор ходисалари ва бошқаларни киритиш мумкин. Фикримизча бундай ҳодиса ва предметлар ҳеч қандай мақсадни кўзламайди, балки булар мақсадга мувофиқ яратилган ҳолда бўлиши мумкин.

Келтирилган фикрларни умумлаштирган ҳолда виртуаллик муаммосига қуйидагича ёндашамиз: Виртуаллик бу – лотинчадан олинган бўлиб “хаёлий”, “фаразий” маъноларини англатади. У ҳали тўла вужудга келмаган воқеа, тўла яратилмаган мавжудлик ҳолатини англатади.

ПСИХОЛОГО–ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ

Олимова Д. Ш., Очилдиев И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Темпы изменений, происходящих во всех областях современного российского общества, требуют адекватной перестройки системы образования для удовлетворения потребности в подготовке врачей профессионалов нового поколения. Процесс обучения студентов медиков включает теоретическую и клиническую подготовку. Уровень подготовки студентов на клинических кафедрах напрямую зависит от знаний и умений, сформированных у будущих врачей на теоретических кафедрах.

Преподаватели клинических кафедр сталкиваются с проблемой недостаточно высокого уровня базовой подготовки студентов–медиков. С одной стороны, на изучение новых дисциплин по учебному плану выделяется строго определенное количество часов, в рамках которых необходимо так организовать учебный процесс, чтобы студенты не только усвоили теоретические знания на клинических кафедрах, но и овладели практическими умениями успешно решать клинические задачи. С другой стороны, входное тестирование на сохранность знаний, полученных на теоретических кафедрах, показывает, что в среднем 10% студентов

³Шермухамедова Н. Фан фалсафаси ва методологияси. – Т.: Ахборот технологиялари, 2006. – Б.200-204.

владеют знаниями и умениями по теоретическим дисциплинам на «отлично», 25% студентов – на «хорошо», остальные студенты – на «удовлетворительно». Причинами такой подготовки студентов преподаватели обычно называют низкий уровень мотивации, плохую память, забывчивость, лень, слабую подготовку к занятиям. По результатам опросов самих студентов, примерно одна треть опрошенных считают объем своих теоретических знаний, с которыми они приходят на клинические кафедры, недостаточным в связи с большим объемом изучаемого материала и дефицитом времени на его усвоение. Проблема организации педагогических условий, которые бы помогли любому студенту быть максимально успешным в учебном процессе независимо от его индивидуальных особенностей и способностей, иметь высокий уровень подготовки, является одной из самых актуальных в системе образования. Одной из значимых причин этого в образовательных учреждениях в целом, как показывает практика, является несовершенство тех научных теорий, дидактических принципов, образовательных технологий и методик организации учебного процесса, которые в основном ориентированы на использование так называемых наследственных, природных способностей обучающегося, его собственного, эмпирически сформированного опыта и уровня умственного развития.

PEDAGOGICAL STRATEGIES USED IN CLINICAL MEDICAL EDUCATION: AN OBSERVATIONAL STUDY

Olimova D. Sh.

Tashkent medical academy Urgench branch

Clinical teaching is a complex learning situation influenced by the learning content, the setting and the participants' actions and interactions. Few empirical studies have been conducted in order to explore how clinical supervision is carried out in authentic situations. In this study we explore how clinical teaching is carried out in a clinical environment with medical students.

During supervised clinical training, medical students are expected to develop their professional competence and attitudes. The present study investigates how teaching is carried out during medical students' clinical training.

Often the literature declares that clinical medical education adheres to a master-apprenticeship system of learning and the fundamental condition for such teaching is that an expert is teaching a novice. The master-apprenticeship structure and modeling theory are, however, not sufficient to meet modern academic educational demands. All formal education and academic teaching is aimed towards students gaining new knowledge and skills consistent with what is intended and necessary according to the curriculum. In medical education, as a consequence, everyday knowledge is expected to be left behind in exchange for scientifically-based knowledge or for knowledge based on professional

experiential knowledge, useful in professional practice. Students' knowledge acquisition is, from this perspective, understood as a qualitative change from a previous kind of understanding. This means there are qualitative differences in how medical or clinical information is understood. Furthermore, such qualitatively different kinds of student understanding of subject matter may also be found among the students exposed to clinical teaching in a clinical situation. Consequently, we might expect qualitative differences in how something is understood among students. This stresses the need for clinical teachers to identify and take advantage of the students' qualitative differences in what they learn, understand and what they remember of what is studied.

Following an ethnographic approach rooted in symbolic interactionism, the focus was on people's actions and accounts in an everyday context and the aim was to look for meaning patterns, similarities and differences in how clinical teaching is carried out. Non-participant observations and informal interviews were used as general data collection methods. According to the ethnographic approach, the analysis of data involves interpretation of meanings, functions, and consequences of human actions and instructional practice, and how these are implicated in local, and perhaps also wider, contexts .

МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Раджапова Д. Д.

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали

С тех пор, как строители Вавилонской башни заговорили на разных языках, общество стало нуждаться в переводчиках. Толмачи ценились везде. До последнего времени иняз был скорее хобби, чем жестокой реальностью. Знать иностранный язык - значило быть эстетом, принадлежать к определенному кругу или (самый безобидный вариант) - прослыть чудачком. Но времена меняются...

В последнее время, когда рынок образовательных технологий изобилует предложениями по самым разнообразным приемам изучения английского языка, вопрос "По какой методике вы преподаете?" становится все более актуальным, что свидетельствует о повышении культуры потребления интеллектуальной продукции. Один из критериев выбора - цена, а вот главный... "Английский за две недели", "Коммуникативная методика преподавания английского языка", "Эффективный экспресс-метод", "Английский на уровне подсознания", в конце концов. Так много нового и неизвестного! А это рождает сомнения в результатах. Можно ли доверять современным технологиям? Или отдать предпочтение хорошо зарекомендовавшим себя "брендам" - таким, как "Бонк", "Eckersley" или "Headway", постепенно переходящим в разряд методической классики?

Задания предлагались достаточно однообразные: чтение текста, перевод, запоминание новых слов, пересказ, упражнения по тексту. Иногда, ради необходимой смены деятельности, - сочинение или диктант, плюс

фонетическая муштровка в качестве отдыха. Когда приоритеты отдавались чтению и работе над "топиками", реализовывалась только одна функция языка - информативная. Неудивительно, что язык хорошо знали единицы: только очень целеустремленные и трудолюбивые люди могли овладеть им на высоком уровне. Зато по степени владения грамматикой они могли смело тягаться с выпускниками Кембриджа! Правда, за труды получали хорошую компенсацию: профессия преподавателя иностранного языка или переводчика считалась у нас весьма престижной.

Сейчас для достижения такого по-прежнему высокого социального положения тоже требуется немало усердия, упорства и каждодневного труда. Но поистине "революционно" то, что язык стал в той или иной форме доступен большинству. И предложение все больше ориентировано на потребителя. Зачем, например, секретарю приобретать заведомо ненужные знания о палатализации согласных или актуальном членении английских предложений? Секретарь-референт или менеджер, имеющий 8-часовую, или, как теперь принято говорить, "монопольную", работу в офисе, ориентирован на развитие совершенно определенных знаний и навыков, то есть на потребление конкретного сегмента рынка образовательных предложений по изучению английского языка.

MASHGULOT JARAYONINI TASHKIL ETISHDA REJALASHTIRISH VA MAQSADLARNING AHAMIYATI

Raximova Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

O'qitish jarayoni tushunchasi qamroviga o'qituvchi va talaba faoliyati hamda ushbu jarayonning tashkiliy shakllarini kiritsa bo'ladi. Ta'limshunoslikda bu jarayon o'quv yili, o'quv choragi, dars/mashg'ulot nomlari bilan ataladi. Dars deganda o'quv faoliyatining ayrim bir bo'lagi tushuniladi. Dars masalasi bo'yicha umumiy ta'limshunoslikda son-sanoqsiz kitob-u maqolalar yozilgan, xususiylar ta'limshunoslik bo'lmish chet tili o'qitish metodikasida esa ko'plab ilmiy asarlarda boblar va maqolalar bitilgan, yirik risolalar ham nashr qilingan. Chet tili o'quv predmeti dars jarayoni va darsdan tashqari mashg'ulotlarda o'rganiladi (darsdan tashqari ishlar o'qituvchi rahbarligida va mustaqil bajariladi).

Dars –M. N. Skatkinning fikricha pedagogik asardir. "Chet tili darsi" terminini eshitganda va o'qiganda, uning maqsadi, turlari, vazifa va bosqichlari, dars rejasi ko'z o'ngimizda namoyon bo'ladi.

Darsning maqsadi. Chet tili darsi boshqa o'quv predmetlaridan ikki taraflama, ya'ni dars maqsadi va mazmuni bilan farq qiladi. Ushbu predmet darslarida nafaqat nutq o'rgatiladi, balki gapirish, tinglab tushunish, o'qish va yozish o'rgatiladi. Ta'lim jarayonining tashkil qilinishi bevosita dars maqsadi bilan bog'liqdir. Maqsad faoliyat bajaruvchining mayog'idir. Yakuniy amaliy maqsad chet tili darsining maqsad va vazifalarini belgilovchi omildir. Darsda

amaliy maqsaddan kelib chiqib, xususiy vazifalar yechiladi. Maqsad (vazifa)lar bir darsda birdan uchtagacha bo'lishi mumkin. Talaba va o'qituvchi birga harakat qilishi tushuniladi. Interaktivtushunchasi aynan ikki tarafdin harakat ma'nosini beradi. Ichki turtki tahlil talab masaladir.

Metodik manbalarda ichki turtki (motivatsiya)ning uch toifasi ma'lum :

1. istiqbolga oid (chet elga borish, tilni o'z ish faoliyatida yoki mutaxassisligi bo'yicha qo'llash),
2. yaqin kelajakka tegishli (kechalar, konkurslar, olimpiadalarda ishtirok etish, devoriy matbuotga maqola tayyorlash va hokazolarda foydalanish)
3. o'qituvchi topshirig'ini bajarishga qaratilgan motivatsiya bo'ladi .

Hulosa o'rnida shuni aytishimiz mumkin, darsda muayyan maqsadlarni amalga oshirish uchun, avvalo, uning maqsadi qanday bo'lishi (bu maqsad so'z bilan tariflanadi) va uning miqdori aniqlanadi. Chet tilining ta'limiy, tarbiyaviy va rivojlantiruvchi tomonlari mavjudligi va ularning ham yana boshqa taraflari borligini nazarga olib maqsad belgilanadi.

CHET TILI DARSLARIDA GAPIRISHISH KO'NIKMALARINI RIVOJLANTIRISHNING AHAMIYATI

Raximova Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Gapirish, nutq faoliyatining turi sifatida, og'zaki fikr bayon etish demakdir. Bu – jarayonni bildiruvchi ta'rifdir. Gapirishning psixologik mazmuniga kelsak, uning hosilasi sifatida fikr, mulohaza, ifodalanishini qayd etish zarur. Chet tili darslarida “gapirish” metodik tushunchasi qamroviga fikr bayon etish jarayoni, aytish, og'zaki muloqot, fikr izhori natijasini va boshqa tushunchalarni kiritish mumkin. Gapirish oqibatida fikr aytiladi, ushbu fikrni bayon etish niyati esa gapirishga sabab bo'ladi. Savol javob, qisqa javob ham, butun bir monolog ham „fikr bayoni” hisoblanadi.

Hozirgi kunda darsning shiorini “gapirish, suhbatlashish va muloqot qilish til o'rganishning asosiy omilidir” deb atasak mubolaga bo'lmaydi, chunki talabaning og'zaki nutqini o'stirish orqali nafaqat gapirish ko'nikmasini, balki talabaning o'ziga bo'lgan ishonchini va til o'rganishdagi qo'rquvini yengishga ham ulkan hissasini qo'shiladi.

Chet tili o'qitish ruhshunoslarning nazariy umumlashmalariga ko'ra nutq muloqot jarayoni emas, gapirish ham emas, nutq – gapirish yanglig' faoliyat chog'ida fikrning ro'yobga chiqish va ifoda qilish usulidir.

Gapirish - biror bir fikrni ishor etish maqsadida muayyan tildagi leksik, grammatik va talaffuz hodisalarini qo'llashdan iborat. Avval o'yla, songra so'zla, deyilishi bejiz emas. „o'yla” qismida fikr paydo bo'lishi, „so'zla” da esa uni nutq orqali harakat sezgisi analizatori orqali „bayon etish” tomonlari nazarda tutiladi. Birinchisi – til materialining qo'llanilishidir, ular leksik, grammatik, talaffuz ko'nikmalari deyiladi, ikkinchisi – fikr aytish jihati – gapirish malakasi nomi bilan yuritiladi. O'quvchilarga chet tilida gapirishni o'rgatish oraliq amaliy maqsad sanaladi, ya'ni ta'limning dastlabki bir necha yili davomida ular gapirish

va tinglab tushunishni (og'zaki nuqni) o'rganishadi, o'qish va yozuv (yozma nutq) o'qitish vositasi bo'lib xizmat qiladi. Demak, gapirish uch vazifani o'taydi: aloqa vositasi, o'qitish vositasi va o'qitishning amaliy maqsadi, (tinglab tushunish va o'qish ham yuqori shunday mavqega egadir. Yozuv esa maqsad emas, faqat vosita vazifasini bajaradi).Gapirishning g'oyat mukammal darajada bo'lishi,,spontan''(o'z-o'zidan beixtiyor sodir bo'lgan) nutq nomini olgan. Bir so'z bilan ifodalaganda, erkin nutq deyilgani ma'qul. Erkin nutqqa yaqin turadigan javob nutqini ham eslatish joyizdir.

Zamonaviy til o'rgatish metodikasida talabani xato bo'lsa ham gapirishini ma'qullab, fikrini bo'lmaslikka va erkin bayon etishi uchun tinglab, so'ngra kerakli tavsiyalar berilishi keng targ'ib etilmoqda. Bu o'z navbatida nafaqat talabani o'ziga bo'lgan ishonchini mustahkamlab qolmay, balki til o'rganishga bo'lgan qiziqishi va mehrini yanada oshiradi.

БАРКАМОЛ АВЛОД ТАРБИЯСИ: ТИББИЙ САВОДХОНЛИК ВА МАДАНИЯТ УЙҒУНЛИГИ

Тилавов Т.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Маълумки,аҳоли соғлигини муҳофаза қилиш, репродуктив саломатликни янада мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши ҳамда парвариши учун зарур шарт-шароитлар яратиш баробарида ҳам жисмонан, маънан соғлом ва баркамол авлодни вояга етказиш масаласи давлатимиз сиёсати даражасига кўтарилган.

Репродуктив саломатлик умумий саломатликнинг бир қисми бўлса-да, инсоният тараққиётида асосий ўринни эгаллаб келмоқда. Шу билан бирга, ҳар бир инсоннинг соғлиги билан боғлиқ масалаларда тизим хизматидан фойдаланиш ҳуқуқи, энг муҳими, оилани соғломлаштириш, репродуктив ҳуқуқи мавжудлиги ҳамда оиласида туғилажак фарзанднинг соғлом бўлишини таъминлаши зарурлигини англатади. Мазкур масалаларда етарли билим ва тажриба, тиббий саводхонлик ҳамда маданиятга эга бўлмаган инсон ўз ҳаётида турли муаммоларга дуч келиши, ҳар хил касалликларга чалиниши ёки носоғлом фарзандларнинг дунёга келишига сабабчи бўлиши мумкин. Аҳоли репродуктив саломатлиги, мамлакатнинг репродуктив салоҳияти, миллий генофонд тақдирини белгиловчи муҳим кўрсаткичлардан биридир. Аниқроқ айтганда, аҳолининг репродуктив жиҳатдан соғломлик даражаси мазкур жамият ва миллий генофонд саломатлиги даражаси, миллат тақдири, давлатнинг умумий қудрати, нуфузи ва салоҳиятига бевосита таъсир кўрсатади. Шу боисдан, мазкур масала бутун дунёда нафақат тиббий, балки тиббий-ижтимоий, қолаверса, ижтимоий-сиёсий муаммо ҳам ҳисобланади.

Институтда талаба ёшлар ўртасида бу борада қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир:

- талабалар орасида соғлом турмуш тарзи тамойилларини кенг тарғиб қилишни йўлга қўйиш;
- атроф-муҳитнинг инсон организми, айниқса, репродуктив саломатлигига таъсирини инобатга олган ҳолда, ёшларнинг экологик маданиятини ошириш, уларнинг экологик таълим олишига жиддий эътибор қаратиш ва таълим тизимида ушбу йўналишдаги фаолиятни талаб даражасида ташкил этишга эришиш;
- барча тиббиёт ходимларининг аҳоли репродуктив саломатлигини сақлаш борасидаги касб маҳоратларини ошириш;
- репродуктив саломатлик мавзусида олиб борилаётган тарғибот-ташвиқот ишларини тубдан яхшилаш, мазкур йўналишда оилалар, ота-оналар ва уларнинг фарзандлари билан мунтазам равишда фаол иш олиб бориш мақсадида "Камолот" ёшлар ижтимоий ҳаракати бошланғич ташкилоти билан ҳамкорликдаги мақсадли тадбирларни мунтазам равишда амалга оширишдан иборатдир.

Зеро, жисмонан, маънан соғлом ва баркамол авлодни вояга етказиш ҳар биримизнинг бурчимиздир.

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Туйчиева О.С., Набиева Н.

Ферганского филиала Ташкентской медицинской академии

В системе образования нашей страны в настоящее время происходят изменения, что приводит к необходимости разработки систем квалификаций, основанных на компетенциях.

Компетентность специалиста включает не только сугубо профессиональные знания и умения, но и такие качества, как самостоятельность, ответственность, инициатива, сотрудничество, умение учиться, логически мыслить, отбирать и использовать информацию. Поэтому очень важно, начиная с младших курсов, развивать у будущих специалистов данные качества. Прием «Корзина идей, понятий, имен, терминов». Этот прием организации индивидуальной или групповой работы студентов для актуализации их опыта и знаний. Например, я даю студентам задание составить или выбрать группы терминов. Каждый студент вспоминает и записывает то, что знает. Затем происходит обмен информацией в парах или группах. Каждая группа называет несколько терминов. Ошибки исправляются и анализируются. Студентам я предлагаю выполнить упражнения, когда одна группа студентов выбирает термины с несогласованным определением, другая – с согласованным, а третья выбирает смешанные термины. Этот прием я использую на практических занятиях для закрепления темы «Клиническая терминология».

Прием «Пометки на полях». Прием удобен для самостоятельного разбора новой темы и составления конспекта, так как позволяет студентам отслеживать свое понимание прочитанного текста. Отдельные абзацы или предложения в тексте помечаются специальными маркировочными знаками. Например, знаком «галочка» студенты отмечают информацию, которая им уже известна; знаком «плюс» отмечается новое знание, новая информация; знаком «минус» отмечается то, что идет вразрез с имеющимися у студентов представлениями; знаком «вопрос» отмечается то, что осталось непонятным. Кажущаяся простота данного метода позволяет, тем не менее, улучшить качество самостоятельной работы и подтолкнуть студентов к творческому анализу. Данный метод можно использовать для самостоятельной работы студентов по таким темам, как «Краткий очерк истории латинского языка» и «Греко – латинские дублеты».

CHET TILINI O`QITISHDA MADANIYATNING AHAMIYATI

Hamdamova S.O., Sodiqova M.

Toshkent tibbiyot akademiyazi Farg`ona Filiali

Til-madaniyat ko`zgidir. Har bir xalq o`z madaniyatiga, milliy tiliga ega. Til va madaniyat o`zaro chambarchas bog`liqdir. Millatning o`z tiliga bo`lgan e`tiboridan uni madaniyatga bo`lgan e`tiboridan dalolatdir. Madaniyat va til bevosita shu xalq bilan birga yuzlab asrlar davomida shakllanib, rivojlanib kelmoqda. Hozirgi kunda tilga va madaniyatga bo`lgan qiziqish ortib bormoqda. Bevosita chet tilini o`rganayotgan yoshlar o`zlari bilgan va bilmagan holda o`rganilayotgan tilda so`zlashuvchi millatning madaniyatini ham o`rganib boradilar. Ayni mana shu jarayonda bir qarama-qarshilik yuzaga keladi. O`rganuvchining milliy madaniyati bilan o`rganayotgan tilining madaniyati o`rtasidagi tafovutlar yaqqol ko`zga tashlana boshlaydi. Yana milliy madaniyatga xos bo`lgan xususiyatlar bir vaqtni o`zida ikkinchi madaniyatga yod bo`lishi mumkin. Chet tilini o`rganish hozirgi kunda eng dolzarb masalalardan biridir. Chunki hozirgi davr axborot texnologiyalari asri sifatida hammadan chet tilini (ayniqsa, ingliz tili) bilishni talab etmoqda. Albatta, bu juda ham yaxshi, lekin yuqorida aytilgandek madaniyatlararo kompetentlikni unutmazlik kerak.

Xo`sh, yod madaniyat bizni milliy o`zbek madaniyatimizga qanday ta`sir ko`rsatmoqda. Bugungi, kunda o`zbekiston yoshlari ingliz tili, fransuz tili, nemis tili, koreys tili, yapon tili kabi xalqaro tillarni katta qiziqish bilan o`rganishmoqda. Bu esa yoshlarimizni nafaqat kiyinishida, nutqida balki, atrofida nisbatan bo`lgan munosabatida, odobida, tarbiyasida, dunyo qarashida to`g`ridan to`g`ri aks etmoqda. Bunday noxush holatlar sabab chet tilini o`rganishni butunlay taqiqlab, to`xtatib qo`yish esa har doim ham to`g`ri yechim emas. Shuning uchun ham chet tilini o`rgatuvchi pedagoglarga bo`lgan

talab yanada ortib bormoqda. Bu esa biz pedagoglarga, ayniqsa, yoshlarga xorijiy tillarni o`rgatuvchi pedagoglarga katta mas`uliyat va vaziflarni yuklaydi.

Chet tilini o`rgatuvchi pedagoglar yoshlarga faqatgina tilni grammatik, morfologik, orfografik, fonetik nuqtayi nazardan tanishtiribgina qolmay, bir vaqtni o`zida ularga shu millat madaniyatini ham tanishtirib borishi, bevosita bu madaniyatni o`zbek madaniyati bilan solishtirib, o`xshash va farqli jihatlarini ko`rsatib, ijobiy hamda salbiy taraflari bilan tanishtirib borishi va buni to`g`ri amalga oshirishi maqsadga muvofiqdir.

INTERCULTURAL COMPETENCE AND FOREIGN LANGUAGE LEARNING

Hamdamova.S.O.

Tashkent Medical Academy Ferghana Branch

General documents, as well as definitions that deal with *Intercultural competence* have been presented, yet what does it mean for foreign language teaching?

The key document that deals with language teaching and learning is the *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment* which shows that the *Council of Europe* is concerned to improve the quality of communication among Europeans of different language and cultural backgrounds. This is because better communication leads to freer mobility and more direct contact, which in turn leads to better understanding and closer co-operation. The Council also supports methods of learning and teaching young people and indeed older learners to build up the attitudes, knowledge and skills they need to become more independent in thought and action, and also more responsible and co-operative in relation to other people. In this way the work contributes to the promotion of democratic citizenship (CEFR, 2003: xii).

A similar attempt to handle the issue of social context may also be traced in the theory of language; an attempt to prove that language is not only about a system, but also about social interaction and cultural sensitivity. "Communicative competence no doubt *implies* linguistic competence but its main focus is the intuitive grasp of social and cultural rules and meanings that are carried by any utterance." (Stern, 1996: 229)

The concept of *Communicative competence* has gone through a long development with some significant milestones, however, since it is not the aim of this workshop to present such development, I shall move forward and view the development of *Intercultural competence* as well as *Communicative competence* as an integrated whole, the so called ***Intercultural communicative competence – ICC***. Its great importance is mirrored in the currently most influential and widely used document *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment*.

According to the *Common European Framework* educators should develop their

learners in both *Communicative language competences* and, reflecting the purpose of evolving *Intercultural competence*, in *General competences*.

ХОРИЖИЙ ТИЛЛАРНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Ходжаева Ш. М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Таълим муассасаларининг ресурс, кадрлар ва ахборот базаларини янада мустақкамлаш ўқув тарбия жараёнини янги ўқув услубий мажмуалар, илғор педагогик технологиялар билан тулиқ таъминлаш, таълим жараёнини ахборотлаштириш, узлуксиз таълим тизимини жахон ахборот тармоғи билан тўлиқ қамраш ”Кадрлар тайёрлаш миллий дастури” нинг учинчи босқичида бажариладиган вазифаларга киритилган. Шунингдек замонавий ахборот технологиялари (АТ) ва компьютер тармоқлари негизида таълим жараёнини ахборот билан таъминлашни ривожлантириш таълим жараёнида оммавий ахборот воситаларининг мавқеини ошириш, телевидение ва радионинг таълим дастурлари интеллектуаллашувини таъминланган холда уқитиш сифатини янада яхшилаш рақобат бардош кадрлар тайёрлаш ҳозирги таълим олдида турган асосий масалалардан хисобланади.

Таълимда АТ тушунчасига турли манбалар ўзига хос карашларнинг ифода этганлар. Мавжуд қарашлар жамлаб, фикрларни умумлаштириб таълимда АТ тушунчасини қуйидаги кўринишда бериш мумкин; ”Таълимда АТ бу – ўқув жараёнида ахборотни узатиш, қабул қилиш, қайта ишлаш ва сақлаш ундан самарали фойдаланиш имкониятларни берувчи техник (кино, аудио ва видео воситалар, компьютерлар ҳамда, телекоммуникация қурилмалари) ва дастурий (дастурлар ва дастурий тизимлар) воситалар тизимидир”.

Чет тилларни ўрганишда “компьютер-ўқитувчи” билан шуғулланишнинг бир қатор ўзига хос хусусиятлари мавжуд.

Талаба ўзини эркин, енгил, жонли, ўқитувчининг салобатисиз ҳис этади.

Агарда талаба хато қилса, ўқитувчи билан бўлгани каби қийин ахволга тушмайди;

Ўқитувчи дарс пайтида фаннинг айрим деталларини эсидан чиқариб қолдириши мумкин. Компьютер эса ҳеч нимани эсидан чиқармайди. Талаба компьютердан тушунмаган саволларини қайта-қайта сўраб ўзини текшириб ва ўқув материалини тўғри тушунганига ишонч ҳосил қилиб ўзини-ўзи назорат қилиши мумкин;

Компьютер орқали таълим олишни талаба завқ олиб ўйнайдиган ўйинга ҳам таққослаш мумкин. Аммо ўқитувчи билан бундай ишлаш эхтимолдан узоқдир;

Дарсни нафақат ўқув юртида балки бевосита уйда бевосита бутун эътиборни объектга қаратиб, ўзи хоҳлаганча жойлашиб олиб ўтказиши

мумкин. Бунда ўрганувчи ўзи хошишига кўра дарсни чўзиши ёки шартта тўхтатиб кўйиши мумкин.

Чет тилни масофадан ўргатиш тизими воситалари ёрдамида талаба стандарт хорижий нутқни эшитади. Ўқитувчининг чет тилдаги нутқи эса хашиша стандартга тўғри келавермайди. Компьютер ёрдамида талаба ўзининг талаффузини текшириши ва хатоларни тўғрилаши мумкин. Чунки ҳозирги кунда компьютер микрофонидан фойдаланишга эга куплаб махсус ўқув дастурлари мавжуд (талаффузни текшириш усуллари юқорида куриб чиқдик.)

Дарс жараёнида нотаниш сўзлар чиқиб қолса, талаба дарсни ўша жойда тухтатиб, тушунарсиз сўз иборанинг таржимасини ёки изоҳини бевосита компьютер луғатидан фойдаланиб билиб олса бўлади.

Талаба ўзи истаган хориж университети билан боғланиб, ўқув юрти ўқитувчиларининг маърузаларини тинглаши мумкин.

Талабалар фақатгина маърузаларни тинглабгина қолмай балки, таълим берувчилар билан жонли мулоқотга киришлари мумкин. (Видеоанжуманлар ташкил этиш орқали) ва хакозолар.

Чет тил ўқитишда компьютер технологияларидан фойдаланиш талабаларга ва ўқитувчиларга ҳам енгиллик келтидади ва талабалар билимини ўстириш учун янги имкониятлар яратади.

IMPROVE THE LISTENING SKILLS IN ELL (ENGLISH LANGUAGE LEARNING) CLASSES

Khodjaeva Sh. M.

Tashkent medical academy Urgench branch

Listening is the ability to identify and understand what others are saying. This involves understanding a speaker's accent or pronunciation, his grammar and his vocabulary, and grasping his meaning. An able listener is capable of doing these things simultaneously. They are:

- predicting what people are going to talk about
- guessing at unknown words or phrases without panicking
- using one's own knowledge of the subject to help one understand
- identifying relevant points; rejecting irrelevant information
- retaining relevant points (note-taking, summarizing)
- recognizing discourse markers, e.g., Well; Oh, another thing is; Now, finally; etc.
- recognizing cohesive devices, e.g., such as and which, including link words, pronouns, references, etc.
- understanding different intonation patterns and uses of stress, etc., which give clues to meaning and social setting
- understanding inferred information, e.g., speakers' attitude or intentions

A typology of activities for a listening lesson. I suggest a variety of exercises, tasks, and activities appropriate to different stages of a listening

lesson (pre-listening, while-listening, and post-listening). Good classroom activities can themselves be effective solutions to listening problems. The list covers a wide range of listening activities from simple to more sophisticated. Some teachers, accustomed to following exactly the exercises and tasks provided in the textbook without thinking about whether they are suitable for their students or not, might look on these activities as extra work and a burden. I would like to point out that it is a pleasure and a positive experience to try various exercises, tasks, and classroom activities, for successful lessons depend on the teacher's knowing and using a variety of teaching methods. Teachers should have at their fingertips a set of exercises, tasks, and activities that they can use with their classes whenever they may be needed.

Conclusion. Some teachers think that listening is the easiest skill to teach, whereas most students think it is the most difficult to improve. This contradiction tells us that there are some things about teaching listening that need to be explored. Perhaps those who say it is "the easiest to teach" mean that it does not require much painstaking lesson preparation and all they need to do is play the tapes and test the students' comprehension. But is there nothing more to teaching listening than testing? We must find out all we can about how listening can be improved and what activities are useful to this end and then use this knowledge and these activities in our own classrooms.

Result. Once the class as a whole catches on, this system takes hold in the scheme of learning oral skills. It helps in the students' other language(s), for it aids them in gaining confidence in speaking in front of their classmates; it develops habits of handling their own language with care as they come to examine it from the translator's point of reference, and it helps them to pay attention with an eye to making summaries of what has been read or heard. This type of class activity allows interested learners to soak up eagerly every possible element of the target language, at the same time allowing for passive learning by just being there.

KOLLEJ O'QUVCHILARIDA MA'NAVIY-MA'RIFIY TADBIRLAR ORQALI SOG'LOM DUNYOQARASHNI SHAKLLANTIRISHNING AHAMIYATI

Xudayberganova N. Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Jamiyatimizda shiddat bilan rivojlanib borayotgan ko'pgina sohalardan biri bu- ta'lim tizimidir. Ta'lim tizimida ayni damda ko'pgina islohotlar amaliy ifodasini ko'rsatmoqda. O'rta maxsus ta'lim tizimiga qarashli kasb-hunar kollej o'quvchilari faoliyatining muhim tarkibiy qismi bu-talabalar o'rtasida ma'naviy-ma'rifiy tadbirlarni uyushtirishni yanada kuchaytirishni tashkil etish va ularni yuqori darajada o'tkazish orqali o'quvchilarsog'lom dunyoqarashini kengaytirish, ma'naviyatini boyitish, fikrlashini o'stirish, shuningdek ularda ahloqiy sifatlarni tarbiyalashga xizmat qilishi masalaning ayni dolzarb

qismidir. Bu borada ma'naviy-ma'rifiy tadbirlar alohida pedagogik ta'sir kuchiga ega. Tadbirlarning rang-barang shakllarda bo'lishi samarali metod va vositalar yordamida tashkil etilishi esa samaradorlikka erishishning muhim omili hisoblanadi.

O'quvchilar bilan bevosita ishlash, pedagogik, psixologik va adabiy-badiiy siyosiy-ijtimoiy, xuquqiy, madaniy yo'nalishlardagi ko'plab adabiyotlar bilan tanishish, ularni tahlil qilish, boy dunyoqarash va milliyligimizni targ'ib etuvchi ma'naviy-ma'rifiy tadbirlarni quyidagi shakllarda tashkil etilishi samarali ekanligini ko'rsatadi.

Shuningdek talabalar ehtiyojlari va taklif va istaklariga muvofiq ijtimoiy tashkilotlar, sog'likni saqlash, sport-sog'lomlashtirish muassalari, turli jamg'armalar, markazlardan mutaxassislarni taklif qilish asosida o'zlashtirilishiga yordam beradi.

Pedagoglar, psixologlar o'quvchilar hayot tarzining ma'naviy-ahloqiy jihatlari shaxsda salbiy odatlar yot g'oyalar ta'siriga tushib qolish (kashandalik, spirtli ichimliklar yoki narko'tik moddalarni istemol qilish)ning ijtimoiy-ahloqiy asoratlari, salbiy odatlarning shakllanishini oldini olish yo'llari haqida ma'lumot berishlari mumkin.

Shifokorlar talaba qizlar uchun maslahatlar davomida, shaxsiy gigiyena qoidalari, ularga rioya etish shartlari, jinsiy hayot, uning ma'naviy-ahloqiy jihatlari, jinsiy hayotni to'g'ri yo'lga qo'yish asoslari, turli yoshdagi ayol organizmining fiziologik xususiyatlari, ayollar jinsiy kasalliklarini oldini olish haqida ma'lumotlar berib borishlari kerak.

Ko'pgina sohalarning malakali mutaxassis ishtirokida davra suhbatlari yoki uchrashuvning tashkil etilishi talabalar tomonidan ularni qiziqtirgan savollar to'laqonli javoblarni olishga imkon yaratishi bilan belgilanadi.

Demak, kasb-hunar kollejlari talabalarga sog'lom fikrga ega, dunyoqarashi boy, intellektual salohiyatga ega yoshlarni tarbiyalash yuzasidan amalga oshirilishi lozim bo'lgan ma'naviy-ma'rifiy tadbirlarning turli shakllarda tashkil etilishi o'quvchilarning tadbirlar jarayonida faol ishtirok etishlari uchun sharoit yaratadi. Bu esa yoshlarni sog'lom dunyoqarashini boyitishga hizmat qiladi.

КОЛЛЕЖ ЎҚУВЧИЛАРИДА МАЪНАВИЙ МАДАНИЯТНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ДОЛЗАРЪ ПЕДАГОГИК МУАММО СИФАТИДА

Худайберганова Н.Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мустақиллик йилларида Ўзбекистон Республикасида жамият ҳаётининг турли соҳаларида кенг қамровли ислоҳатлар амалга оширилди. Ислоҳатларни амалга оширишда жамият ҳаётини тубдан янгилаш, фуқароларда ишлаб чиқариш ва меҳнатга бўлган муносабатни қарор топтириш, яратувчилик бунёдкорлик ҳиссини тарбиялаш, ижтимоий

муносабатларнинг янгича мазмун касб этишига эришиш ҳамда эркин, мустақил ва ҳар томонлама баркамол шахсни вояга етказиш мақсадлари белгиланган. Ўзбекистон мустақиллиги шароитида шахс етуклигини ифодаловчи муқобил тушунча сифатида қўлланилаётган “маънавият” тушунчасининг моҳияти фалсафий, педагогик ва бадиий нуқтаи назардан тадқиқ этила бошланди. Айни вақтда “маънавият” тушунчасининг моҳияти ўнлаб ёндашувлар асосида очиб берилган.

Маънавият инсонни руҳан йўқсалишини таъминлайдиган куч экан, маънавий маданиятга эга бўлиш ўз-ўзидан ўсиб келаётган ёш авлодни бузғунчи ғояларга қарши кескин курашиш ва жамиятда эзгу ғояларнинг қарор топиши учун хизмат қилишга йўналтиради. Педагогик ҳодиса сифатида шахснинг маънавий маданиятга эга бўлиши бир неча босқични ўз ичига олади. Шахс оила, мактабгача таълим ва умумий ўрта таълим муассасаларида амалга оширилган ижтимоий тарбия негизида маънавий маданиятнинг дастлабки унсурларини ўзлаштиради. Ўрта махсус касб-хунар таълими тизимида эса ўқувчиларда мавжуд бўлган маънавий маданият унсурлари янада ривожлантирилади. Коллежлари ўқувчиларида маънавий маданиятни ривожлантиришга йўналтирилган педагогик фаолиятнинг самарали ташкил этилиши, ўқувчиларнинг ҳаётниқадрлаш, умрйўлини тўғри белгилаш ва унинг маънавийлигини ўқувчиликда, ҳаётнинг мақсадларини аниқлаб олиш ҳамда эртанги кунга қатъий ишонч билан қараш каби кўникмаларга эга бўлишларини таъминланади.

Маънавий маданият – маънавий ижоднинг шунчаки маҳсулоти бўлмай, балки ижодий фаолиятни амалга оширадиган кишилар ўртасидаги муносабатни ҳам билдиради. Коллежлар ўқувчиларида маънавий маданиятни ривожлантиришнинг муҳим омили сифатида ўқувчиларнинг шахс маънавияти ва уни ривожлантириш тўғрисидаги назарий ва амалий билим, кўникма ва малакаларни янада бойитиш орқали педагогик маҳоратларини такомиллаштириш мақсадга мувофиқдир.

SHAXSDA MILLIY IFTIXOR TUYG‘USINI SHAKLLANTIRISHNING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Xudayberganova N. Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

O‘zbek xalqiga xos milliy xususiyatlar, uning milliy madaniyati, ilm-fan, san’at va adabiyot sohasida erishgan yutuqlari, oilaviy turmush tarzi, bola tarbiyasida qo‘llangan usul va tadbirlarida namoyondir. Har bir millatning ajdodlaridan meros o‘ziga xos bilim boyliklari, tajriba va tarixiy saboqlari, odob-axloq, ta’lim-tarbiyaga oid o‘g‘itlari va yo‘l-yo‘riqlari saqlanadi. Bu bebaho boylikni o‘ziga kelayotgan avlodga etkazish, ulardan to‘g‘ri xulosalar chiqarish, ular bilan faxrlanish va ular orqali milliy iftixor tuyg‘usini shakllantirish yaxshi natijalar beradi. Har bir millatning o‘z qadriyatlari, madaniyati, ma’naviyatini asrab-avaylab kelajak avlodga etkazish va millat

istiqboli yo'lida ulardan foydalanishi uchun yoshlarda milliy iftixor tuyg'usini shakllantirish muhim o'rin tutadi.

O'zbek xalqiga avlod-ajdodlardan buyuk an'ana, milliy meros bo'lib o'tib kelayotgan ilm-fanga o'chlik, madaniyatga talpinish, odob-axloq qoidalarini chuqur o'zlashtirib hayotga tatbiq etishga intilish, bilimni oshirish, tafakkurini o'stirib borish kabi xislatlar – millatning faxri, iftixoridir.

Talaba-yoshlarda milliy iftixor tuyg'usini shakllantirishda madaniyatimiz va ma'naviyatimizning asosi sanalmish "Avesto"ni chuqur o'rganish muhim ahamiyatga ega. Ushbu durdonani o'qir ekanmiz, unda hozirgi xalqimizda mavjud bo'lgan urf-odat, an'analarimiz bilan uyg'unlik sezamiz.

Xulosa o'rnida o'lkamizda yaratilgan bebaho ma'naviy kadriyatlar tizimining ajralmas bir qismi hisoblangan boy ma'naviy merosimiz namunalari ajdodlarimizning tarixi bilan yosh avlodni tanishtirishi bilan bir qatorda ularni yuksak bunyodkorliklar sari undaydi.

Har bir yosh avlod shu zaminning, buyuk ajdodlarning vorisi ekanligidan g'ururlanib, milliy iftixor tuyg'usi bilan yashasa arziydi.

АМИР ТЕМУР, ВЕЛИКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ И ПОЛКОВОДЕЦ

Худайкулова Н.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Тимур был человеком весьма отважным и сдержанным. Обладая трезвостью суждений, он умел принять самое верное решение в трудных ситуациях. Эти черты характера и притягивали к нему людей. Дальновидный правитель и талантливый организатор. Тимур оставил после себя десятки монументальных архитектурных сооружений, некоторые из них вошли в сокровищницу мировой культуры. Постройки Тимура, в создании которых он принимал деятельное участие, обнаруживают в нём незаурядный художественный вкус.

Современник Тамерлана Ибн Арабшах, знавший его с 1401 года лично, сообщает: «Что касается персидского, тюркского и монгольского, он знал их лучше, чем кто-либо другой». Юридические документы государства Тимура, были составлены на двух языках: персидском и тюркском. Тимур любил беседовать с учёными, в особенности слушать чтение исторических сочинений; своими познаниями в истории он удивил многих средневековых историков

В годы своих завоеваний Тимур свозил в страну не только материальную добычу, но и привозил с собой видных учёных, ремесленников, художников, архитекторов. Он считал, что чем больше будет в городах культурных людей, тем быстрее будет идти его развитие и тем благоустроеннее будут города [Мавераннахраи](#) [Туркестана](#).

ОМОНИМ ВА СЎЗ ЎЙИНЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ

Эргашева Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Мумтоз адабиёт давридан то шу кунга қадар шеърятмизда тажнис санъати кенг қўлланиб келади. Уни ўрганиш натижасида илми бадига оид манбаларда Тажнисни турларга ажратиш масаласида ихтилофлар юзага келган.

Ушбу масалага махсус тўхталган адабиётшунос Ё.Исҳоқов тажнисни иккига – тажниси том ва тажниси ноқисга ажратади⁴. Унинг айтиши шу таснифи тажнисни шакллантирувчи воситалар билан боғлиқ бўлгани учун тилшуносликка ҳам бевосита алоқадордир.

Тажниси томни юзага келтирувчи асосий материали омонимлар бўлиб, асосан бадиий матн билан боғланган. Матндан ташқари ҳолатда омонимлар фикрий иккиланишга сабаб бўлади, масалани тўла тушунишга ҳалал беради. Шунинг учун ҳам уларни фақат шаклий ҳодиса сифатида тушунмаслик лозим. Зеро, омонимлар бадиий матннинг эмоционаллигини оширишга, бу билан тингловчига эстетик завқ беришга хизмат қилади:

Қошига тортади қуюқ ўсмани

Берилиб – берилиб қиз қушмогур-эй...

Умринг дафтарига қора чизиқмас

Ҳатто сал ножўя из тушмагур-эй. (ЯБЯ, 7-бет)

Ушбумисолдагитушмагурсўзларининг таркибида ҳаракат маъносимавж уд бўлиб, биринчигушмагурсўзида унинг бумаъноси ўзаҳамиятиний ўқотган. Ҳозирда бу сўз ўзидан олдинги сўз билдирган шахсни эркалаш, суйиш ёки энгил қойиш каби маъноларни беради. Иккинчи тушмагур сўзи эса юзага келмаслик, пайдо бўлмаслик ҳолатини ифодалайди.

МАЪНОДОШ СЎЗЛАР

Эргашева Ш.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Нутқимизда моҳияти билан бир хил ёки бир-бирига яқин бўлган сўзлар – маънодош сўзлар (синонимлар) кенг қўлланилади. Улар нутқий ортиқчалик маҳсули бўлмай, балки тилнинг гўзаллиги, образлилиги ҳамда эмоционаллигини таъминловчи стилистик воситалардир. Шунингдек, синонимлар айтилаётган фикр орқали қўлланган мақсадни ғоявий жиҳатдан хатосиз, аниқ ва образли қилиб ифодалаш учун хизмат қилади.⁵ Синонимлар тил тараққиётининг ички процесслари, оғзаки ва ёзма нутқ формаларининг, шунга ўхшаш турли хил функционал стилларнинг ўзаро

⁴Д.Қуронов, З.Мамажонов, М.Шералиева. Адабиётшунослик луғати. Т., Академнашр. 2010, -Б.302.

⁵Фетисова А.В. Синонимические соответствия между обособленными второстепенными членами и придаточными предложениями обстоятельство в современном русском литературном языке. Автореф.дисс.канд.филол.наук. М., 1965, С.18.

алоқалари натижасида, ниҳоят, ҳар хил мазмуний ва эмоционал – экспрессив оттенкаларни ифодалаш эҳтиёжи натижасида юзага келади.⁶

Тилшунос олим Азим Хожиев маънодош сўзларнинг бир-биридан фарқли белгилари, қўлланишдаги ўзига хосликлари ҳақида фикр юритиб, уларнинг асосийлари сифатида қуйидагиларни кўрсатади:

1.Синонимлар бир-биридан маъно ҳажмига кўра фарқланади ва бу фарқ уларнинг қўлланиш имконини, қўлланиш доирасини белгилайди. Масалан, ўзаро синонимлардан бири қўшимча семага эга бўлмаслиги, бошқаси ёки бошқалари ўзига хос белгига эга бўлиши мумкин. Масалан, ёрдамлашмоқ, кўмаклашмоқ, қарашмоқ, боқишмоқ сўзлари “ёрдам кўрсатмоқ”маъноси билан ўзаро синоним. Булардан ёрдамлашмоқ сўзининг маъно ҳажми кенг, у биронта қўшимча оттенкага эга эмас. Бу сўз моддий жижатдан ёки иш-ҳаракат билан, ёки бошқа йўл билан ёрдам кўрсатиш, қўллаб-қувватлаш маъносига эга: пул билан ёрдамлашмоқ, ўрнидан туришга ёрдамлашмоқ ва б. Шу хусусияти билан у маънодошларига нисбатан кенг қўлланади.

БАДИИЙ АСАР ТИЛИНИ ЎРГАНИШ МУАММОЛАРИ

Эргаева Ш., Султонова Н.

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Нисбатан янги соҳа ҳисобланган лингвопоэтика ҳақидаги қарашлар XIX асрнинг охирига келиб кўзга ташланади. Жумладан, 1891 йил олмон тилшунос олими фон дер Гареленц қуйидагича фикрларини баён этади: “Тил фикрнинг бўлакларга бўлинган ҳолдаги ифодаси, фикр эса тушунчаларнинг боғланишидир. Лекин инсон тили фақат боғланаётган тушунчалар ва уларнинг мантиқий муносабатларигина эмас, балки сўзловчининг ўз фикрига муносабатини ҳам ифодалашни истайди; мен фақат ниманидир айтишнигина эмас, балки ўзимни ҳам ифодалашни хоҳлайман ва шу тарзда мантиқий омилга уни ҳар жижатдан тўйинтирган ҳолда психологик омил қўшилади.”⁷

Тилшуносликда оид замонавий адабиётларда тилнинг асосан тўрт-беш вазифаси қайд этилади. В.А.Аврорин тилнинг коммуникатив (алоқа куроли, воситаси), экспрессив (фикрларни ифодалаш), конструктив (фикрларни шакллантириш), аккумулятив (ижтимоий тажриба ва билимларни тўплаш, сақлаш) вазифаларини фарқлаш лозимлигини “Проблемы изучения функциональной стороны языка” китобида таъкидлаб ўтади. Ўзбек тилшунослигида ҳам бадиий асар тилини лингвопоэтик нуқтайи назардан тадқиқ қилган ишлар кўплаб учрайди.

Ўзбек тили М.Юлдошев таъкидлаганидек, «тилнинг эстетик вазифаси бутун ўзига хослиги ва мураккаблиги билан, албатта, коммуникатив вазифага асосланган, уни трансформация қилган бадиийт манфаатларига

⁶ Кожина М.Н. Стилистика русского языка. М., 1977. С. 128.

⁷ Винокур Г.О. О языке художественной литературы. – М., 1991., с-35.

тўлалигича хизмат қилдирган ҳолда бевосита бадиий матнда намоён бўлади. Умумхалқ тилидаги барча сатҳ бирликлари бадиий матнда у ёки бу даражада эстетик қиммат касб этади»⁸. Бадиий тил масаласини айти лингвопоэтик мақсадлар билан ёритиш борасида Х.Дониёров, И.Қўчқортоев ва бошқалар алоҳида диққатга сазовор бир қанча ишларни яратганлар.

PRINCIPLES OF LEARNING AND TEACHING VOCABULARY

Yuldasheva Z., Sapaeva D.

UrSU

The aim of this thesis is to present two main streams in languageteaching approaches and their influence on students' acquisition.

In modern methodology two main tendencies set apart: methods in which the teacher has the most important role and chooses the items students will learn opposing the one where focus shifts away from the teacher to the students.

However many theories about vocabulary learning process were written , it still remains the matter of memory. Thus, there are several general principles for successful teaching , which are valid for any method. According to Wallace, 1988 the principles are:

- aim – what is to be taught, which words, how many;
- need – target vocabulary should respond students' real needs and interests;
- frequent exposure and repetition;
- meaningful presentation – clear and unambiguous denotation or reference should be assured;

Learning vocabulary is a complex process. The students' aim to be reached in learning vocabulary process is primarily their ability to recall the word at will and to recognize it in its spoken and written form.

Generally, knowing a word involves knowing its form and its meaning at the

basic level. In deeper aspects it means the abilities to know its:

- 1) Meaning, i.e. relate the word to an appropriate object or context;
- 2) Usage, i.e. knowledge of its collocations, metaphors and idioms, as well as style and register (the appropriate level of formality), to be aware of any connotations and associations the word might have;
- 3) Word formation, i.e. ability to spell and pronounce the word correctly, to know any derivations (acceptable prefixes and suffixes);
- 4) Grammar, i.e. to use it in the appropriate grammatical form;

Unlike the learning of grammar, which is essentially a rule based system, vocabulary knowledge is largely a question of accumulating individual items.

⁸ Юлдошев М.М. Бадиий матннинг лингвопоэтик тадқиқи. Фил.фан.док.дисс.автореф. – Тошкент, 2009, 14-бет.

Researchers into the workings of memory distinguish between the following systems :

- short-term store
- working memory
- long-term memory

Vocabulary is an important part of the English teaching process. It is supposed to be a very effective communicative device as it carries the highest level of importance within people's verbal interaction. However, language itself is not only individual lexemes put together, but it is necessary to follow a set of grammar rules to assure correct comprehension of speaker's intention. Therefore, vocabulary together with grammar rules acquisition plays a significant role in foreign language teaching.

VI- СЕКЦИЯ: ТУРЛИ ХИЛ МУАММОЛАР

МУТАГЕННЫЕ ФАКТОРЫ СРЕДЫ

Аллаберганова З.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Мутационный процесс вызывается различными факторами. На протяжении всего времени существования человека его среда обитания постоянно меняется. Развитие промышленности, сельского хозяйства, транспорта привело к значительному увеличению действия неблагоприятных факторов, которые влияют на человека в течение его жизни. Такие факторы называются мутагенными.

Мутагенный эффект какого – либо воздействия обычно оценивается на основании экспериментальных исследований на животных. Но полученные таким образом результаты не могут полностью соответствовать особенностям человеческого организма. Мутагенный фактор для человека можно определить, изучая частоту невынашивания беременности, мертворождений, детской смертности, наследственных заболеваний и опухолей. Такой подход основан на результатах научных исследований, которые доказали, что значительная часть неблагоприятных исходов беременностей, детской смертности и злокачественных новообразований обусловлена мутациями.

Различают физические, химические и биологические мутагенные факторы.

К физическим факторам относятся: ионизирующее гамма-излучение, радиоактивные, лазерное, ультрафиолетовое и рентген –излучение: чрезмерно высокая и низкая температура.

К химическим мутагенам относятся сильные окислители и восстановители –нитраты, пестициды, продукты переработки нефти, табачные изделия, многие пищевые добавки, лекарственные препараты, органические растворители. Иногда не мутагенные соединения превращаются в организме человека в сильные мутагены. Они могут накапливаться в определенных органах и длительное время сохраняется в организме человека. В том случае значительно увеличивается риск мутации.

Биологическими мутагенами являются некоторые вирусы (грипп, корь, СПИД, краснуха, клещевой энцефалит и т.д.), продукты обмена веществ и антигены некоторых микробов. Около 20 видов вирусов вызывают мутации в разных живых организмов. Мутагенными свойствами обладают также некоторые вакцины, сыворотки, гормоны.

ЁШ АВЛОДНИ ТАРБИЯЛАШДА ЎЗБЕКИСТОН ТАРИХИНИНГ

АҲАМИЯТИ

Аллаберганова И.С.

Урганч тиббиёт коллежи

“Ўзбекистон тарихи” фанининг ҳозирги мустақиллигимизни мустаҳкамлаш, комил инсонни тарбиялашдаги роли мислсиздир. Шунинг учун ҳам мамлакатимиз биринчи И. Каримов тарих фани тақдирига қизиқиб, уни ривожлантириш, бунинг учун эса тарихий тадқиқотларни тўғри йўлга солиб юбориш ишида жонбозлик қилганлар.

Маълумки, “Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Давлат ва жамият Қурилиши академияси Қошида “Ўзбекистоннинг янги тарихини яратиш марказини ташкил этиш тўғрисида”ги Фармон, 1996 йилнинг 16 декабрида эса Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг “Ўзбекистоннинг янги тарихи”ни тайёрлаш ва нашр этиш тўғрисида” Қарори эолон Қилинганг. Бу қарорда Ватан тарихини ёритишнинг илмий-методологик йўналишлари кўрсатиб берилди.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг “Ўзбекистон Республикаси Фанлар Академияси тарих институти фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида”ги 1998 йил 27 июлда эълон қилинган Қарори Республикамизда тарих фанининг Қайтадан тикланиши ва ривожланишида тарихий воқеа бўлди.

“Ўзбекистон тарихи” фанининг ҳозирги мустақиллигимизни мустаҳкамлаш, комил инсонни тарбиялашдаги роли мислсиздир. Шунинг учун ҳам Президентимиз И. Каримов тарих фани тақдирига қизиқиб, уни ривожлантириш, бунинг учун эса тарихий тадқиқотларни тўғри йўлга солиб юбориш ишида ташаббус кўрсатмоқдалар.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

**Аташев А. Р., Ким Ен Дин
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Введение. Оперативные вмешательства по поводу эндопротезирования тазобедренного сустава характеризуются значительной кровопотерей и травматичностью, что важно в плане выбора анестезиологического пособия и необходимо учитывать при выборе метода анестезии.

Цель исследования. Оптимизация анестезиологического пособия при эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Исследования проведены у 35 пациентов в возрасте от 52 до 78 лет, по поводу коксартроза тазобедренного сустава. Всем пациентам выполняли эндопротезирование тазобедренного сустава. Анестезиологический риск по классу ASA оценивался как II – III ст. Среди сопутствующей патологии в 32 (91,4%) случае имела место гипертоническая болезнь, у – 18 (51,4%) ИБС, у – 9 (25,7%) нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолы, следует отметить, что у одного и того же пациента имела место 2 – 3 патологии одновременно.

Премедикацию выполняли за 40 минут до операции бензодиазепинами дозе 0,2 мг/кг внутримышечно. В качестве анестезиологического пособия применяли двух уровневую комбинированную спинально-эпидуральную анестезию (КСЭА). Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства выполняли на уровне на уровне L_{II} – L_{III} срединным доступом в положении на боку или сидя, на уровне L_{III} – L_{IV} пунктировали субарахноидальное пространство иглой №25 PencilPoint и вводили 0,5% лонгокаин хеви (гипербарический), согласно общепринятой ростовой дозировке. Инфузию 0,25% лонгокаином в ЭП начинали через 1,5 часа со скоростью 8 – 10 мл/в час. Средняя длительность операции составила 112 – 125 мин. Инфузионную терапию проводили в режиме нормогидратации с восполнением интраоперационной кровопотери малообъемной инфузионной терапии коллоидом Гекотонум 4- 6 мл/кг, и кристаллоидами. Интраоперационно кровопотеря оценивалась гравиметрическим методом. В послеоперационном периоде оценку боли проводили по 10 –бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Эффективность методов анестезиологического пособия и их влияние на основные системы жизнеобеспечения оценивали по общепринятым клиническим признакам, данным СДД, ЧСС, Sat%, ЭКГ, ЧД, ДО, МОВ.

Результаты. Ни одному из пациентов во время оперативного вмешательства, не потребовалось дополнительного введения наркотических анальгетиков. Интраоперационно наблюдали стабильные показатели гемодинамики на всех этапах операции. Гемотрансфузия не проводилась. Продолжительность эпидуральной анальгезии в послеоперационном периоде продолжалась в течение 2 – 3 –х суток. Эффективность послеоперационного обезболивания оценивалась по ВАШ в 0,75 -1,2 баллов. Наркотические анальгетики не использовали.

Заключение. Комбинированная спинально – эпидуральная анестезия 0,5% лонгокаином хеви и 0,25% лонгокаином, в травматологии и ортопедии при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава, является безопасным, эффективным анестезиологическим пособием в периоперационном периоде.

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА
ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ УСУЛЛАР ТЕХНОЛОГИЯСИ
Бабажанов Х. Р.**

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Дерматовенерологик касалликлар тиббиётнинг муҳим бўлимларидан бири ҳисобланиб, шулардан кўпчилиги жиддий тиббий-ижтимоий эпидемиологик ва эстетик муаммоларни намоён этади. Тери ички органлар касалликларнинг ойнаси ҳисобланади.

Дерматовенерология фан ва клиник жиҳатдан терининг функцияларини ва структурасини нормада ва патологияда

Ўзгаришларини, ички аъзолар ва тизимларнинг патологиясини тери билан узвий боғланишини, ҳар хил тери касалликларини, жинсий йўл билан ўтадиган инфекцияларни ўрганеди. Тиббиёт олийгоҳларида бакалавр даражасидаги талабаларни тайёрлашда дастур орқали - кенг тарқалган дерматозлар ва жинсий алоқа йули билан юқадиган касалликларни аниқлаш, даволаш ва олдини олиш услубларини ўрганиш мақсад қилиб қўйилган.

Фанни ўқитишда ўқитишнинг интерфаол усулларида, ахборот-коммуникацияларининг презентацион, мультимедиа, электрон-дедактик технологияларидан кенг фойдаланилади.

Дерматовенерология фанини талабаларга ўқитишда «Уч босқичли интервью», «Мойчечак», «Галерея бўйича саёҳат» каби интерфаол усуллар орқали тадбиқ этиш мумкин. Бу интерфаол услублар анъанавий ўқитиш методидан фарқли ўлароқ, тиббиёт олийгоҳлари талабалари ўқитилаётган мавзу бўйича билим даражаларини чуқурроқ эгаллашга имконият яратади.

Тошма элементларида «Айлана стол» интерфаол усулини қўллаш қўйидаги тарзда амалга оширилади. Талабалар барча тошма элементларини ёзиб чиқиш учун бир варақ қоғози айлана бўйлаб ўтказилади. Ҳар бир талаба ўз вариантларини ёзиб чиқади. Сўнгра муҳокама ўтказилиб, нотўғри жавоблар ўчирилади ва тўғри жавоблар микдори бўйича талабалар билими баҳоланади.

«Галерея бўйича саёҳат» интерфаол усулини қўллаш технологияси. Талабалар жуфтликларга бўлинишади. 10 дақиқа давомида бир жуфтлик морфологик элементларни, бошқаси бирламчи элементларни, учинчиси эса иккиламчи элементларни ёзиб чиқади. Сўнгра улар ўз вариантлари билан алмашиб, бир-бирларини жавобларини баҳолашади, ўз тузатишларини киритишади.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки, дерматовенерология фанини ўқитишда юқоридаги каби интерфаол услублардан фойдаланиш, талабалар билим савиясини оширишга катта ёрдам беради ва талабаларни фанга бўлган қизиқишлари ортади.

ТИББИЁТГА ОИД СЎЗЛАРНИ ТАРЖИМА ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ

Бабажанов Х. Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Сўз яратиш омма иши, халқ иши, мутахасислар иши. Аммо дунёга келган, яратилган, одамлар оғзида жонланган, саҳифаларда битилган сўзларни танлаб олиб, уларни терминология принципларига мослаш ва сўнгра жамоатчилик фикрига ҳавола этиш, аксари ҳоларда, терминшунослар хизматидир.

Маълумки, ватанимиз тиббиёт фани ХХ асрда Европа тиббиёти асосида ривожланди. Қўлланмалар, дарсликлар, фан ютуқлари, борингки,

барча илмий ишлар тадқиқотлар рус тилида ёзилди. Ўзбек тилида битилган катта-кичик асарлардаги тиббий терминлар лотинча-русча шаклда олинди.

Мустақиллигимизнинг дастлабки йилларида номлар ҳамда терминларни ўзбекчалаштиришга бўлган хайрли интилиш кучайиб кетди. Уларни назорат қилиб бориш эса терминшунослар измидан чиқиб кетди. Оқибатда талайгина тўғри терминлар билан биргабир қанча нотўғри, ноаниқ, маъно жиҳатдан саёз атамалар, номлар пайдо бўлди. Эътибор беринг:

Тиббиёт институти-тиббиёт олийгоҳи

Врач-шифокор

Витамин-дармондори

Диагноз-ташхис

Диагностика-ташхисот

Реанимация-жонлантириш

Бундай ўзгартиришлар шошмашошарликнинг аччиқ меваси бўлди. Натижада, чалкашликлар, тушунмовчиликлар келиб чиқди. Бир шифохона шифокорлари қўйган диагнозни иккинчи шифохона ходимлари тушунмай қолди. 2001 йили мамлакатимизда ҳайвонларнинг русча “яшур” ўзбекча “оқсим” касаллиги тарқалишини олдини олишга қаратилган тушинтириш ишлари олиб борилади. Телевизор, радио, матбуот саҳифалари шу тадбир юзасидан ташвиқотни кучайтириб юборди. Аммо ҳамма, ҳамма ерда оммавий ахборот воситалари “оқсим”ни “оқсил” касаллиги деб такрорлайверди.

Бундан ташқари матбуот саҳифаларида, тиббиётга оид асарларда русча терминларни ё нотўғри ўзбекчалаштириб ёки русчасини қўллаб кетиш ҳоллари ҳам учраб турибди.

Халқаро тиббиёт терминологиясини ўрганишимиз, ўзлаштиришимиз, жаҳон тиббиёт фани эришган ютуқларни, юзага келган янгидан-янги тушунчаларни ўзлаштиришимизга қулайлик яратади.

АРАЛЬСКИЙ КРИЗИС

Джуманиязова З.Ф.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проблема Аральского моря – это проблема не только близлежащих государств. Эта боль всей планеты. Гибель Арала – яркий пример безудержного и безответственного порабощения природы человеком. Сегодня Арал и окружающие его территории стали всемирно известными вследствие антропогенной экологической катастрофы. С ростом водопотребления, связанного с освоением новых орошаемых площадей, занятых в основном хлопчатником и рисом; увеличением населения, преимущественно занятого сельскохозяйственным производством, приток воды в море из двух основных речных систем бассейна - Амударьи и Сырдарьи - почти полностью прекратился.

Загрязненность воды и большой объем выноса соли и пыли со дна высохшего моря способствовали росту среди населения Приаралья ряда соматических заболеваний, таких как анемия, болезни почек, крови, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, сердечно-сосудистых, желчнокаменных и других болезней. Особенно сильному негативному воздействию опасной экологической обстановки подвергаются дети. Содержание диоксина в крови беременных женщин и молоке кормящих матерей в Каракалпакстане в 5 раз выше показателей в Европе. Имеется ряд негативных последствий для жителей Приаралья: высокая материнская и детская смертность вследствие неблагоприятной экологической обстановки. Местное население страдает от большой распространенности респираторных заболеваний, особенно среди детей до года, анемии, рака горла и пищевода, а также расстройств пищеварения, болезни обмена, заболевания туберкулёзом, щитовидной железы. Участились заболевания печени и почек, неговоря уже о глазных болезнях.

Особое внимание предусматривается направить на реализацию проектов по охране здоровья матери и ребенка, укреплению материально-технической базы лечебных учреждений на селе, оснащению их современным оборудованием. В первую очередь имеется в виду обеспечение населения чистой питьевой водой, развитие социальной инфраструктуры и повышение качества профилактических и лечебных услуг.

Учёные считают - осталось совсем немного шансов спасти море, но спасти все ещё можно. Для этого нужно привлечь внимание и средства всех государств мира. Призывов экологических организаций уже давно никто не слышит. Нужно не переставая говорить и говорить о катастрофе планетарного масштаба. Быть может тогда у правительств планеты, наконец-то найдётся время и средства на возрождение моря. Сегодня необходимо остановить те негативные тенденции, которые могут привести к необратимым изменениям в жизни людей, проживающих в регионе. Задача – «не воду спасти», а решать проблемы реабилитации Приаралья, сохранения здоровья и генофонда населения, восстановления и защиты экосистем, создания всех необходимых условий для достойной жизни людей.

МАЪНАВИЙ ТАРБИЯ ЁШЛАР ТАРБИЯСИНИНГ МУҲИМ АСПЕКТИ СИФАТИДА

Кадирова М.Р., Камолова Б.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Бугунги кунда глобаллашув кириб бормаган бирор-бир соҳа қолмади. Бу жараённинг динамикаси, суръатлари шу даражада тез бормоқдаки, бунинг натижасида иқтисодий-ижтимоий муносабатлар, маданий, сиёсий ва миллий алоқалар унинг таъсирига дуч келмоқда. Бундай шароитда дунёнинг барча давлатлари ва халқлари ўзаро ижтимоий алоқаларга

кириши натижасида бир-бири билан янада яқин бўлиб, уларнинг ўзаро таъсир доираси тобора кучайиб бормоқда. “Глобаллашув” тушунчаси дунё ҳамжамияти иқтисодий, ижтимоий-сиёсий, маданий, илмий ва бошқа жиҳатларининг ўзаро боғланиб бораётганини англатади. Бу объектив жараён таъсирининг ўзида кучли ва яққолроқ сезиб бораётган соҳалардан бири маданиятдир. Глобаллашувнинг шакллари ичида (иқтисодий, сиёсий, коммуникатив, маданий, диний) маданий глобаллашув нисбатан зиддиятли ҳисобланади. Айтиб ўтилган фикрларни ҳисобга олган ҳолда ёшларнинг миллий-маънавий тарбияси борасида айрим омиллар муҳим аҳамият касб этади. Либерализм шулар жумласидан бўлиб, ўзаро маданий алмашинув соҳасида унга маълум чегараларгача йўл қўйиш мумкин.

Умуминсоний кадриятлар барча халқларнинг маданиятига мос келувчи маънавий кадриятлар, яъни фан, адабиёт, санъат, дин ва барча миллатлар томонидан эътироф этилувчи умуминсоний кадриятларни ўз ичига олади. Замоनावий кадриятлар эса ҳозирги даврнинг руҳи, тарихий миллий маънавийтимизга мос келувчи ҳамда жамиятимизнинг келгуси тараққиётига хизмат қилувчи кадриятлар мажмуасидир. Замоनावий кадриятлар анъанавий миллий кадриятларни инкор этмайди, аксинча, уларга асосланган ҳолда ривожланади ва бу йўл орқали авлодлар боғлиқлигини таъминлайди. Ёшлар тарбиясида бу нарсага эътиборни қаратиш, айниқса, бугунги глобаллашув замонида муҳимдир. Демократия маънавийнинг натижасидир, чунки демократия маънавий тараққиётнинг маълум босқичида пайдо бўлди ва маънавийнинг ажралмас таркибий қисмига айланди. Юксак маънавий мавжуд демократиянинг ҳам ривожланишини таъминлайди. Юксак тараққий этган маънавий демократиянинг асоси ва таянчи ҳисобланади¹.

Демак, демократияга асосланган фуқаролик жамиятини шакллантириш, энг аввало, маънавий, маънавий кадриятларнинг тараққиётига боғлиқ. Ўзбекистоннинг келажаги бугунги глобаллашув шароитида ёшлар онгида миллий-анъанавий ва замоनावий кадриятларнинг уйғунлашган ҳолда акс этишига, тўғри кадриятли танлов, кадриятли баҳолаш ҳамда кадриятли ориентацияни аниқ тасаввур этишга ҳам кўп жиҳатдан боғлиқ.

ИНСОН МАДАНИЙ ҲОДИСА СИФАТИДА

Мамадалиев Н. Қ.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Жамиятнинг моддий ҳаёти соҳаситизим сифатида моддий неъматларни ишлаб чиқариш жараёнида географик муҳит билан мулоқот, яъни экологик ҳаёт ва демографик муҳит билан мулоқот каби қисмлардан иборат.

¹ Бегматов А. Маънавий фалсафаси ёхуд И.Каримов асарларида янги фалсафий тизимнинг яратилиши. – Т.: Шарқ, 2000. – Б. 45-49.

Моддий неъматларни ишлаб чиқариш усули ишлаб чиқариш кучлари ва муносабатларининг диалектик бирлигидан иборат. Ишлаб чиқариш кучлари ишчи кучи, яъни кенг маънодаги инсон ва ишлаб чиқариш воситаларидан иборат. Инсон барча ижтимоий ҳаёт соҳаларининг интеграцион, шу жумладан моддий неъматларни ишлаб чиқаришнинг субъекти сифатида унинг мақсад ва йўналишилари билан белгилаб беради. Аммо инсонни чуқурроқ ўрганиш уни маданий ҳодиса деган хулосани чиқаришга имкон беради. Инсон генетик жihatдан органик борлиқ билан узвий боғланган, яъни у биологик организмдир ва айни вақтда ҳайвонот дунёсидан ўзининг сифати хусусиятлари билан фарқ килувчи ижтимоий мавжудотдир. Маданиятни инсоннинг ҳайвонлардан фарқини кўрсатувчи белгиси сифатида дейишади. Тўғри, маданият инсоннинг ҳайвондан на фақат фарқилишини, балки шу билан бирга биологик борлиқ билан боғловчи халқаси ҳамдир. Аммо бунинг узил-кесил илмий-фалсафий концепцияси берилсада, ижтимоий муҳит таъсирида унинг организмга ишлов берилган. Одамнинг биологик ҳодиса сифатидаги такомиллашуви билан юз берган. Ҳайвон табиатнинг тайёр неъматларини ўзлаштириб олади, инсон эса ҳайвонлар дунёсига хос бўлган муайян устунликлардан маҳрум бўлгани учун ўз ризқини ўзгартириб, яъни ишлов бериб ўзлаштиради. Демак, моддий неъматларни ишлаб чиқариш жараёни айни вақтда маданий жараёндир. Ушбу маданий жараён давомида унинг тик юриши-ю организм тузилиши ҳайвонот дунёсига мансуб аجدодларимиздан сифат жиҳатидан фарқилишига олиб келган. Биргина ҳозирги инсон бармоқларининг ўзиёқ социал борлиқда ишлов берилганлигидан — маданий ҳодиса эканлигидан далолат беради. Демак, инсон биологик жihatдан ҳам биомаданий ҳодисадир. Инсон организмнинг муайян қисмини маданий жиҳатлари ташкил этади, Ва у иккинчи томонига — маданий бўлмаган, яъни соф биологик (масалан, туғилиш ва ўлим кабиларга) қисмларига актив таъсир этади, хатто баъзан белгилаб келади.

Инсон ижтимоий ҳодиса сифатида ҳам маданий ва маданий бўлмаган жиҳатларга эга. Инсон организмга хос бўлган маданий томонлар ҳам ижтимоийликка хос бўлган маданий жиҳатлар сингари ижтимоий ҳодисадир. Ва бу иккала маданий исмлар ўзига хос бир бутун қисм сифатида маданий бўлмаган соф, биологик ва ижтимоий томонларига нисбатан муносабатини олсак, унинг актив таъсир ваҳатто белгилаб келувчи кучга эга эканлигини кўрамиз. Инсондаги ушбу бутун холидаги маданий томон муайян маданий борлиқ негизда шаклланади, у билан ўзаро узвий бирликда такомиллашади ва амал қилади.

ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СТУДЕНТОВ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

**Миррахимова М.Х., Хабибова В.Ш.
Ташкентская медицинская академия**

XXI век называют веком информационных технологий и систем телекоммуникаций, а это означает не только улучшение качества жизни людей, но и порождение новых проблем. Как показывает мировой и отечественный опыт, информационные технологии оказывают все более активное воздействие на психическую деятельность.

Цель исследования. Определить наличие интернет – зависимости у студентов.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовали 120 человек. Все участники выразили заинтересованность и охотно участвовали в анкетировании, а позже интересовались результатами.

В исследовании по изучению феномена «Интернет-зависимость», мы использовали методику Кимберли-Янг. Тест Кимберли-Янг на интернет-зависимость – тестовая методика, разработанная и апробированная в 1994 году доктором Кимберли Янг. Тест представляет собой инструмент самодиагностики патологического пристрастия к интернету.

Результаты и обсуждение. Тест состоит из 20 вопросов и имеет 5 ответов: никогда, редко, иногда, часто, очень часто. Баллы по всем вопросам суммируются, определяя итоговое значение. Менее 20 – нет интернет зависимости. 20–49 баллов – много проводишь в Интернете, и ты в силах себя контролировать. 50–79 баллов – средняя зависимость. Интернет оказывает влияние на твою жизнь и является причиной некоторых проблем. 80–100 баллов – интернет-зависимость. Результаты тестирования показали: 90 человек (75 %) – обычный пользователь интернета; 25 человек (18 %) – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом; 5 человек (6 %) – имеют интернет-зависимость начальной стадии.

А.Ф. Шайдулина в работе с детьми с интернет-зависимостью предлагает осуществлять следующие мероприятия: 1. Индивидуальное обучение контролю над импульсом к запуску цикла «человек-компьютер»; 2. Коррекция семейных отношений. 3. Создание и реализация реабилитационной программы, направленной на нормализацию учебного процесса и восстановление социальных связей со сверстниками.

Заключение. Таким образом, проблема интернет-зависимости в среде подростков является на сегодняшний день особенно актуальной и требует дальнейшей разработки методов профилактики, диагностики, и коррекции. Самый эффективный способ борьбы с интернет-зависимостью – вернуться в реальную жизнь и забыть о существовании интернета на несколько дней. Психологи советуют родителям: чаще выезжать на природу, встречаться с друзьями, посещать различные мероприятия, вспомнить о давно забытом хобби, начать заниматься спортом, прочесть и обсудить вместе интересную книгу и т. д.

**ХОРАЗМ ВОХАСИДАГИ ҚИШЛОҚ ВА СУВ ХУЖАЛИГИНИНГ
ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ (1950-70 ЙИЛЛАР) .**

Рахимова М.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.

Ўзбекистоннинг шимолий-ғарбида жойлашган Хоразм вилоятининг майдони 6,1 минг кв. км ташкил қилади. Ерларининг 80 фоизи (4,5 кв. км) Амударёнинг чап соҳилидаги воҳада жойлашган. Обу-ҳавоси ва табиати жихатидан Унгузорти (Қорақум) чўл зонасига киради. Денгиз сатҳидан баландлиги — 100–110 метр. Тупроғи Амударё оқизиб келтирган кўчкилардан иборат ва шўрҳок. Иқлими кескин континентал: январь ойининг ўртача ҳарорати 5–10 даража совуқ (44 даражагача совуқ бўлганлиги маълум), июнь ойида — 27–32 даража иссиқ бўлади. Вегетация даври 201–208 кунга тенг. Йиллик ёғин миқдори — 79–87 мм. Ерлари Амударёдан суғорилади. Жануби ва ғарбида Амударёнинг эски ўзани ўрнида пайдо бўлган катта-кичик кўллар бор⁹.

Иккинчи жаҳон уруши тугалланиши арафасида қабул қилинган Ўзбекистонда пахтачиликни ривожлантириш ҳақидаги ҳукумат қарори асосида Республика Сув хўжалиги комиссариати ташкил этилди ва унга катта миқдорда маблағ, техника, мутахассислар ажратилди. Хоразм воҳаси ерлари кучли даражада шўрланганлиги сабабли¹⁰ ҳар йили баҳорда далаларни бир неча марта ювмасдан туриб тупроққа уруғ қадаб бўлмасди. Суғориш ишлари жараёнида канал ва ариқлар тагига чўкиб қоладиган ўн млн кубм.га яқин кум–тупроқни чиқариб ташлаш талаб этиларди. Натижада воҳадаги суғориш тармоқларини лойқадан тозалаш учун йилда 2–3 марта қазув ишлари ташкил этиларди.

DISEASE INFECTIONUS MENINGITIS BESIDE CHILDREN'S

Rakhmanova. I.I

Toshkent Medical AkademyUrganch branch

Bacterial (septic) meningitis is caught from people who are carriers of the bacteria, but the victims are usually weak, ill, under stress or have their ability to resist infection reduced in some way. The most common forms of bacterial meningitis is caused by *Haemophilus influenzae B* (HiB), while the most serious is meningococcal meningitis (caused by *Neisseria meningitidis*). It is a much more serious condition, with the severity and symptoms varying depending upon which type of bacteria is responsible. Common symptoms include severe headaches, vomiting, confusion, high fevers, patients become delirious, unconscious and may convulse. Neck stiffness is quite obvious, and patients may lie with their neck constantly extended as though they are looking up. Meningococcal meningitis is accompanied by a bruise-like rash on the skin and inside the mouth. Complications include permanent deafness in one or both ears, damage to different parts of the brain, heart or kidney damage, arthritis and the excess production of cerebrospinal fluid which can put pressure on the brain (hydrocephalus). The worst complication is intravascular coagulation, which

⁹Маҳмудов М. Хоразм: тарих, одамлар, воқеалар. — Урганч, 2011. – Б. 7-8; Хоразм вилояти паспорти. — Урганч, 2011. – Б. 3.

¹⁰1947 йилда вилоятдаги майдонларнинг 80 фоизи шўр босган ерлар ва батқоқликлардан иборат бўлиб, ҳар 1 литр сувда 40 граммтузлар мавжудлиги сабабли пахтадан зўрға 7 ц. ҳосил олинган (ХорВДА, 636–жамғарма, 1–рўйхат, 30–иш, 57–варак).

involves the blood clotting within the arteries and blocking them.

The treatment of bacterial meningitis involves antibiotics in high doses, usually by injection or a continuous drip into a vein, and patients always require hospitalisation. Patients can deteriorate very rapidly and most deaths occur within the first 24 hours. The overall mortality rate is about 20%, although it is higher in children and with the Meningococcal form. Both common causes of bacterial meningitis can be prevented by a vaccine. The HiB vaccine is routine in childhood, but the meningococcal vaccine is an optional extra childhood vaccine or may be given during epidemics to close contacts of victims. Other forms of bacterial and viral meningitis cannot be prevented.

MENINGOMYELOCELE

A meningocele (myelomeningocele) is a congenital defect of the vertebrae and spinal cord that affects about 2 in every 1000 babies, and results in a protuberant sac on the back that contains cerebrospinal fluid, meninges and spinal nerve tissue. The affected vertebrae lack their normal bony arch across the back of the spinal cord. There is usually some degree of disruption to the nerve supply of the organs and structures below the level of the meningocele, and there may be other abnormalities of leg development.

Immediate surgical repair by experienced neurosurgeons is required in order to preserve as much nerve function as possible. Hydrocephalus, bowel and bladder incoordination, meningitis and other infections may be complicating factors.

ВРАЧ-ИММУНОЛОГЛАРИНИНГ МАЖБУРИЯТЛАРИ

Рахманова И.И.

Тошкент тиббиет академияси Ургенч филиал

Врач-иммунологларнинг мажбуриятларига қўйидагилар киради: профилактик эмлаш календарларига мувофиқ профилактик эмлаш бўйича йиллик режаларини тузиш; вакцинацияга ҳар йиллик, квартал, ҳар ойлик эҳтиёжларни аниқлаш;

- хизмат кўрсатилаётган ҳудудларда болалар ҳисобининг тўлиқлиги ва аниқлигини доимий назорати;
- профилактик эмлаш режасини режалаштириш ва назорат қилиш бўйича ҳолислигини назорат қилиш;
- эмлашга тиббий тавсия этилмаган болалар бўйича назоратни амалга ошириш;
- эмлашдан асосиз тиббий рад қилинганлар бўйича шахсий мажбуриятни олиш;
- эмлашдан узоқ вақт тиббий рад қилинган болаларни иммунологик комиссиядан ўтказиш ва уларнинг вакцинация масалаларини ҳал қилиш ва текширишдан ўтказиш учун стационарларга жўнатиш;
- ҳудудий врач тавсияси бўйича анамнез олинган болаларга консултация бериш ва ф.112/у (лаборатория текшируви, мутахассис маслаҳати, эмлаш бўйича индивидуаль жадвал тузиш) қайдномаси орқали уларга вакцинация ўтказилиши бўйича ёзма тавсиянома берилади;
- аҳолини назорат қилиш;
- ҳудудий врач билан бирга вакцинациядан кейин юз берувчи ҳолатлар бўйича таҳлил ўтказиш;

- ташкиллаштирилмаган ва ташкиллаштирилган ҳолатлар бўйича болалар аҳволини таҳлил қилиш ва уни яхшилаш бўйича чора-тадбирлар кўриш;
- эмлаш кабинетларидаги ҳамширалар ёки ходимларни, шунингдек иммунобиологик препаратлар учун маъсул ходимлар ишларини назорат қилиш;
- иммунизация хавфсизлиги бўйича тиббиёт ходимларини ўқитиш;
- иммунопрофилактика масалалари бўйича аҳоли ўртасида санитар маънавий кунларини ташкил этиш ва ўтказиш

СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ҲАРАКАТ АКТИВЛИГИ ШАКЛЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ

Рахманова И.И.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

1 ойликда. Ушлаб турганда қисқа вақтда бошини ушлаб туради. Нарсаларга қарайди ва қисқа вақт давомида уларни кузатади.

2 ойликда. Бошини тўғри тутди. Кўзлари билан ҳаракатланаётган шахсларни кузатади, кулиб қараган шахсларга жилмаяди, овоз чиқаради.

3 ойликда. Бошини ва кўкрагини қорнида ётиб кўтаради, ҳаракатлари актив. Кўкракни танийди. Яқинларини бегоналардан фарқлайди.

4 ойликда. Кўкракдан қоринга айлана олади. Нарсаларни ушлайди. Нимагадир (кимгадир), нарсларга ташланади. Қаттиқ кулади. Ўйнашни яхши кўради.

6 ойликда. Минимал ушлаганда ўтиради, қориндан орқага айланади. Нарсаларни бир кўлидан бошқа кўлига кўяди ва оғзига олиб боради. Айрим харфларни гапирди.

7 - 8 ойликларида. “Сенсор нутқ” ривожланади. Эмаклайди. Нарсаларни ағдаради, “она”, “баба” сўзларини гапирди. Ўйинчоқларни бир кўлидан иккинчисига беради.

12 ой. Тик туради, ушлаб турганда юради, 8-10 сўзни билади. 2 та нарсани ушлайди. Сўраганда ўйинчоқларни узатади. Оддий ҳаракатларни бажаради. Овозни билади, сўзларни такрорлайди.

18 ойликда. Югуриши мумкин, кўтарилади ва зинапояларга кўтарилиши мумкин. Ўзи овқатланади. Оддий гапларни гапирди.

2 ёш. Таниш суратларни билади, нарсалар ҳақида сўрайди, уларни номини айтади, уй ишларига қизиқади. Ўзини ўйинчоқларини тахлайди. Эртақлар эшитади. Зинапоялардан ишончли кўтарилади.

3 ёш. Зиналарда юради. Бир оёқда қисқа вақтда туради, 3 – ғилдиракли велосипедда юради. Эшикни очди. “Нимага” ёши дейилади. Сакрайди, ўйнайди, расм чизади.

4 ёш. Жойида сакрайди, айлана чизади. Асосан 6 та асосий рангларни, фамилия, исми, ёши, жинсини билади. Бошқа болалар билан ўйнайди. Сўзларни грамматик тўғри тузади. Чет тилларини билишга қобилияти катта.

OILA-SALOMAT MAMLAKAT BARKAROR

Sa'dullayev A.A., Xasonova Sh.R.

Jismoniy madaniyat fakulteti.

Sog'lom, barkamol avlodni voyaga yetkazish yurtimizda yashayotgan har bir va- tandoshimizning asosiy maqsadiga aylangan. Xalqimiz salomatligini muhofaza qilish, sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish va samarasini oshirish, profilaktika ishlarini kuchaytirish borasidagi ishlar alohida e'tirofga sazovordir.

Mamlakatimizda, qariyb chorak asrga yaqin faoliyat olib borayotgan "Sog'lom avlod uchun" xalqaro xayriya jamg'armasi ona va bola salomatligini muhofaza qilish, aholining tibbiy savodxonligini oshirish yo'lida bir necha vazirliklar va jamoat tashkilotlari bilan keng ko'lamlı ishlarni amalga oshirib kelmoqda.

"Sog'lom avlod uchun" jamg'armasi va "O'zbekiston temir yo'llari" jamg'armasi tomonidan "Ona va bola" skriningi tekshiruvlarining mohiyatini tushuntirish maqsadida "Oilada tibbiy madaniyatni shakllantirish", "Sog'lom oilani shakllantirish", "Sog'lom ona — sog'lom bola" kabi mavzularda "Jasliq" va "Qo-raqalpog'iston" qo'rg'onlarining umumta'lim maktablarida, 2 ta temir yo'l stansiyasi hamda ovul fuqarolar yig'inlarida aholi uchun davra suhbatlari tashkillashtirildi, mavzularga oid bukletlar tarqatildi.

Vatanimiz mustaqillikka erishgan dastlabki kunlardan oq sog'lom oilani shakllantirish, ayollar va bolalar sog'ligini mustahkamlash, sog'lom avlodni tarbiyalash davlat siyosatining ustuvor yo'nalishlaridan biri bo'lib kelmoqda. Shu maqsadda Kadrlar tayyorlash milliy dasturi asosida respublikada bir qator umumdavlat chora tadbirlari amalga oshirildi. Ona va bola sog'ligini yaxshilash, nogiron bolalar tug'ilishining oldini olish uchun onalar va bolalarga maxsus xizmat ko'rsatishni" rivojlantirish masalalari ko'rib chiqildi. Ushbu muammoning nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo ekanligini hisobga olib, O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 1998-yil 1-apreldagi qaroriga binoan oilalarda irsiy kasalliklar natijasida kelib chiquvchi aqliy zaiflikning oldini olish hamda homilaning tug'ma rivojlanish nuqsoni bilan tug'ilish xavfini aniqlash uchun homilador ayollarni ommaviy tekshiruvdan o'tkazish maqsadida "Ona va bola Skriningi" davlat dasturi qabul qilindi.

Mazkur dastur har besh yillikka mo'ljallangan bo'lib, bir qator kompleks tadbirlarni o'z ichiga qamrab oldi. Unga muvofiq, bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni aniqlashda tibbiyot yutuqlaridan keng foydalanib, irsiy va tug'ma kasalliklar diagnostikasini hamda davolashning samaradorligini oshirish uchun homiladorlarda yangi zamonaviy laboratoriya va funksional tekshiruv usullarini o'tkazish, bunda tibbiy-genetik soha mutaxassisleri tayyorgarligini oshirish, tibbiy genetik muassasalar tarmog'ini tashkil etish, shuningdek, tibbiyot xodimlari va aholining tibbiy-genetik savodxonligini yaxshilash asosiy maqsad hisoblanadi.

ЗДОРОВЫЙ НАРОД-ЗДОРОВЫЙ ОБЩЕСТВО
Хамидова Г.С., Худайбергана К.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

По выполнению приказа №1096 Президента республика Узбекистан в регионах были выполнены огромные, колоссальные работы. По этому приказу в месте с врачами здравоохранения трудились и наши преподаватели – врачи Ургенчского филиала ТМА.

Был разработаны план мероприятий, организованы работы группы, в состав которых входят терапевты, гинекологи и педиатры.

Наша рабочая группа во главе с проф Р.Б.Абдуллаевым (заведующий кафедрой факультетского и госпитальной терапии Ургенчского филиала ТМА) в течение 2 лет работала в СВП «Дустлик» Хазараспкого района. В течение 2 лет рабочая группа регулярно проводили вместе с врачами СВП медицинские осмотры, читали лекция по актуальным темам:

«СПИД и его профилактика», «Наркомания и нам лечить наркоманов», «Полиомиелити его осложнения», «Вирусные гепатиты и как предостеречь его распространённость и каковы результаты».

В СВП проведены строительно-реконструктивные работы, оснащена с врачам оказана методико-учебная помощь, некоторым, в виде литературы по актуальные темам.

Прошли мед. осмотр 2346 женщин, 379 мужчин и 786 хирургическому и педиатрическому профилям.

По выявление заболевание среди женщин фертильного возраста по данным УЗИ диагностике у 32 женщин из 100 женщин 35-55 летнего возраста выявлено жировой гепатоз печение и по измерение АД, по показателям крови (гиперлипидемия, гиперхолестеринемия), повышения веса, по анамнезу определена тот факт что, это рост болезни связана с гиподинамией, алиментарным фактором (употребление жидкой пищи животного происхождения, чрезмерное употребление пищи богатой углеводом) и принесённого когда-то вирусным гепатитом и наблюдением других хронических болезни.

Эти факте по цифрам показывают что, ещё остается низкий уровень медицинской культуры у населения в отдаленных местах. Поэтому стоит кроме мед осмотров, организационных вопросов, ещё одна актуальная задача, поднимать уровень медицинской культуры, у населения, уровень осведомлённости о здоровой образе жизни.

ГУЛХАЙРИ – АЛТЕЙ
Хамидова Г.С., Худайбергана К.К.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Гулхайри кадим замонлардан бери халқ табобатада 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 табобатида 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 табобатида 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, қуруқ 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 кирилади.

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 нафарига даволашнинг 5-6 кунда балғам кўчиши кучайиб йўтал сезиларли даражада камайди. Анъанавий медикаментоз даволанган беморлардан 8-9 кун балғам кўчиши кузатилиб йўталишлар нисбатан кам камайганлиги кузатилди.

Шундай қилиб гулхайри-алтей ўсимлигининг дамламаси сурункали бронхит касалликларида балғам кўчишига яхши ёрдам берувчи ўсимлик хисобланади.

АСАЛНИНГ ШИФОБАХШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Хамидова Г.С., Худайберганова К.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

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 яхшилайти. 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 яхшилайти. Агар тоза асални ҳар кун 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 ҳолида (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 бўлади. Шунингдек, ҳар кун 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 комплекси

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.

5 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРГА БКИУОБ СТРАТЕГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Ходжаева З.К., Эшниязов К.К

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад: 5 ёшгача бўлган болаларни БКИУОБ стратегияси бўйича олиб бориш тактикасини баҳолаш сифатини ошириш чора тадбирларини тадбиқ этиш.

Вазифалар:

1. Болаларни БКИУОБ стратегияси бўйича олиб боришни ташкил этиш.
2. Саволнома орқали оналарни тиббий савиясини аниқлаш
3. Индикаторлар орқали болалар касалликларини олиб бориш тактикасини баҳолаш, тиббий хизмат сифатини ошириш.

Материаллар ва услублар: стандарт ва индикаторларни танлаш, ёзув шаклларини таҳлил қилиш, ота-оналардан сўровнома орқали маълумот йиғиш, патронаж ҳамшираларни ишини яхшилаш.

Натижалар:

- 5 ёшгача бўлган болаларни амбулатор карталари текширилди, БКИУОБ бўйича ёзув шакллари саналди ва таҳлил қилинди.
- Патронаж ҳамширалари сўровномаларни йиғиб натижалар ўрганилди.
- Команда иш жараёнида шуни аниқладикки, 33 % амбулатор карталарда ёзув шакли тўлиқ тўлдирилмаган.
- Сўровнома натижалари: оналар болаларни рационал овқатлантиришни урганмаган, 6 ойдан кейин болага қўшимча овқатлар киритишни 48 (38%) ва боласини касаллик вақтида парваришлашни 42% она билмайди.
- Тўғри эмизиш қоидаларини 27 % оналар бажараолмайди.

Тадбиқ

- УАШ БКИУОБ стратегияси бўйича болаларни сифатли қабул қилишни ва ёзув шаклини тўғри тўлдиришни ўрганди.
- Патронаж ҳамшираларини оналарга маълумот бериш сифати яхшиланди.
- 2016 йил ноябрдан 2017 йил май ойигача ҳудуддаги болалар аҳволи оғирлашиб касалхонага ётқизилмади.

Хулосалар:

1. Оналар мактабини фаолияти ва патронаж ҳамшира олиб борадиган иш сифатини яхшилаш.

2.УАШ оналарга қўшимча овқатларни киритиш қоидаларини тушунтириши.

3.УАШ ва патронаж ҳамшира бола парвариши бўйича оналарга маълумот бериши.

**УРГАНЧ ШАХАР 1- СОНЛИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАДА
НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР БУЙИЧА: ЮРАК ҚОН ТОМИР,
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ
БАҲОЛАШ ВА ХАВФНИ КАМАЙТИРИШ БУЙИЧА
МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛИНИ ТАДБИҚ
КИЛИШ**

Ходжаева З.К , Ахранова С.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Урганч шаҳридаги 1-сон оилавий поликлиника **46623** аҳолига хизмат килади. 34та участкада 26 -УАШ, 68- патронаж ҳамширалари фаолият курсатади. Диспансер назоратидаги беморлар жами **-16913** : Артериал гипертензия **-897**, Бронхиал астма- **111**. Қандли диабет 2тип **-258**. 2016йил сентябр ойигача 40 ёшдан катта оғир асоратли беморлар: миокард инфаркти, инсульт, қандли диабет 2 тип-5, 2017 йил апрел ойигача 40 ёшдан ошган оғир асоратли беморлар: миокард инфаркти, инсульт, қандли диабет 2тип-8таси диспансер назоратига олинган. Оилавий поликлиникада 2016 йил октябр ойида УАШ ва ҳамширалар ўртасида **ССТПЕН 1,2** тўплами мослаштирилган клиник протоколи ЮКТ касаликлари , АГ ва КД хавфини баҳолаш ва камайтириш бўйича машгулот ўтказилди. Оилавий поликлиникада УАШ ва патронаж ҳамшира мослаштирилган клиник протоколларда кўрсатилган 5- харакат алгоритми бўйича иш олиб борапти.

Кузатув давомида 40 та бемор амбулатор картаси таҳлил килинди: шундан АГ-20, КД-20. Амбулатор карталар таҳлилида хавф гуруҳларига маслаҳат олиб бориш стандартга мос келмаганлиги аниқланди. Хавф омили паст гуруҳда (<20%) бир йилда бир марта кўз тубини текшириш, ЭКГ таҳлиллари ўтказилмаган. Хавф омили ўрта гуруҳда (20-30%) ҳар 6 ойда сийдикда оқсил, қонда глюкозани аниқлаш, кўз тубини текшириш, ЭКГ, кардиолог маслаҳати, холестерин, креатинин таҳлили йилда бир марта ўтказилмаган. Хавф омили юкори ва жуда юкори гуруҳда АБ босим >130/80 бўлганда медикаментоз даво кўрсатмаларида хатоликларга йўл қўйилган. антигипертензив дори воситалари , статинлар буюрилмаган. УАШ **Номограмма SCORE** моделидан фойдаланмаган. УАШларга ЮКТ касаллиги хавфи, сурункали ЮКТ ва КД беморни олиб бориш бўйича шахсий режа шакли , патронаж ҳамшираларга амалий кўникмалар бўйича ўз ўзини баҳолаш жадвали тарқатилди. Клиник протоколларни қўллаш бўйича мониторинг ўтказилганда: 2016 йилда ЮКТ касаллиги хавфи пасайиши-40%, КД 2тип беморларда АД ва қондаги глюкоза миқдорини

охирги 6 ой давомида аниқлаш- 80%, Охирги 6 ой мобайнида АГли беморларни АБни назорат қилиш -80%, АГбеморларга мос келадиган даво кўрсатмалари - 60% тиббий хизмат кўрсатиш сифатини оширишимиз кераклиги аниқланди.

УАШларга тавсиялар :Оилавий анамнезида АГ,КД, эрта ЮКТК ёки буйрак касаллиги борбўлган беморларда хавфни баҳолаш учун КП номограмма SCORE моделидан фойдаланиш.Паст, ўрта, юкори ва жуда юкори хавфда УАШ клиник протокол кўрсатмаларига асосан харакат алгоритмини белгилаши зарур.

КЕКСАЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ

Ходжаева З.К, Ахранова С.Т.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Кексаларда артериал гипертензияни даволаш далилларга асосланган тиббиёт кўрсатмалари бўйича ўтказилиши зарур. Кексалардаёш ўтиши билан юрак қон томир касалликларининг хавфи ошади: ўткир миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги, инсульт Кексаларда артериал гипертензия кечишининг ўзига хослигини эътиборга олиш керак. Далилларга асосланган тиббиёт кўрсатмаларига асосан, бу беморларга артериал гипертензияни дори воситалари билан рационал даволаш тамойиллари ишлаб чиқилган.

1. Антигипертензив дори воситаларини бошланғич дозаси 2 марта кам бўлиши керак, ёш ва ўрта ёш миждозларга қараганда, чунки кексаларда яширин буйрак дисфункцияси, коптокча фильтрацияси тезлигининг сустлиги, қон зардобидаги креатинин миқдорининг меъёрига қарамасдан бу ҳолат дори воситасининг организмда ушланиб қолиш хавфини оширади.

2. Дозани аста-секинлик билан танланг, АБни назорат қилиш керак, чунки ортостатик гипотония хавфи кузатилади.

3. Оддий даво режими (1 кунда 1 таблетка).

4. Диуретиклар ва АПФ ингибиторлари билан даволашда буйрак функцияси ва қондаги электролитларни назорат қилиш.

Бошланғич монотерапия кексаларда антигипертензив терапия учун диуретиклардан бошлангани маъқул, чунки кексаларда асоратларни олдини олишии саботланган. Гидрохлортиазид – 12.5 (баъзан - 25) мг/сут. Индапамидни қўллаш янада самарали. АПФ ингибиторларини танлашда кексалардаги полиморбид ҳолатларни: чап қоринча гипертрофияси, сурункали юрак етишмовчилиги, миокард инфаркти ўтказган, қандли диабет бор беморларни ҳисобга олиш керак. АПФ ингибиторларининг Шавлодини қўллаш жуда самарали, Фозиноприл (Моноприл) 10-20 мг/суткасига. Организмдан чиқиши қулай, хавфсиз. Бошқа АПФ ингибиторларидан шуниси билан фарқ қилади. Олинган натижалар шуниси

кўрсатадики, кексаларда самарали артериал гипертензия давоси ўткир миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги асоратини камайтиради. Кексаларда артериал гипертензия мақсадли даражаси 140/90 мм.сим.уст. Кейинги авлод дори воситалари билан кексаларни даволаш амалиётда ўз самарасини бермоқда.

ЁШ АВЛОД ТАРБИЯСИДА АХЛОҚИЙ МАДАНИЯТНИНГ РОЛИ

Холбекова Д., Олимжонова С.

Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали

Бугунги кунда давлатимизнинг асосий мақсадларидан бири келажак пойдевори бўлган ёшларни ҳуқуқий, маънавий, маданий, сиёсий, иқтисодий, ижтимоий ва ахлоқий етук мустақил фикрловчи баркамол авлод қилиб вояга етказишдир. Ёшлар жамиятимизда амалга оширилаётган тарихий жараёнларнинг барча соҳаларида адолатли, маънан етук, жисмонан соғлом, анъаналарга ҳурмат билан ёндашувчи, янгича маънавий тафаккур эгаси бўлишга ҳаракат қилмоқда. Мамлакатимиз президенти И.А.Каримов таъкидлаганидек “Келажак бугундан бошланади. Ҳозир тарбия масаласига эътибор қилинмаса, келажак бой берилади”¹.

А.Авлоний эса тарбия доирасини кенг тарзда мушоҳада қилиб, уни биргина ахлоқ билан чегаралаб қўймайди. А.Авлоний тарбияни қуйидагича тасвирлаб беради: “Тарбия биз учун ё ҳаёт – ё мамот, ё нажот-ё ҳалокат, ё саодат-ё фалокат масаласидир”², – деб катта баҳо беради. Чунки, Авлоний масаланинг фалсафий асосига кўчади. Масалан, у тана ва руҳнинг узвий бирлиги ҳақида гап очади: “Бадан тарбиясининг, фикрлар тарбиясига ҳам ёрдами бордур. Жисм ила руҳ иккаласи бир чопоннинг ўнг ила терс томони кабидур. Агар жисм тозалик ила зийнатланмаса, ёмон хулқлардан сақланмаса, чопоннинг устунни қўюб, астарини ювиб оввора бўлмоқ кабидирки, ҳар вақт устидаги кири ичига урадур”³, – деб ёзади Абдулла Авлоний. Шундай экан, жисм ва руҳ шакл билан мазмуннинг узвий бирлиги ва уларнинг ўзаро бир-бирига таъсири масаласи жуда муҳим ва мураккабдир.

Ёшларда ахлоқий фазилатларни шакллантиришда қуйидаги вазифаларни бажариш муҳим аҳамият касб этади: 1. Бола ҳаётининг биринчи кунлариданоқ унга меъёрда ўсиши ва ривожланиши ҳамда унинг хулқини ривожлантиришга ёрдам берувчи ранг-баранг ижобий одатларни тарбиялаш; 2. Ёшларда ахлоқ маданиятининг шакллантириш, уларни умумий қабул қилинган нормаларга риоя қилган ҳолда уйда, кўчада, жамоат жойларида тарбиялаш; 3. Атрофдагиларга ҳурмат билан муносабатда бўлишга, уларнинг ишлари, қизиқишлари, қулайликлари билан ҳисоблашишга ўргатиш; 4. Одамга эл бўлишлик, хушмуомалалилик,

¹Каримов И.А. Юксак маънавият-енгилмас куч. –Т.: Маънавият. 2008, -Б.36.

²Авлоний А. Танланган асарлар. 2-жилд. –Т.: Маънавият. 1998. –Б.38.

³Қаранг. Ўша жойда

жонкуярлик, вазминлик, одобрилиқ, камтарлик, сезгирлик, кўпчиликнинг манфаатлари билан ҳисоблашиш кўникма-ларида ўз аксини топадиган жамоа малакалари ва катталар ҳамда тенгдошлар билан бўладиган муомала маданиятини тарбиялаш ва бошқалар шулар жумласидандир.

ТИББИЙ ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДА НАЗАРИЙ БИЛИМЛАРНИ АМАЛИЁТ БИЛАН БОҒЛАШ ИМКОНИАТЛАРИ

Юлдашев Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Охирги йилларда назарий билимларнинг амалиёт билан боғлиқлиги ўртасида узулишлар юзага келаётгани тўғрисида кўп гапирилмоқда, бу албатта олий таълим муассасаларини битказиб чиқаётган талабаларнинг истеъмолчилар талабларига тўлиқ жавоб бера олмасликларига сабаб бўлмоқда ва уларнинг ўринли эътирозларини юзага келтирмоқда.

Шуларни инобатга олиб талабаларни амалиётга яқинлаштириш, улар малакасини ошириш тадбирларини амалга ошириш мақсадида филиалимиз талабаларини дастлабки курсларданок шифохоналарда навбатчиликларини ташкил қилиш йўлга қўйилди ва истеъмолчилар билан келишган холда 1-2 курс талабаларини кичик тиббиёт хамшираларига ,3-4 курс талабаларини хамшираларга, 5-7 курс талабаларини шифокорларга беркитиб, улар назоратида малака кўникмаларини ўзлаштиришлари бўйича ишлар амалга оширилди.

Навбатчилик тугагандан кейин ҳар бир талаба қилган ишларининг якуни кўринишида ҳисобот тайёрлаб навбатчилик тўғрисидаги маълумотномани олиб,ўз деканатига тақдим қилади ва шу орқали назорат амалга оширилади.

Бу ўз навбатида талабаларнинг шифохонага бемор келишидан тортиб,шифо топиб чиқиб кетгунигача қандай муолажалар ҳар бир звено томонидан амалга оширилишини, яъни кичик хамширалар, хамширалар,шифокорлар вазибалари нималардан иборат ва улар ҳозирги кунда ушбу ходимлар томонидан қандай бажарилаётганини кузатиб, камчиликларни бартараф қилиш, талабанинг амалиёти даврида нималарга эътибор бериши кераклигини ўқишнинг дастлабки даврлариданок кўриб ўрганиши учун имконият яратиб бермоқда ва талабалар масъулятини оширмоқда.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш жоизки, шифокор бўлишни хоҳловчи ҳар бир талаба ўзининг бўш вақтини иложи борида бемор олдида ўтказишга ҳаракат қилиши,тиббиёт муассасаси барча ходимларининг вазибаларини,уларнинг қандай бажарилиши зарурлигини албатта билишлари талаб қилинади.

ПРИМЕНЕНИЕ АРОМАМАСЕЛ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

**Таджиева Х.С., Машарипов С.М.
Ташкентская медицинская академия**

Благодаря надежному антимикробному действию эфирные масла издревле применялись для борьбы с инфекциями и эпидемиями. Сама природа человека диктует необходимость обращения к народным средствам, так как они в силу своего природного начала легко вписываются в структуру организма. Использование синтетических препаратов часто сопровождается многочисленными и опасными осложнениями: аллергией, дисбактериозом, шоком, отравлениями, лекарственной зависимостью, развитием у микроорганизмов антибиотикорезистентности и др. Воздействие природных веществ на организм человека опробовано тысячелетиями. Бесспорно, без синтетических лекарственных препаратов невозможно было бы предупредить или вылечить большинство острых и тяжёлых заболеваний. Однако у народной медицины есть свой огромный плюс — мягкость воздействия на пациента, чего нет у современных химических средств. Известно, что эфирные масла усиливают проникновение антибиотиков через клеточные мембраны организма человека и тем самым дают возможность снизить дозы препаратов при тяжелых заболеваниях. Доказано, что наибольшее противомикробное действие проявляют сочетания эфирных масел базилика, лимона, лаванды кориандра, сосны, пихты, эвкалипта с антибиотиками. Действие антибиотиков при этом повышается в 4-10 раз и сокращает длительность заболевания в 3,4 раза. Эфирные масла легко проникают через кожные покровы и быстро включаются в системный кровоток. Именно поэтому в настоящее время все больше внимания при лечении ОРЗ уделяется применению препаратов, содержащих эфирные масла. Активность эфирных масел обусловлена, прежде всего, наличием фитонцидов, химическая природа которых ещё недостаточно изучена и представляет большой научный интерес.

АРОМАЁҒЛАРНИ ЮҚОРИ НАФАС ОЛИШ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

**Таджиева Х.С., Машарипов С.М.
Тошкент тиббиёт академияси. Тошкент**

Ўзининг ишончли антимикроблик таъсири туфайли эфир мойлари қадимдан инфекция ва эпидемияларга қарши қўлланиб келган. Эфир мойлари ўзининг табиийлиги билан организм тузилишига осон сингиб кетади, шунинг учун ҳам табиатнинг ўзи халқ таъабатида мурожат

этишни тақозо этади. Синтетик доривор моддалар ишлатилиши кўпчилик ҳолларда хавфли асоратлар: аллергия, дисбактериоз, шок, захарланиш, дори моддага ўрганиб қолиш, микроорганизмларда антибиотикорезистентликни келтириб чиқаради.Шубҳасиз, синтетик доривор моддаларсиз кўпгина оғир ва хавфли касалликларни олдини олиш ва давосини топиш қийин бўлар эди.Аммо ҳалқ табобатида ўзининг катта ижобий тарафлари бор – табиий даволовчи воситалар организмга юмшоқ таъсир этиб, замонавий дори моддалардан шуниси билан фарқ қилади. Эфир мойлари антибиотикларни организмнинг хужайра мембраналаридан ташиб ўтиши маълум. Шу муносабат билан оғир касалликларда улар синтетик дориларнинг миқдорини камайтиришга ҳам ёрдам беради. Энг кучли микробларга қарши натижани базилик, лимон, лаванда,кориандр, карағай, арча, эвкалипт каби ўсимликларнинг эфир мойларини антибиотиклар билан араштирган ҳолда ишлатилиши берганлиги аниқланган. Шунда антибиотикларнинг таъсири 4-10 баробар ортганлиги ва касаллик ўтиш даври 3-4 баробар қисқартирганлиги аниқланган.Эфир мойлари тери қатлами орқали осонлик билан ўтиб қон оқимига киришиб кетади.Шунинг учун ҳам ҳозирги вақтдаўткир респиратор касалликлар (ЎРК) ва ўткир вирусли респиратор инфекциялар (ЎВРИ)ни даволашда кўпроқ эътибор эфир мойларни тутган препаратларни ишлатишга қаратилмоқда. Эфир мойларнинг фаоллиги, биринчи навбатда улар таркибидаги фитонцидлар мавжудлиги билан боғлиқ. Аммо уларнинг кўпчилигининг кимёвий табиати охиригача ўрганилмаганлиги,таъсир этиш механизмини тушиниб этишда тўсқинлик яратади ва шу сабабдан уларни ўрганиш катта илмий қизиқиш уйғотади.

APPLICATION ESSENTIAL OILS IN UPPER RESPIRATORY TRACT DISEASES

**TadjiyevaKh.S.,Masharipov S.M.
Tashkent Medical Academy**

Due to the fact that essential oils have a reliable antibacterial effect, they since ancient times have been used to combat infections and epidemics. The nature of man dictates the need to resort to folk remedies, since they, by virtue of their natural origin, easily fit into the structure of the organism. The use of synthetic drugs is often accompanied by numerous and dangerous complications: allergies, dysbacteriosis, shock, poisoning, drug dependence, development of antibiotic resistance in microorganisms, etc. The exposure of natural substances to the human body has been tested for thousands of years. Undoubtedly, without synthetic drugs, it would be impossible to prevent or cure the majority of acute and severe diseases. However, folk medicine has its advantage - the softness of the impact on the patient, which is not the case with modern chemical agents. It is known that essential oils increase the penetration of antibiotics through the cellular membranes of the human body and thus make

it possible to reduce doses of drugs in severe diseases. It is proved that the greatest antimicrobial effect is manifested by combinations of essential oils of basil, lemon, lavender coriander, pine, fir, eucalyptus with antibiotics. The effect of antibiotics in this case increases 4-10 times and reduces the duration of the disease by 3-4 times. Essential oils easily penetrate the skin and quickly enter the systemic circulation. That is why at present, more attention is paid to the use of preparations containing essential oils in the treatment of acute respiratory disease. The activity of essential oils is caused, first of all, by the presence of phytoncides, the chemical nature of which has not been sufficiently studied and is of great scientific interest.

МУСТАҚИЛЛИК - ОЛИЙ НЕЪМАТ

Худайберганова А.К.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мана 27 йил бўлаяптики, ўзбек халқи мустақиллик шароитида яшаб меҳнат қилмоқда. Мустақиллик Ўзбекистонни кенг имкониятлар мамлакатига, ўзбек халқини эса ижодкор, бунёдкор миллатга айлантди. 27 йил ичида амалга оширилган бунёдкорлик ишлари - асрларга татиғулик бўй кўрсатиб турибди. Миллий мустақиллик масаласи ўз тақдирини ўзи белгилашга азму қарор қилган барча халқлар тарихида ўта муҳим аҳамият касб этган. Аслида, мустақиллик-инсоннинг зот белгиси, унинг орзу-умидлари, армон ва изтиробларини ўзида мужассам этган туб белгисидир. Инсон табиатнинг гултожи сифатида озод ва обод Ватан, эркин ва фаровон ҳаёт қуриш учун курашиб келган, қалбида ўзини ҳамиша ҳар жиҳатдан эркин ҳис қилишга, таҳликасииз турмуш кечиришга эҳтиёж сезган. Маълум ва машҳур аждодларимизнинг мумтоз миллий меросларидаги башариятнинг бахтли-саодатли ҳаёт қуришга оид таълимотлари, қарашлари ва ўғитларини рўёбга чиқариш биз учун ҳам, дунёнинг бошқа илғор халқлари каби, айни миллий мустақилликка эришиш ҳамда уни ҳар томонлама мустаҳкамлаш билан боғлиқ масала эканлигини эътироф этиш ортиқча исбот талаб қилмайдиган оддий ҳақиқатдир. Мустақиллик-халқнинг ўз тақдирини ўзи белгилаш, ўз мулкига ўзи эгалик қилиш, миллий давлат ҳудудининг яхлитлигини ва даҳлсизлигини таъминлаш демақдир. Давлат ҳавфсизлигини таъминлаш борасидаги чора-тадбирлар мустақилликнинг ушбу жиҳатини таъминлашга қаратилгандир. Илгари ўз тақдирини ўзи белгилаш ҳуқуқи конституцияда кўрсатилган бўлсада, амалда таъминланмас эди. Ўз уйимизда ўзимиз “бегона” эдик. Мустақиллик ушбу “бегоналашув”га барҳам берди ва халқимизни ўз уйининг соҳибига айлантди. Ўзбек ўзгага қул эмас, ўзига бек бўлди! “Ўзликни англаш-тарихни билишдан бошланади”³, - деб кўрсатган эди И.Каримов. Дарҳақиқат, мустақиллик йилларида сиёсийлашган тарихдан воз кечиб, ҳақиқий миллий тарихимизни фактик материаллар асосида,

манбаларга таяниб илмий ўргана бошладик. Кишиларимизни ҳолисона ёритилган тарих билан қуроллантириш ишлари изчил давом этаётир. Ўзбек халқи жаҳон харитасида бугун пайдо бўлган халқ эмас, балки 3 минг йиллик давлатчилик тарихига эга бўлган, ўзига хос зардуштийлик маданиятини яратган, тамаддун маънавиятига эга бўлган халқ эканлиги маълум бўлди. Ўзбек халқи шажараси (генеология) энг қадимий халқлар тарихи билан бўйлаша оладиган мақомга эга бўлди. Мустақиллик йилларида Ислом Каримов таъбири билан айтганда, биз Беруний, Ал Хоразмий, Ибн Сино, Мирзо Улуғбек, Навоийлар авлоди эканлигимиздан фахрландик. Қадимий Хоразм “Авесто”нинг ватани эканлигидан қалбимиз ғурурланди. Ўзбек Жалолиддин Мангуберди, Амир Темур каби қаҳрамонларнинг, Имом Бухорий, Ахмад Яссавий, Нажмиддин Қубро, Баҳовуддин Нақшбанд каби авлиёларнинг, Паҳлавон Маҳмуд, Мирзо Бобур, Огаҳий каби шоирлар авлоди эканлигидан фахрланди. Аммо, фахрланиш билан иш битмайди. Мустақиллик-бу буюк маънавий меросга муносиб авлод бўлишга даъватдир. Фахрланиш айна пайтда юксак маъсулиятдир. Оқил ва одил Президентимиз Ислом Каримовнинг халқаро анжуманлардаги чиқишлари, хусусан БМТнинг 48, 50-сессиялардаги, БМТнинг минг йиллик саммитидаги ва бошқа маърузалари Ўзбекистоннинг халқаро нуфузини оширди ва Ислом Каримов-буюк рефарматор сифатида тан олинди. Бугун Ўзбекистон байроғи халқаро майдонларда миллатимиз рамзи сифатида ҳилпираб турибди. Инсонпарварлик, тинчлик, ўзаро манфаатли ҳамкорлик Ўзбекистон ташқи сиёсатининг устивор ғояларидир. Умуман, мустақиллик табиатан онгли яшаш, онгли муносабатларни қарор топтиришдир. Айна пайтда у ҳаракатларимизнинг, интилишлар ва қобилиятларимизнинг кучайишини тақоза этадиган ижтимоий ҳодисадир. Ҳар йили 1 сентябрь Ўзбекистонда “Мустақиллик куни” - энг олий қадрият сифатида катта тантана қилинади. Мустақиллик тантаналари қалбимизга, онгу шууримизга эзгулик бахш этади. Эзгулик - бу ҳаётнинг бардавомлиги. Мустақиллигимиз бардавом бўлсин!

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИНИНГ
МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ ВА ИММУНОЛОГИЯ
ФАНЛАРИДАН
РЕСПУБЛИКА ФАН ОЛИМПИАДАСИДА ҚЎЛГА КИРИТГАН
ЮТУҚЛАРИ**

Садуллаев О.Қ., Самандарова Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Хозирги замон талаблари даражасига жавоб берадиган етук мутахассисларни тайёрлаш давлатимизнинг энг асосий долзарб вазифаларидан биридир. Олийгоҳларда тахсил олаётган талабаларнинг ўз билимларини, иқтидорларини намоён этишлари ва ривожланишларига кенг имкониятлар

яратиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта Махсус таълим вазирлиги томонидан хар беш йилдан Республика талабалар фан олимпиадасини ташкил қилиш ва ўтказиш бўйича махсус буйруқ асосида амалга оширилади. 2004 - йилда микробиология фанидан Республика фан олимпиадасини биринчи бўлиб т.ф.д. профессор Нуралиев Н.А ва т.ф.н.,доцент Садуллаев О.Қ. лар ташабусси билан Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги томонидан чиқарилган 28 январь 2004 йилдаги №25-сонли буйруғига биноан биринчи марта Тошкент Давлат Тиббиёт институти Урганч филиалида ўтказилди. Микробиология фани бўйича талабалар Республика Фан олимпиадасида Биринчи Давлат тиббиёт институти, Иккинчи Тошкент тиббиёт институти, Биринчи Давлат тиббиёт институти Урганч филиали, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд Давлат Университети, Андижон Давлат тиббиёт институти, Бухоро Давлат тиббиёт институти, Тошкент педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали ва Ажиниёз номидаги Нукус Давлат Педагогика институтидан талабалар ўз раҳбарлари билан қатнашдилар.

Микробиология, вирусология ва иммунология фанидан Республика олимпиадасини олиб бориш тегишли Олий таълим муассасаси кўмитаси томонидан олимпиада ўтказиш Низоми ва тартиби ишлаб чиқилиб, тасдиқланиб, Низом ва тартиб бўйича талабалар билими аниқланади. 2004-йилда микробиологиядан ўтказилган фан олимпиадасида Хайдарова Гулнура (раҳбари доцент Садуллаев О.Қ.) 2007-йилда Караев Улуғбек (раҳбари профессор Нуралиев Н.А), 2008-йилда Эрматова Зебо (раҳбари доцент Садуллаев О.Қ.) фахрли биринчи ўринларни эгалладилар. Кейинги йилларда микробиология, вирусология ва иммунология фанидан Республика тур олимпиадаси 2009-йилда Тошкент педиатрия тиббиёт институтида ўтказилган бўлса, бу тур олимпиадасида филиалимиз 2-курс педиатрия факультети талабаси Матмуратов Зухроб 2-ўринни (илмий раҳбари доцент Самандарова Б.С.), 2013-йилда Бухоро тиббиёт олийгоҳида ўтказилган фан олимпиадада даволаш факультети 3-курс талабаси Менглиева Бибижон 2-ўринни (илмий раҳбари доцент Самандарова Б.С.), 2014-йил Бухоро шаҳрида ўтказилган фан олимпиадасида педиатрия факультетининг 2-курс талабаси Норметов Асрор 2-ўринни (илмий раҳбари Садуллаев О.Қ.), 2015-йил Тошкент шаҳрида микробиология фанидан бўлиб ўтган Республика фан олимпиадасида педиатрия факультетининг 2-курс талабаси Рузметов Шохрух (илмий раҳбари Садуллаев О.Қ.) фахрли иккинчи ўринларни эгаллаб келганликлари воҳамизда иқтидорли талабалар ни кўплигидан далолатдир.

Микробиология фанидан Республика фан олимпиадаси маъшаласи Кўҳна Хоразмда биринчи бўлиб ёқилган экан зеро, бу маъшала умрбод ўчмагай ва бу хайрли иш ёшларимизни келгусидаги Умумий амалиёт шифокори бўлишларга яқиндан ёрдам беради.

Ўйлаймизки Республика фан олимпиадаси хозирги кунда жадаллик билан ривожланиб бораётган микробиология, вирусология ва иммунология

фанларидан талабаларимизни билимларини нафақат назарий жихатдан, балки амалий жихатдан ҳам мустахкамлашга улкан замин яратиб беради.

ФИЛИАЛ ЎҚУВ-ИЛМИЙ ВА МАЪНАВИЙ САЛОҲИЯТИНИ ЯНАДА ОШИРИШДАГИ ИСТИҚБОЛЛИ РЕЖАЛАР

Садуллаев О.К., Самандарова Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Бугунги кунда Республикамизда ва Хоразм воҳасида замон талабларига жавоб берадиган олий маълумотли шифокорларни тайёрлашда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали жамоасининг ўз муносиб ҳиссаси бор. Филиалда 25-йил давомида даволаш, педиатрия, тиббий педогогика ва олий маълумотли ҳамшира йўналишлари бўйича тайёрланган 2000 дан ортиқ мутахассисларимиз ҳозирда тиббиёт амалиётида халқимизни саломатлигини сақлаш ва муҳофаза қилишдек юксак ишларда жонкуярлик билан амалиётда фаолият юритаётган шифокорларимиз қаторида муносиб ўз ҳиссаларини қўшиб келмоқдалар. Халқимизни соғлигини муҳофаза қилиш, халқимиз орасида соматик ва юқумли касалликлар билан касалланиш даражасини пасайтириш, уларни олдини олиш каби машаққатли оғир вазифалар асосан шифокорлар зиммасига юклатилади. Бундай оғир, машаққатли вазифаларни амалга ошириш учун эса олийгоҳлар томонидан тайёрланаётган шифокорлар етарли даражада билимларга, амалий кўникмаларга эга бўлишлари даркор. Бунинг учун эса талабаларимиз замон талабларига жавоб берадиган профессор-ўқитувчилар томонидан ўқитилиши даркор.

Шуни назарда тутиб филиалимизга яқинда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалининг янги ўқув биносига кўчиб ўтганлиги нур устига аъло нур бўлди. Ҳозирда бу бинода филиалнинг барча факультетининг талабалари замон талабларга жавоб берадиган аудиторияларда таҳсил олишмоқда.

Шунингдек битирувчи умумий амалиёт шифокорларини билимли, амалий кўникмаларни пухта эгаллашлари борасида Давлат имтихонларини йигирма қадам кўринишида олиниши, келгусида уларни замонавий тиббиёт асбоб-анжомлари билан жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктларида ва замонавий шифохоналарда фаолият олиб боришлари учун етарли даражада замин яратиб беради.

Филиал ҳаёти нисбатан қисқа даврни ўз ичига олсада, ишлаш қобилияти бугунги кунда келажагига катта ишонч ва умид билан қараётган меҳнат натижалари таҳсинга лойиқ. Чунки филиал очилиши натижасида марказий олий ўқув юртлари ва илмий текшириш институтларида ишлаётган ўнлаб Хоразмлик фан докторлари, юзлаб фан номзодлари, билимдон ва юқори тажрибага эга ўқитувчи ва шифокорлар ўз она юртларига қайтдилар.

Ҳозирда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида жами 165 нафар профессор-ўқитувчилар талабаларимизга билим бериб келмоқдалар. Шулардан 10 нафари фан доктори, 32 нафари фан номзоди, доцентлар, 28 нафари катта ўқитувчи, 95 нафари эса ассистентлар ҳисобланади.

Филиал профессор-ўқитувчиларни орасида илмий салоҳиятни ошириш мақсадида ҳам белгиланган аниқ режалар асосида ишлар олиб борилмоқда. Кафедраларда тажрибали профессор-ўқитувчилар томонидан тузилган махсус режалар асосида иқтидорли талабалар билан чуқурлаштирилган амалий машғулотлар олиб борилмоқда. Йиллар давомида олиб борилган ишларни таҳлил қиладиган бўлсак ҳозиргача икки нафар талабамиз Президент стипендияси соҳиби, ўнлаб талабалар эса номдор стипендиялар соҳиблари ҳисобланишади. Республика фан олимпиадаларида ҳам талабаларимиз қатор мутахассисликлар бўйича фаол қатнашиб, фахрли ўринларни эгаллаб келишмоқда. Айниқса микробиология, вирусология ва иммунология ҳамда фармакология фанларидан талабаларимиз Республикада доимо фахрли ўринларни эгаллаб келишмоқда. Филиал илмий салоҳиятини янада ошириш мақсадида ҳар бир кафедра йиллар мобайнида ўқув-илмий ишлар бўйича ўзларини режаларини ишлаб чиқиб, шу асосда белгиланган ишларни амалга оширмоқдалар.

Кафедраларда ҳозирда йигирмадан ортиқ фан номзодлари ўзларини номзодлик диссертацияларини докторлик диссертацияларига айлантириш устида иш олиб боришмоқда. Ҳозирда филиалимизда фаолият юритаётган қатор илмий ходимларимиз докторлик иши устида иш олиб бормоқдалар. Бундай ишларни амалга оширишда филиал профессор-ўқитувчиларимиз нафақат Республикада мавжуд олийгоҳлар билан илмий алоқалар олиб борибгина қолмасдан, балки улар халқаро ҳамкорлик борасида чет эл олий ўқув юртлари билан, жумладан Россия Давлат тиббиёт Университети (Москва шаҳри), И.Я. Горбачевский номидаги Тернополь Давлат тиббиёт академияси, Самара тиббиёт университети, Новороссийск Давлат денгиз академияси, Бонн университети (Германия), Жанубий Кореянинг Сеул “ЕВХА” аёллар университети тиббиёт коллежи, Англиянинг Престон шаҳри Марказий Ланкашайер университети, Санкт-Петербург Давлат тиббиёт академияси ва бошқалар билан халқаро ҳамкорлик ишларини олиб боришмоқдалар.

Филиалда талабаларнинг билимини нафақат назарий жиҳатдан балки амалий жиҳатдан мустақамлаш, ҳамда келгусида етук мутахассис бўлиб етишишлари учун ҳар йили мунтазам равишда филиал миқёсида, ҳамда Республика миқёсида “Тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусида талабалар илмий жамияти фаолият олиб боради. 2017-йил “Халқ билан мулоқот. Инсон манфаатлари йили” да филиалимизни барча ходимлари бир жону бир тан бўлиб, вилоят, шаҳар ва туманлар миқёсида олиб борилаётган ободончилик ишларида ўзларини муносиб ҳиссаларини қўшиб келишмоқда. Жумладан, шаҳарнинг 24- ва 28-маҳаллаларида олиб борилган ишлар тахсинга сазовор деса муболаға бўлмайди.

Маъмурият томонидан филиалга қарашли ўн олтига кафедра ходимлари иштирокида Ўзбекистон Республикаси Мустақиллигининг 25 йиллигига бағишлаб вилоятимиз туманларида аҳоли ўртасида “Гўзал ва бетакроримсан муқаддас Ватаним, жоним сенга фидо Ўзбекистоним” мавзусидаги жонли мулоқотлар, суҳбатлар, учрашувлар ўтказиш мақсадида маънавий-маърифий

тарғибот ишларини олиб бориш гуруҳлари тузилган бўлиб, бу гуруҳлар махсус жадвал асосида ўз ишларини белгиланган туманларда олиб боришмоқда.

Хулоса қилиб шуни айтишимиз мумкинки 2017-йил “Халқ билан мулоқот. Инсон манфаатлари йили”да филиалимиз профессор-ўқитувчилари аҳолимизнинг сихат-саломатлигини сақлашда ўзларини муносиб ҳиссаларини қўшиб келишмоқда. Юртимиз аҳолиси соғлом бўлса, албатта бу юрт турмуши обод, келажаги порлоқ бўлади деб ҳисоблаймиз.

ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ШАХСЛАРАРО МУЛОҚОТНИНГ ЎРНИ

Н.М.Хаджиева

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Шахслараро мулоқот ёки яккама-якка мулоқот - бу одамлар орасидаги фикр ёки сезгилари мутаносиблигининг, маълумот алмашинувининг асосий ва энг самарали усули ҳисобланади.

Шахслараро мулоқот тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳамма бўғинларида кенг қўлланилиши лозим. Шахслараро мулоқот мотивация, ўқитиш ва маслаҳат беришни ўз ичига олади. Мотивация - бу беморларни тиббиёт муассасасига қўшимча маълумот учун мурожаат қилишини қўллаб-қувватлайди. Индивидуал маслаҳат бериш - беморларга ҳаёт, турмуш тарзи борасида маълумотга эга бўлган қарорни қабул қилишда ёрдам кўрсатишдир.

Шахслараро мулоқот кўникмаларига беморларнинг қадриятлари ва идрокини баҳолаш, мос ва содда тилда гапириш кўникмалари, фаол эшитиш, акс эттириш, саволлар бера олиш, мақтов ва рағбатлантириш, нотўғри маълумотларни таҳлил қила олиш, яккама-якка ва гуруҳда мулоқот кўникмалари, асосий маълумот бериш, ёрдамчи материаллардан фойдаланиш кўникмалари киради. Шахслараро мулоқот самарадорлигига эришиш учун тиббиёт ходимлари беморларнинг қадрият ва идрокларини баҳолаш, мураккаб тиббий атамаларни қўлламасдан беморларга тушунарли, содда тилда маълумот етказиш, фаол эшитиш кўникмаларини шакллантириш. қайта боғланишни таъминлаш, беморнинг муаммоларини баҳолай олиш, акс эттириш ва таҳлил қилиш, очик, ёпик ва текширувчи саволлардан, мақтов ва рағбатлантириш кўникмаларидан тўғри фойдаланиш имконини беради.

Тиббиёт ходимлари ва беморлар орасидаги ўзаро мулоқот самарали тиббий ёрдам кўрсатиш тизимининг асосий элементларидан ҳисобланади. Шахслараро мулоқот орқали тиббий ходим катта ёшдаги беморлар ва болаларнинг саломатлигини сақлаш нуқтаи назаридан жисмоний ва руҳий эҳтиёжларини баҳолай олади ва унинг талабларини қондиради. Самарали тиббий хизмат кўрсатиш учун турли хил тиббий экспертиза ва ресурслар билан бир қаторда шахслараро мулоқот талаб қилинади ва бу тиббий хизмат сифатининг ошишини таъминлайди. Соғлиқни сақлаш тизимида

тиббиёт ходимларини, олийгоҳ талабаларини шахслараро мулоқот тамойилларига ўргатиш уларнинг фаолиятида беморлар билан мулоқотга киришиш кўникмаларини оширади. Ўзаро мулоқот соғлиқни сақлаш дастурларини амалга ошириш учун асосий восита ҳисобланади. Яккама - якка мулоқот мижоз ва тиббиёт ходими орасидаги ишончни оширади. Бу ўз навбатида беморнинг янги тиббиёт амалиётини ижобий қабул қилиши ва соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлашига ёрдам беради. Шахслараро мулоқот кўникмаларини амалиётда қўллаш беморларнинг ўз касалликлари тўғрисида маълумотга эга бўлиши ва ўз соғлиги тўғрисида қарор қабул қилишига ёрдам беради. Аҳолининг саломатлик тўғрисида маълумотга эга бўлиши эса кўрсатилаётган тиббий хизматнинг юқори сифатига эришиш ва самарали тиббий хизмат кўрсатиш учун муҳим ҳисоблан

МУНДАРИЖА

I-СЕКЦИЯ: ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

<i>КИРИШ</i>	3
<i>Абдуллаев Р.Б., Якубова А.Б.</i> СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА МАГНИТОТЕРАПИЯ ВА ИГИР ЎСИМЛИГИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	5
<i>Абдуллаев Р.Б.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПТРАЛА И ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ	6
<i>Абдушукурова К.Р., Исламова К.А., Ахмедов И.А.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	7
<i>Абдушукурова К.Р., Султонов И.И., Тоиров Э.С., Ишонкулова Н.Н.</i> РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА ОСТЕОПОРОЗ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ	8
<i>Аллаберганов О.С Эшчанов Б.С. Рузметов К.С.</i> КУКРАК УМУРТКАЛАРИ ОСТЕОХОНДРОЗИ, ГИПЕРТРОФИЯЛАНГАН САРИК БОЙЛАМ, УМУРТКА КАНАЛИ ИККИЛАМЧИ СТЕНОЗИ МАСАЛАСИ	10
<i>Аллан О. Остин, Мальцев Н.Ф., Абдуллаев И.Р.</i> TRIGENICS®: НОВАЯ МЕТОДОЛОГИЯ В МИОНЕВРОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ	11
<i>Mardieva G.M., Askarova N.R.</i> ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF LOWER EXTREMITIES	14
<i>Ахмедова Ф.Ш., Пайгамова Г.Ж., Кушаков Н.Х.</i> КОГНИТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ 1 И 2 ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	15
<i>Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И.</i> КОРРЕКЦИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	16
<i>Бабамурадова З. Б.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	17
<i>Балтаев Э.</i>	18

ДИСЦИРКУЛЯТОР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ I, II ДАРАЖАСИДА АНТИОКСИДАНТ ВА МЕМБРАНА СТАБИЛИЗАЦИЯЛОВЧИ ТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ	
<i>Балтаев Э.</i> ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	19
<i>Беккулова М.А., Абдушукурова К.Р.</i> МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	20
<i>Бекматова Ш.К.</i> ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ ИРАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОСТИ ВЕСА	21
<i>Джуманиязова З.Ф., Ибрахимова Н.</i> ПОЛЬЗА И ВРЕД ФАСТФУДА	22
<i>Жаббаров М.Т.</i> СУРУНКАЛИ МИЯ ИШЕМИЯСИДА КОГНИТИВ- ДИСМНЕСТИК ФЕНОМЕНЛАРНИ ЭРТА АНИКЛАШ	23
<i>Жаббаров М.Т.</i> ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРБАЛЕКС ПРИ МОНОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ	24
<i>Ибадова О.А., Курбанова З.П.</i> РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)	25
<i>Изюмов Д.П.</i> КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	25
<i>Изюмова Г. А., Изюмов Д. П.</i> КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ	27
<i>Ишанджанова С.Х., Махмудова А.И.</i> СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У МАТЕРИ	28

<i>Кадиров Р.Р., Шодиев А.Ш.</i> К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ И ВОЗРАСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	29
<i>Каримов Р.Х., Эгамбердиев Қ.Қ.</i> ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ (СТЕНОКАРДИЯ)	30
<i>Киличев И. А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МУСКОМЕДАВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	31
<i>Киличев И.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СУДРОЖНЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	32
<i>Матёкубов М.О.</i> ВЕСТИБУЛЯР БОШ АЙЛАНИШИДА ВЕСТИНОРМ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	33
<i>Матёкубов М.О.</i> ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИФОДИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА	34
<i>Matmuratova S.O., Khudayberganov Q. Q.</i> METABOLIC SYNDROME AND IDENTIFICATION THE CAUSES OF METABOLIC SYNDROME	35
<i>Нуриллоева Ш.Н.</i> БУХОРО ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЖИГАР ИЧИ ХОЛЕСТАЗИ СИНДРОМИНИНГ УЧРАШИ	35
<i>Орзиев З.М., Орзиева Ш.З.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА УРСОСАНОМ	36
<i>Отажанова А.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ И ИММУНОКОРРЕКЦИИ	37
<i>Рахманова С.С.</i> ГУМОРАЛЬНЫЕ АУТОИММУНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ В СОЧЕТАНИИ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФАРИНГИТОВ	38
<i>Рахманова С.С.</i> РАЗРАБОТКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИММУНОФЕРМЕНТНОЙ ТЕСТ- СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К МИКРООРГАНИЗМАМ ФАКУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ	39

НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ	
<i>Рахметова М. Р.</i> ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИРОВАНИЯ ГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	41
<i>Рўзметов Б.Ш., Эшчанов Б.С., Рўзметов К.С., Самандаров Х.Х., Аллаберганов О.С</i> СЕРРАТА ПРЕПАРАТИНИ КРАНИОПЛАСТИКАДАН КЕЙИНҚЎЛЛАШДАГИ ТАЖРИБАМИЗ	42
<i>Сабилова Р.А., Турсунов Д.Х., Азизова Д.М.</i> ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ АДИПОНЕКТИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ	43
<i>Сагатов Т.А. Хасанов Т.А.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАТРАВКЕ ПЕСТИЦИДОМ НА ФОНЕ АЛЛОКСАНОВОГО ДИАБЕТА	44
<i>Сабилова А.Д., Нуриллаева Н.М., Омаров Х.Б., Юнусова Ш.Ш., Юрак Ишемик Касаллигида гипополипидемик терапия билан бирга жисмоний фаолликнинг таъсири</i>	45
<i>Сабилова А.Д., Нуриллаева Н.М.</i> ХОЛЕСТЕРИН И ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В МЕТАБОЛИЗМЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	46
<i>Suleymanova G.T.</i> REGIONAL CAUSES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA	47
<i>Султанов. И.Т., Ярашов. Р.С., Эшчанов. Б.С., Собиров. У.К.</i> УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАСИНИ АСОРАТИ	48
<i>Султанов И.Т., Ли Д.Т.</i> КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ СПИНА БИФИДА	49
<i>Султонов И.И., Ишанкулова Н.Н.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ, СОЧЕТАЮЩИЕСЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	50
<i>Тогаева Б.М., Исламова К.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКТОРА МЕТАБОЛИЗМА ИНОЗИЕ-ФУ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	51
<i>Тоиров Э.С., Беккулова М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ	52
<i>Тоиров Э.С.</i> ОСОБЕННОСТИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «РЕВМАТОЛОГИЯ» В САМАРКАНДСКОМ	54

МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ	
<i>Таирова З. К.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНЕМИЕЙ	55
<i>Tursunov E.Y., Egamnazarova Z. R.</i> COMPARATIVE EVALUATE PATHOLOGICAL Q WAVE MYOCARDIAL INFARCTION BASED ON LOCALIZATION LEFT VENTRICLE WALL	56
<i>Tursunov E.Y., Egamnazarova Z. R.</i> THE EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES OF RISK FACTORS AS MYOCARDIAL INFARCTION WITH PATHOLOGICAL Q WAVE	57
<i>Умаров Н.Н., Шодиев А.Ш.</i> К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ	58
<i>Ўршибоев Р. Ш., Эгамназарова З. Р.</i> ИЗУЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛАТЕРАНОМ	59
<i>Хайтбоев Ж.А</i> СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШДА ЦЕФОТАКСИМ ВА ЛЕВОФЛОКСАЦИННИНГ НИСБИЙ ТАҚҚОСЛАМА АНТИБАКТЕРИАЛ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ	60
<i>Хамраева Н.А., Тоиров Д.Р., Тоиров А.Э.</i> ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	61
<i>Хамраева Н.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	62
<i>Хамраева Н.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	63
<i>Ходжанова Т. Р., Латипова Д. Б.</i> АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ДАВОЛАШ СИФАТИНИ ОШИРИШ	64
<i>Ходжанова Т. Р., Эшнӣзов К. К.</i> ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ДОРИСИЗ ДАВОНИНГ АҲАМИЯТИ	65
<i>Худайбергандов К.К.</i> РАЗВИТИЕ ЭНТЕРОПАТИИ У ВЗРОСЛЫХ С ОСТРЫМИ МИЕЛОИДНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ПРИ ИНДУКЦИОННОЙ	66

ХИМИОТЕРАПИИ ЦИТАРАБИНОМ		
<i>Худайбергганов Н.Ю.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ		67
<i>Худайбергганов Н.Ю.</i> ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ХЕРПОДИКУ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ		68
<i>Xidayberganov Q.Q. Bekmetova SH.Q.</i> ACTION OF" HYDREA " IN TREATMENT OF ERYTHREMIA		69
<i>Худайбергганов Қ.Қ.</i> ЎТКИР ЛЕЙКОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕКРОТИК ЭНТЕРОПАТИЯНИ УЧРАШИ		70
<i>Худойбергганова Ш.Ш.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		71
<i>Шамсиев А.М. Атакулов Д.О. Тогаев И.У. Алиев Б.П.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ И СВИЦЕЙ ШЕИ		72
<i>Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Тураев Ю.А., Раджабова Н.Д.</i> ПРЕИМУЩЕСТВО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ		73
<i>Шамуратова Г.Б., Мирзаева Н.С.</i> ОКУЛОЦЕРЕБРОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (СИНДРОМ ЛОУ)		73
<i>Шеранов А.М. Жураев С.О.</i> ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ		74
<i>Шодиев А.Ш., Кадиров Р.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ		75
<i>Шодиев А.Ш., Умаров Н.Н.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ		76
<i>Эгамназарова З. Р., Ўришбоев Р. Ш.</i> ЮВЕНИЛ АРТЕРИАЛ ГИПОТОНΙΑ БИЛАН ХАСТАЛАНГАНЛАРДА АЛКОГОЛ ВА КАШАНДАЛИКНИ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ		78
<i>Эргашова М.М.</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ		78

ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТА И ГЛЮКОЗАМИН СУЛЬФАТА У БОЛЬНЫХ С ГОНОАРТРОЗОМ	
<i>Эшчанов Б.С., Рузметов К.С., Аллаберганов О.С.</i> ЭКСТРАМЕДУЛЛЯР ВА ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОРКА МИЯ УСМА КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ МАСАЛАСИ БУЙИЧА	79
<i>Юсупов Ш.Р., Нурллаев Р.Р., Бабаджанов Ж.К.</i> РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.	80
<i>Нурллаев Р.Р., Бабаджанов Ж.К.</i> СОСТОЯНИЕ НЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНААНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	81
<i>Якубов Т.Д., Мирзаева Н.С.</i> СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	82

II- СЕКЦИЯ: ЖАРРОҲЛИКНИНГЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ

<i>Абдуллаев С.А., Тоиров А.С.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.	83
<i>Авезов М.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ВОБИЛОНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА.	85
<i>Авезов М.И.</i> РОЛЬ КТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА	86
<i>Алимов М.М., Бекназаров Ж.Б., Якубов Э.А., Алимова</i> З.ҚПЕНИАЛ ГИПОСПАДИЯДА ОПЕРАЦИЯ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	87
<i>Алланазаров А.Х., Авезов М.И.</i> ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ.	88
<i>Аслонов З. А., Расулов Х. К.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.	89
<i>Атажанов У.Ж., Жуманазарова Г.У.</i>	90

ОШҚОЗОН ВА БУЙРАКЛАР ЎРТАСИДАГИ БОҒЛИҚ ЎЗГАРИШЛАР	
<i>Бабаджанов Ж.К., Бабаджанов С.Х., Эшчанова Г.Б.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОКСИДИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ	91
<i>Бабаджанов Ж.К., Бабаджанов С.Х., Эшчанова Г.Б.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЯСНЫХ ЖЕЛТУХ	92
<i>Баймаков С.Р., Аслонов З.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ЛВ) ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН).	93
<i>Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.</i> ЛАТЕРАЛ МЕНИСК ШИКАСТЛАНИШИНИ ВА ТИЗЗА ОСТИ МУШАКЛАРИ ПАЙЛАРИНИНГ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ АРТРОСКОП ЁРДАМИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИ	94
<i>Бакиев Б.К., Оллаберганов М.И.</i> ТИЗЗА ОСТИ МУШАКЛАРИ ПАЙЛАРИНИНГ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ	95
<i>Батиров Д.Ю., Янгибаев З.Р., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.</i> ХОЛЕЛИТИАЗ ВА УНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИ	97
<i>Батиров Д.Ю., Янгибаев З.Р., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.</i> ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР	98
<i>Дусияров М.М., Камолов Т.К., Рахматова Л.Т.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСТРА СФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ.	100
<i>Кахаров З.А., Абдумухтарова М.З., Закиров Ф.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ (ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК) ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС	101
<i>Кахаров З.А., Абдумухтарова М.З., Закиров Ф.А.</i> БАРЬЕРНО – ЗАЩИТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ КРЫС ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ	102
<i>Камолов Т.К., Бойсариев Ш.У., Раджабов Ж.П.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	103

<i>Каримов Р.О.</i> БОЛАЛАРДА ПИОПНЕВМАТОРАКСНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	104
<i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабажанов М.Б., Бабаджанов К.Б.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ	104
<i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабажанов М.Б., Бабаджанов К.Б.</i> ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	106
<i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов М.Б., Уразбаев И.</i> МАЛОИНВАЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	107
<i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабажанов М.Б., Бабажанов К.Б.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.	108
<i>Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Дусияров М.М.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	109
<i>Мустафакулов И.Б., Камолов Т.К., Сайдуллаев З.Я.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	110
<i>Джураева З.А., Мустафакулов И.Б., Шеркулов К.У</i> ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	112
<i>Нуржанов Б.Б. Аллаберганов Д.Ш.</i> К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА.	113
<i>Нуржанов Б.Б. Рузметов У.А.</i> ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ УСУЛДА АМБУЛАТОРШАРОИТДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.	114
<i>Нуржанов Б.Б., Рузметов У.А.</i> ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК	115
<i>Нуржанов Б.Б.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА	116

<i>Рахимов А.П., Аvezов М.И., Алланазаров А.Х.</i> СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИ ТАРҚАЛИШИНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ	117
<i>Рахматова Л.Т., Шербекоев У.А., Байсариев Ш.У.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	118
<i>Рўзматов И.Б.</i> ЧАҚАЛОҚЛАРДА ГАСТРОШИЗИСНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	119
<i>Рўзматов И.Б.</i> ЧАҚАЛОҚЛАРДА КИНДИК ТИЗИМЧАСИ ЧУРРАСИДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИНИ ТАНЛАШ	120
<i>Муртазаев З.И., Шербекоев У.А., Байсариев Ш.У.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ	122
<i>Сайдуллаев З.Я., Байсариев Ш.У., Шеркулов К.У.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНАХ ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА	123
<i>Сапаев Д.Ш., Йўлдашов Б.У.</i> ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	124
<i>Сапаев О.Қ., Каримов Р.О.</i> БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАБЗИЯТ ЭТИОЛОГИ ОМИЛЛАРИ	125
<i>Сапаев О.К., Абдуллаев Р.К.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ	126
<i>Хаитбаев С.К.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕЦИСТИТА И ХОЛЕДОХАЛИТИАЗА У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРОСТА	127
<i>Хаитбаев С.К., Саъдуллаев У.О., Тожиёв С.А.</i> О РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	128
<i>Хаитбаев С.К., Тожиёв С.А., Уразбаев И.Р., Матниязов О.Б.</i> ФЕРМЕНТАТЕРАПИЯ КАК ЛЕЧЕНИЕ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА	130
<i>Шербекоев У.А., Шеркулов К.У., Дусяяров М.М.</i> ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО	131

КОПЧИКОВОГО ХОДА	
<i>Шеркулов К.У., Дусияров М.М., Сайдуллаев З.Я.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ	132
<i>Шеркулов К.У., Рустамов М.И., Рахматова Л.Т.</i> ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	133
<i>Шодмонов А.А., Рустамов М.И., Дусияров М.М.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ СО СВИЦАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	134
<i>Эгамбердиев Қ.Қ., Каримов Р.Х.</i> АМБУЛАТОР ШАРОИТДА КЎКРАК ВА ҚОРИН ОЛДИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЛАТ ЕЙИШИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА РЕГИОНАР ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯНИНГ САМАРАСИ	135
<i>Юсупова З. К.</i> ИЗУЧИТЬ ВЛИЯНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ	136
<i>Янгибаев З.Р., Батиров Д.Ю., Юсупов Д.Д</i> ЭНДОХИРУРГИЯ ВА РОБОТ	137

III – СЕКЦИЯ: ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУХОФАЗА ҚИЛИШ

<i>Abdurakhmanova D. N</i> DIFFERENTIAL TREATMENT OF HYPERTENSION BY OBESITY IN WOMEN IN THE PERIMENOPAUSAL PERIOD	141
<i>Абдурахманова Д.Н.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	142
<i>Азимова М.К.</i> ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН	143
<i>Алимухамедова М.Р.</i> ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДАГИ БОЛАЛАРДА ПИЕЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАХОЛАШ	144
<i>М.Р Алимухамедова.,</i> ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДАГИ БОЛАЛАРДА РЕВМАТИЗМ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ	145

<i>Арзибекова У.А., асс, Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.</i> АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ РОЖЕНИЦ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	146
<i>Ахмедова Г. Х., Хакимов А.</i> ОСОБЕННОСТИ МЕТОБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	147
<i>Ахмедова Г. Х., Хакимов А.</i> ОСОБЕННОСТИ МЕТОБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	148
<i>Duschanova Z.A.</i> SYNDROME CYSTIC DISEASE OF OVARIES IS THE CAUSE INFERTILITY	149
<i>Duschanova Z.A.</i> ULCERS AND PREGNANCY	150
<i>Дусчанова З.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, СОДЕРЖАЩИХ ДРОСПЕРИНОН У ЖЕНЩИН С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ	151
<i>Дусчанова З.А.</i> ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ- КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	152
<i>Zakirova Z.M., Sharova O., Shavkatjonova H.</i> PREVALENCE AND PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG CHILDREN	153
<i>Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Ахмедов Ш.О.</i> ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	154
<i>Ибатова Ш.М., Мухамадиев Н.К.,</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТАВА ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У ДЕТЕЙ С ВИТАМИН D- ДЕФИЦИТНЫМ РАХИТОМ	155
<i>Икрамова Х.С.</i> ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	156

<i>Икрамова Х.С.</i> ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	157
<i>Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т.</i> ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ БЕЗУСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС	158
<i>Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т.</i> СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ	159
<i>Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.</i> ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ	160
<i>Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	161
<i>Ишанджанова С.Х.</i> ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ	162
<i>Каримова Н.А., Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Маматкулова Ф.Х.</i> ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА	163
<i>Касимова Д.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ, ДИНАМИКИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В Г.ТАШКЕНТЕ	164
<i>Кудратова М.П., Мардыева Г.М, Усманова М.Ф.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	165
<i>Кудратова М. П. , Набиева Ш. М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	166
<i>Кудратова М. П. , Набиева Ш. М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	167
<i>Киличева Т.А.</i> ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	169

<i>Киличева Т.А.</i> ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ	170
<i>Мадримова А.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	171
<i>Матмуротова С.О., Худайбергенов К.К.</i> ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ	172
<i>Матризаева Г.Дж., Жуманиязова М.Н</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	173
<i>Матризаева Г.Дж</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ	174
<i>Махмудова Б.Ш., Бозорова М.У., Пазилжанова М.П.</i> ЧАҚАЛОҚЛАР ЭРИТРОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ОНАЛАР САЛОМАТЛИГИГА БОҒЛИКЛИГИ	175
<i>Машиарипова С.О., Хайдарова Б.А., Ибрагимов С.С.</i> ТОҒ ИҚЛИМИ ШАРОИТИДА БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ТАШҚИ НАФАС ФУНКЦИЯСИГА САНОГЕН ТАЪСИРИ	176
<i>Машиарипова С.О. Хайдарова Б.А.</i> ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	177
<i>Машиарипова Ю. К.</i> СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ	178
<i>Машиарипова Ю. К.</i> ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СПОРТСМЕНОВ ЗАНИМАЮЩИХСЯ БАСКЕТБОЛОМ	179
<i>Назаров К.Д.</i> ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	180

<i>Нуритдинова Г.Т., Пазлжанова М.П., Махмудова Б.Ш.</i> ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	181
<i>Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Махмудова Б.Ш.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРИВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	182
<i>Олмосов Р.Ш., Миррахимова М.Х.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИЕТОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	183
<i>Олмосов Р.Ш., Миррахимова М.Х.</i> ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	184
<i>Ражабова Н.Т.</i> ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАСИ	185
<i>Ражабова Н.Т.</i> ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ГЎДАКЛАР САЛОМАТЛИГИГА ТАЪСИРИ	186
<i>Ражапова Н.Р.</i> ЭМИЗИКЛИ ОНАЛАР САЛОМАТЛИГИНИ БОЛАЛАРДА ИММУНИТЕТНИНГ РИВОЖЛАНИШИДАГИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ	187
<i>Ражапова Н.Р.</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИ-АРАЛЬЕ	188
<i>Рўзматов И.Б.</i> ЧАҚАЛОҚЛАРДА КИНДИК ТИЗИМЧАСИ ЧУРРАСИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИНИ ТАНЛАШ	189
<i>Садикова З.Ш., Хожаназарова С.Ж.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИБЕТА	191
<i>Саломова Ф.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ И БЕЗ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ	192
<i>Сапарбаева Н.Р.</i> ТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА.	193
<i>Сапарбаева Н.Р.</i> ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ	194

ПРЕЭКЛАМПСИИ	
<i>Сатибалдиева Н. Р., Хакимов А.</i> БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ СИНДРОМ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	195
<i>Туйчиев Д.Б., Махаматов С.Э.</i> РАЗВИТИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВЫСОКИМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ РИСКОМ	196
<i>Уралов Ш.М., Ибатова Ш.М., Махмудова Ф.В., Абдумуминов М., Алтиев Т.</i> ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМНИНГ КЕЧИШИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ	198
<i>Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Ибатова Ш.М., Абдумуминов М., Алтиев Т.</i> СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	199
<i>Файзиева Ў.Р.</i> БОЛАЛАРДА НЕЙРОТОКСИКОЗНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	200
<i>Хабибова В.Ш., Миррахимова М.Х.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ	201
<i>Хайдарова Б.А., Машиарипова С.О., Ибрагимов С.С.</i> ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ	202
<i>Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.</i> О БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	203
<i>Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	204
<i>Халматова Б.Т.</i> ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МАНИФЕСТАЦИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	205
<i>Хатамов А.И., Каттаходжаева Д.У.</i> МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОЗГА У ДЕТЕЙ	206

<i>Хатамов А.И., Каттаходжаева Д.У.</i> ДИНАМИКА ВЫСОТЫ НЕЙРОНОВ КОРЫ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ	207
<i>Худайберганов М.Р.</i> ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚОЛОҚЛАРНИ КЎКРАК СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШНИНГ ДАСТЛАБКИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	208
<i>Джуманязова Г.М.</i> ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ	209
<i>Джуманязова Г.М.</i> ТУҒАН АЁЛЛАРНИ ЁШЛАР КЕСИМИДА ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	209
<i>Алиева .П.Р.</i> ТУҒАН АЁЛЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИ	210
<i>Худайберганов М.Р.</i> ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	211
<i>Назарова М.Б.</i> ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ	212
<i>Салаева З.Ш.</i> НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВ У ДЕТЕЙ	213
<i>Рахманова Д.С.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	214
<i>Рахманова Д.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ К ГРУДИ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	215
<i>Машарипова. Х.Қ</i> ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ БОШҚАРИЛИШИ МУМКИН БЎЛГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРГА ҚАРШИ ЎТКАЗИЛАДИГАН ЭМЛАШ НАТИЖАЛАРИ	216
<i>Машарипова Р.Т.</i> БОЛАЛАРНИ ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ	216
<i>Машарипова. Х.Қ</i> ОНА САЛОМАТЛИГИНИ ҲОМИЛА РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ	217
<i>Худайберганова А.М.</i> ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ КИЧИК МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ САЛОМАТЛИГИ ВА ЖИСМОНИЙ	218

РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ ВА УНИНГ ТАҲЛИЛИ	
<i>Худейбергенова А.М.</i> КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ГИПОКСИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	219
<i>Ширинов Ж.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У МАЛЬЧИКОВ ДО 3 ЛЕТ	220
<i>Эргашева М.С.</i> СОҒЛОМ ОНА -СОҒЛОМ ФАРЗАНД	221
<i>Юлдашев Б.С. Ражапов О.А. Матрасулов Р.С.</i> БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШНИ РЕТРОСПЕКТИВ АНАЛИЗИ ВА МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ	222
<i>Юлдашев Б.С. Ражапов О.А.</i> БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ НАЙДАГИ ХОМИЛАДОРЛИК РИВОЖЛАНИШИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ЎРНИ	223
<i>Юсупова М.А.</i> КОРРЕКЦИЯ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	223
<i>Юсупова М.А.</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	225

IV-СЕКЦИЯ: ТИББИЙ БИОЛОГИК ВА ПРОФИЛАКТИК ФАНЛАР МУАММОЛАРИ

<i>Abdukahtarova M.F., Ibragimov R.R., Najmiddinova N.N.</i> MODERN ASPECTS OF THE EPIDEMIOLOGY OF PARENTERAL VIRAL HEPATITIS	226
<i>Абдуллаев И.Қ., Курбанов С.Р.</i> ОИЛАДА ШАКЛЛАНГАН СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ – СОҒЛОМ ВА БАРКАМОЛ АВЛОД ПОЙДЕВОРИ	227
<i>Абдуллаев И.Қ.</i> СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ МАЪНАВИЙ АСОСЛАРИ	228
<i>Абдулхакимов А.Р., Шавкатжанонова М. Р.</i> ТОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	230
<i>Абдухалилов Ф.Ш., Абдукахарова М.Ф., Нейматова Н.Ў.</i> ВИРУСЛИ В ВА С ГЕПАТИТЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	231
<i>Абзалов А.А, Мадаминова М.А, Шакирова Д.Н.</i> ПОТРЕБЛЕНИЕ СЕРЫ АРТИШОКОМ КОЛЮЧИМ В	231

РАЗЛИЧНЫХ УЗБЕКИСТАНА	ПОЧВЕННЫХ	УСЛОВИЯХ	
<i>Авезов А. У., Алимова М.М.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ			233
<i>Алиева Г.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫСЕВАЕМОСТИ НАЕМОРНУЛУСИНФЛУЕНЗАЕ У БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ			234
<i>АллабергANOVA З.С.</i> БОЛЕЗНИ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ, МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			235
<i>АллабергANOVA З.С., Бабаджанов Х.</i> ТЕЛОМЕРАЗА - КАК ФАКТОР БЕССМЕРТИЯ			236
<i>Алматов Б.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ГИДРОБИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ВОД РАЗЛИЧНЫХ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ			237
<i>АскарOVA Р.И., Шарафаддинова Г.Р.</i> ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ			238
<i>АскарOVA Р.И., Шарафаддинова Г.Р.</i> ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ПО СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ			239
<i>Атаджанова Д.Ш.</i> ОЗОН ҚАВАТИНИНГ ЕМИРИЛИШИ— ГЛОБАЛ МУАММО СИФАТИДА			240
<i>Ахмадалиева Н.О., Садуллаева Х.А., Жўраев Э.</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЫСШИМ УЧЕБНЫМ ЗАВЕДЕНИЯМ			241
<i>АшурOVA М., Махсумов А.</i> ИЧИМЛИК СУВИ СИФАТИНИНГ ИНСОН САЛОМАТЛИГИ УЧУН АҲАМИЯТИ			242
<i>Bagirova A., Usmankhodjaeva A.</i> EVALUATION OF HEALTH STATUS OF ATHLETES BY RESULTS OF MEDICAL EXAMINATION			243
<i>Бекова Н.Б.</i> МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ҚАРИЯЛАРДА КЕЧИШИ			244
<i>Ботиров М.Т., Комилов И.</i> БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖИДКОСТИ – КАК ИНДИКАТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ОРГАНИЗМА			245
<i>Джамалутдинова И.Ш.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ АТЛЕТОВ В			246

ПРОГРАММЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ	
<i>Джуманиязова Н.С.</i> ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ НА ИММУНОГЕНЕЗ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.	247
<i>Джуманиязова Н.С., Раджапов А.А.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ	248
<i>ДЖУМАНИЯЗОВА Н.С.</i> ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕ И ОРГАНЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ИМУРАНИНДУЦИРОВАННОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ	250
<i>Дўсчанов Б.А., Атажанов У.Ж., Жуманазарова Г.У.</i> ЖИСМОНИЙ ҲАРАКАТНИНГ САЛОМАТЛИККА ТАЪСИРИ	250
<i>Дўсчанов Б.А., Жуманазарова Г.У.</i> БОЛАЛАРНИ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	251
<i>Жуманиезов О. Каландарова У.А.</i> ЛИХОРОДКА ЭБОЛА	253
<i>Ибрагимова З. Ю., Машарипов С.М</i> ВИНИЛХЛОРИДНИНГ 2- КРОТОНОИЛАМИНОБЕНЗИМИДАЗОЛ БИЛАН СОПОЛИМЕРЛАНИШИ	253
<i>Ибрагимова З.Ю., Машарипов С.М</i> СУНЪИЙ ПОЛИМЕРЛАР ФЕРМЕНТЛАРНИНГ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ ТАШУВЧИЛАРИ СИФАТИДА	254
<i>Ибрагимова З.Ю., Машарипов С.М</i> ПОЛИВИНИЛ СПИРТИ ХОСИЛАЛАРИФЕРМЕНТЛАРНИНГ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ ТАШУВЧИЛАРИ СИФАТИДА	255
<i>Иноятова Ф.Х., Курбанова Н.Н.</i> ВЛИЯНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ	256
<i>Исмоилов С.Р., Омонова Г.С., Ибрахимова Н.О., Рўзмаматова М.С.</i> ПАССИВ АНАФИЛАКТИК РЕАКЦИЯ БОСҚИЧЛАРИДА ИЧАК МАҲАЛЛИЙ ҲИМОЯ ТИЗИМИГА ФЕНКАРОЛ ҲАМДА ЗАДИТЕНЛАРНИНГ ТАЪСИРИ	257

<i>Ismoilov S.R., Omonova G.S., Olimova N.X.</i> O'SIMLIKLARDANOLINADIGANFITOPREPARATLARNI NG YO'TALGA QARSHI TA'SIRI	258
<i>Казаков Ш.О., Матназарова Г.С., Казаков Б.О.</i> ЎЗБЕКИСТОНДА МЕҲНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ВИЛОЯТЛАР БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	259
<i>Қаландарова У.А.</i> ИНФАРКТ МИОКАРДИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ГЛЮКОЗАГА БЎЛГАН ТОЛЕРАНТЛИК ХОЛАТИ	260
<i>Қаландарова У.А., Фазилова Ш.М., Каримова Д.Ш.</i> ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТИ	261
<i>Коржавов Ш.О.</i> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА, РЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КОЖИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА	261
<i>Каримов Р.Х., Эгамбердиев Қ.Қ</i> ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ У МУЖЧИН	262
<i>Каримов Р.Х.</i> К ВОПРОСУ ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРИЗНАКА АМЮССА.	263
<i>Қодирова Д.Э.</i> ДОРИВОР ОҚБОШ ЎСИМЛИГИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИНГ МИКРОБЛАРГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ	264
<i>Кушаков Н., Хамрақулов Э., Абдуллаев С.</i> ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА АХОЛИ ТИББИЙ МАДАНИЯТИНИНГ ЎРНИ	265
<i>Матназарова Г.С., Казаков Ш.О., Казаков Б.О.</i> ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА БАКТЕРИАЛ ДИЗЕНТЕРИЯНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ	266
<i>Машарипов С. М, Уллиева Н.Ю.</i> ОКСИЛ ТАҚЧИЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ БИЛАН БОҒЛИҚ МУАММОЛАР	267
<i>Машарипов С. М, Уллиева Н.Ю.</i> ЁШ БОЛАЛАР ОВҚАТЛАНИШИ ЎЗИГА ХОС ҲУСУСИЯТИ	268
<i>Машарипов С., Ибрагимова З.</i> ПОЛИМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ	269
<i>Маъмуров С.А., Юсупова Д.Б</i> СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ	270

СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ МИРА	
<i>МЕЛИҚЎЗИЕВ О.Э., ТЕШАБОЕВ А.М., РАСУЛОВ Ш.М., РУСТАМОВ И.Х.</i> ОИВ/ОИТС XXI АСР МУАММОЛАРДАН БИРИДИР	271
<i>Миртазаев О.М., Ибадуллаева С.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОГО ТИФА В УЗБЕКИСТАНЕ	272
<i>Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С.</i> ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	273
<i>Ниманова Ш.О.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ	274
<i>Ниманова Ш.О.</i> АНАЛИЗ ОБЩЕМИРОВОЙ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	275
<i>Normatova Sh.A., Botirov M.T.</i> WHAT ARE THE RISKS OF ANTIBIOTICS IN MILK	276
<i>Нуралиев Н.А., Носирова А.Р.</i> МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОРГАНИЗМА КОНТАМИНАНТАМИ ХИМИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ	277
<i>Нуралиев Н.А.</i> ГЕН-МОДИФИКАЦИЯ ЛАНГАН МАҲСУЛОТНИНГ ОРГАНИЗМГА ТАЪСИРИНИ ТАЖРИБАДА ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	278
<i>Нуралиев Ф.Н.</i> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ	280
<i>Нуралиева Х.О., Нуралиев Ф.Н.</i> О СТЕПЕНИ МИКРОБНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ	281
<i>Нужмонова Ё.О.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДВУЗЕ.	282
<i>Омонова Г.С., Исмоилов С.Р., Ибраимова Н.О., Рузмаматов Б.С.</i> ВЛИЯНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	283

ПРИ ПАССИВНОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ	
<i>Омонова Г.С., Исмоилов С.Р., Аминова М.</i> ТАРКИБИДА ЮРАК ГЛИКОЗИДЛАРИ САҚЛАГАН АЙРИМ ШИФОБАХШ ЎСИМЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ ФИТОПРЕПАРАТЛАРИ	284
<i>Orzibekova V.Sh., Maxsumov A.</i> BOLALAR O'RTASIDA KO'Z KASALLIKLARINI TARQALISHI VA PROFILAKTİKASI.	285
<i>Расулов Ш.М.</i> ГИМЕНОЛЕПОДОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	286
<i>Расулов Ш.М.</i> ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ	287
<i>Расулов У.М., Қодиров Б.А.</i> 2015 ЙИЛДА ФАРҒОНА ВИЛОЯТИДА ОИВ- ИНФЕКЦИЯСИНИ ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ.	288
<i>Raximova M.</i> JISMONIY TARBIYADA SPORTCHILARNI IRODAVIY KUCH USLUBLARI	289
<i>Рахматов Р.Т., Қодирова Г.А.</i> ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАРДАН ОҚИЛОНА ФОЙДАЛАНИШ	290
<i>Ro'zmatova H.Q., Sheralieva D.</i> BUQOQ KASALLIGINI PROFILAKTİKASI	291
<i>Рўзметов А.Т.</i> СПОРТ НАЗАРИЯСИ ПРЕДМЕТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ, МАХСУАТАМАЛАРИ	292
<i>Рўзметов Рахимова М.П.</i> СПОРТ – ЁШЛАРДА МИЛЛИЙ ИФТИХОРНИ КУЧАЙТИРАДИ	293
<i>Рустамов И.Х., Расулов Ш.М., Мухиддинова Г.А., Тожибоева Д.А.</i> КАСАЛХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА УЛАР БИЛАН КУРАШИШ ЧОРАЛАРИ	294
<i>Сагатов Т.А., Хасанов Н.А.</i> ТИББИЙ-БИОЛОГИК ФАНЛАРНИ МОДУЛЛИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ	295
<i>Садиков У.Т., Рахмонова М.Л.</i>	296

ВИРДЖИНИЯ ХЕНДЕРСОННИНГ «ХАМШИРАЛИК ИШИ» НАЗАРИЯСИ ШАРҚ ТАБОБАТИ ДУРДОНА АСАРЛАРИДА	
<i>Садиков У.Т.</i> ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	297
<i>Садуллаев А.А. Хасонова Ш.</i> ГАНДБОЛ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ҚИЗЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ФУНКЦИЯЛАРНИНГ ЎЗГАРИШИ.	299
<i>Саидахмедова З.О., Есанов Ш.</i> ҚАТИҚ-ҚАРИМАЙДИГАНЛАР ИЧИМЛИГИ	300
<i>Саидахмедова З.О., Жуманиёзов М.</i> КАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИНИ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА УЧРАШ ДАРАЖАСИ	301
<i>Самандарова Б.С., Очилов И.А.</i> ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА	302
<i>Самандарова Б.С., Очилов И.А.</i> ВИРУС ЗИКА	303
<i>Сапаева Ш.А., Джуманиязова Н.С.</i> ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ.	304
<i>Сапарбаева Гуландом, Юсупова Мақсуда</i> ИНТЕНСИВЛИКНИНГ ГРАММАТИК-ЛЕКСИК МАЙДОНИ ТАВСИФИ	305
<i>Собирова С.Ж., Назаров Ш</i> БОШҚАРУВЧИ ҲАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИДА – SWOT ТАҲЛИЛНИНГ АҲАМИЯТИ	306
<i>Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А.</i> ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВЛИЯНИЯ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ	307
<i>Сувонов К.Ж.</i> ТАЖРИБАДА БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ШАКЛЛАНИШИДА ИММУН ТАНҚИСЛИК ҲОЛАТИНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	309
<i>G. Sultanov, Sh. Abdulazizova, D. Yuldasheva</i> THE ETIOLOGY AND DIAGNOSTIC METHODS FOR VIRAL PNEUMONIA	310
<i>Тешабоев А.М., Мелиқўзиев О.Э., Расулов Ш.М., Тожибоева Д.А.</i> БРУЦЕЛЛЁЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ	311

АНИҚЛАШ ВА КАСАЛЛАНИШНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ	
<i>Тешабоев У., Ашурова М.Д.</i> ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИХ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	312
<i>Файзибоев П.Н.</i> ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИДА МАҲСУЛОТЛАР ХАВФСИЗЛИГИНИ КЎРСАТУВЧИ ТАМОЙИЛЛАР	313
<i>Файзуллаева З.Р.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	314
<i>Файзуллаева З.Р.</i> ЯНГИ ТАРКИБДАГИ ПОЛИФИТОМОЙНИНГ МИКРОБЛАРГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ	315
<i>Хојиматов Х.О.</i> SIL KASALLIGIGA QARSHI KURASH BARCHANING BURCHIDIR	316
<i>Худайберганоф Б.Ю., Аминов У.А.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ФИЗИКИ	317
<i>Худайберганоф Б.Ю.</i> О НЕКОТОРЫХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОТ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	318
<i>Хўжаниёзов А.Д., Сабирова С. Қ.</i> MICROSOFT WORD MATH МУХАРРИДА ЎНТА БАРМОҚ БИЛАН MATH ТЕРИШ УСУЛИ.	319
<i>Хўжаниёзов А.Д., Сабирова С. Қ.</i> ТИББИЙ ИНФОРМАТИКА ДАРСИ БЎЙИЧА САНИТАРИЯ-ГИГИЕНА ТАЛАБЛАРИ.	320
<i>Шайкулов Х.Ш., Юсупов М.И.</i> РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШИГЕЛЛ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ	321
<i>Шукурлаев К.Ш.</i> ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ОТХАРКИ-ВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	322
<i>Эргашев В.А.</i> ОСТЕОМИЕЛИТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДАГИ ҚИЁСИЙ МИКРОБ ПЕЙЗАЖИ ТАВСИФИ	323
<i>Эргашева М.С.</i> ЗАМОНАВИЙ ТИББИЁТ ВА ФИТОТЕРАПИЯ	324

<i>Эрматова Г.А., Умарова М.</i> КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ПИТАНИЕМ И СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ	325
<i>Юлдашев Б.С. Ражапов О.А.</i> ЖИГАР ЎСМАЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	326
<i>Юсупов. М.И, Шайкулов Х.Ш.</i> АНТИБИОТИК ОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭШЕРИХИЙ ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	327
<i>Юсупова Д.Б., Маъмуров С.А.</i> ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРИРОСТ И ТИПЫВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ МИРА	328
<i>Юсупова О.Б., Жуманазарова Г.У.</i> ДАРС ЖАДВАЛИ ВА ГИГИЕНИК ҚОИДАЛАР	329
<i>Юсупова О.Б., Жуманазарова Г.У.</i> БОЛАЛАР ОВҚАТЛАНИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	330

**V-СЕКЦИЯ: ИЖТИМОЙ –ГУМАНИТАР ФАНЛАРНИНГ
ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ**

<i>Adambaeva N.K.</i> PECULIARITIES OF TRANSLATION OF MEDICAL TERMS	332
<i>Адамбаева Н. К.</i> ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИНИНГ МУТАХАССИСЛИГИ ЧЕТ ТИЛИ БЎЛМАГАН ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИНИНГ ЧЕТ ТИЛИ БЎЙИЧА БИЛИМ, КЎНИКМА ВА МАЛАКАЛАРИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ – ДАВР ТАЛАБИ.	333
<i>Атаджанова А.Ш., Турумова Т.Х.</i> К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	334
<i>Атаджанова А.Ш.</i> ОБУЧЕНИЕ НАУЧНОМУ СТИЛЮ РЕЧИ НА ОСНОВЕ ТЕКСТА МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ	335
<i>Атажанова Ф.Е.</i> FUQARO ERKINLIGI HUQUQ VA MANFAATLARI USTUNLIGINI TAMINLASH	336
<i>Атажанова Ф.Э.</i> ЁШЛАРНИ ТАРБИЯЛАШДА МИЛЛИЙ ҒОЯНИНГ ЎРНИ	337
<i>Атамуратова Ф.С.</i> ТАЪЛИМ ВА ТАРБИЯ МАСАЛАЛАРИ	337
<i>Ахмедова У.Э., Узакова У.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЯЗЫКА НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА В ПОДГОТОВКЕ	338

СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ		
<i>Гаппарова Д. А.</i> ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИИ		339
<i>Гаппарова Д. А.</i> ЗНАЧЕНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ КАК ОСНОВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО И ПОНЯТИЙНОГО ЯЗЫКА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА		340
<i>Гаппарова Д. А.</i> РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ И В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ		341
<i>Дадажанова Ф.</i> ИНГЛИЗЗАБОН МАДАНИЯТ АРБОБЛАРИНИНГ ТАХАЛЛУСЛАРИ ҲАҚИДА		342
<i>Dzugaeva Z.R.</i> MULTIMEDIA APPROACH TO TEACHING-LEARNING PROCESS		343
<i>Иминахунова И.Х., Хаджаева Н.Ф.</i> ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ УЧАЩИХСЯ В УПОТРЕБЛЕНИИ ВИДОВРЕМЕННЫХ ФОРМ АНГЛИЙСКОГО ГЛАГОЛА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ИСПРАВЛЕНИЮ		344
<i>Иминахунова И.Х.</i> ЭФФЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ОБУЧЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКИМ КАТЕГОРИЯМ СОВРЕМЕННОГО АНГЛИЙСКОГО ГЛАГОЛА В РУССКИХ ШКОЛАХ		345
<i>Иргашева М.</i> СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ ВА ИҚТИСОДИЙ ЮКСАЛИШ		346
<i>Искандарова М.</i> ИҚТИСОДИЙ ЎСИШНИНГ НЕОКЛАССИК МОДЕЛИ		347
<i>Искандарова М.</i> ИҚТИСОДИЙ ЎСИШНИНГ КЕЙНСИОНИСТИК МОДЕЛИ.		349
<i>Ismailova S.T. Abduvaliyeva G. Yu.</i> SKILL THEORY TEACHING FOREIGN LANGUAGE		351
<i>Ismailova S.T.</i> VALUABLE APPROACHES ABOUT SECOND LANGUAGE ACQUISITION		351
<i>Керимзатова И.С.</i> ОТРАЖЕНИЕ РАЗГОВОРНЫХ ПОСТРОЕНИЙ В		352

УСТНОЙ МОНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ	
<i>Kiryazova X X.</i> <i>BODY LANGUAGE AND GESTURES ACROSS CULTURES</i>	353
<i>Қурбониязова Р.Қ.</i> ФАЛСАФИЙ ДУНЁҚАРАШ ВА ИНСОН ФАОЛИЯТИ	354
<i>Қурбониязова Р.Қ.</i> XXI АСР ЎЗБЕКИСТОН ФАН ФАЛСАФАСИДА ВИРТУАЛЛИК МУАММОСИ	355
<i>Олимова. Д.Ш., Очилдиев И.</i> ПСИХОЛОГО–ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ– МЕДИКОВ	356
<i>Olimova. D.Sh.</i> PEDAGOGICAL STRATEGIES USED IN CLINICAL MEDICAL EDUCATION: AN OBSERVATIONAL STUDY	357
<i>Раджапова Д.Д</i> МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА	358
<i>RaximovaSh.A.</i> MASHGULOT JARAYONINI TASHKIL ETISHDA REJALASHTIRISH VA MAQSADLARNING AHAMIYATI	359
<i>RaximovaSh.A.</i> СНЕТ ТИЛИ ДАРСЛАРИДА ГАПРИШИШ КО'НИКМАЛАРИНИ РИВОЖЛАНТИРИШИНИНГ АНАМИЯТИ	360
<i>Тилавов. Т.</i> БАРКАМОЛ АВЛОД ТАРБИЯСИ: ТИББИЙ САВОДХОНЛИК ВА МАДАНИЯТ УЙЎНЛИГИ	361
<i>Туйчиева О.С., Набиева Н.</i> ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА	362
<i>HamdamovaS.O.Sodiqova M.</i> СНЕТ ТИЛИНИ О'ҚИТИШДА МАДАНИЯТНИНГ АНАМИЯТИ	363
<i>Hamdamova.S.O.</i> INTERCULTURAL COMPETENCE AND FOREIGN LANGUAGE LEARNING	364
<i>Ходжаева Ш.М</i> ХОРИЖИЙ ТИЛЛАРНИ ЎҚИТИШДА АХБОРОТ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ	365
<i>KhodjaevaSh. M.</i> IMPROVE THE LISTENING SKILLS IN ELL (ENGLISH LANGUAGE LEARNING) CLASSES	366
<i>Xudayberganova N.Q</i> KOLLEJ O'QUVCHILARIDA MA'NAViy-MA'RIFIY TADBIRLAR ORQALI SOG'LOM DUNYOQARASHNI	367

SHAKLLANTIRISHNING AHAMIYATI		
<i>Худайбергана Н.Қ.</i> КОЛЛЕЖ ЎҚУВЧИЛАРИДА МАЪНАВИЙ МАДАНИЯТНИ РИВОЖЛАНТИРИШДОЛЗАРБ ПЕДАГОГИК МУАММО СИФАТИДА		368
<i>Xudayberganova N.K.</i> SHAXSDA MILLIY IFTIXOR TUYG‘USINI SHAKLLANTIRISHNING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI		369
<i>Худайкулова Н.А.</i> АМИР ТЕМУР, ВЕЛИКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ И ПОЛКОВОДЕЦ		370
<i>Эргашева Ш.</i> ОМОНИМ ВА СЎЗ ЎЙИНЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ		371
<i>Эргашева Ш.</i> МАЪНОДОШ СЎЗЛАР		371
<i>Эргашева Ш. , Султонова Н.</i> БАДИИЙ АСАР ТИЛИНИЎРГАНИШ МУАММОЛАРИ		372
<i>Yuldasheva.Z., Saraeva.D</i> PRINCIPLES OF LEARNING AND TEACHING VOCABULARY		333

VI-СЕКЦИЯ: ТУРЛИ ХИЛ МУАММОЛАР

<i>Аллаберганова З.С.</i> МУТАГЕННЫЕ ФАКТОРЫ СРЕДЫ		375
<i>Аллаберганова И.С.</i> ЁШ АВЛОДНИ ТАРБИЯЛАШДА ЎЗБЕКИСТОН ТАРИХИНИНГ АҲАМИЯТИ		375
<i>Аташев А. Р., Ким Ен Дин</i> ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА		376
<i>Бабажанов Х. Р.</i> ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ УСУЛЛАР ТЕХНОЛОГИЯСИ		377
<i>Бабажанов Х. Р.</i> ТИББИЁТГА ОИД СЎЗЛАРНИ ТАРЖИМА ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ		378
<i>Джуманиязова З.Ф.</i> АРАЛЬСКИЙ КРИЗИС		379
<i>Кадирова М.Р., Камолова Б.</i> МАЪНАВИЙ ТАРБИЯ ЁШЛАР ТАРБИЯСИНИНГ МУҲИМ АСПЕКТИ СИФАТИДА		380

<i>Мамадалиев Н. Қ.</i> ИНСОН МАДАНИЙ ҲОДИСА СИФАТИДА	381
<i>Миррахимова М.Х., Хабибова В.Ш.</i> ПРОБЛЕМА ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОСТИ СТУДЕНТОВ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	382
<i>Рахимова М.</i> ХОРАЗМ ВОХАСИДАГИ ҚИШЛОҚ ВА СУВ ХУЖАЛИГИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ (1950- 70 ЙИЛЛАР)	383
<i>Rakhmanova. I.I</i> DISEASE INFECTIONUS MENINGITIS BESIDE CHILDREN'S	384
<i>Рахманова И.И.</i> БРАЧ-ИММУНОЛОГЛАРИНИНГ МАЖБУРИЯТЛАРИ	385
<i>Рахманова И.И</i> СОҒЛОМ БОЛАЛАРДА ҲАРАКАТ АКТИВЛИГИ ШАКЛЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ	386
<i>Sa'dullayev A.A. Xasonova Sh.R.</i> OILA-SALOMAT MAMLAKAT BARKAROR	387
<i>Хамидова Г.С. Худайберганова К.К.</i> ЗДОРОВЫЙ НАРОД-ЗДОРОВЫЙ ОБЩЕСТВО	388
<i>Хамидова Г.С., Худайберганова К.К.</i> ГУЛХАЙРИ – АЛТЕЙ	388
<i>Хамидова Г.С., Худайберганова К.К.</i> АСАЛНИНГ ШИФОБАХШ ХУСУСИЯТЛАРИ	390
<i>Ходжаева З.К., Эшниязов К.К</i> 5-ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРГА БКИУОБ СТРАТЕГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШ	391
<i>Ходжаева З.К., Ахранова С.Т.</i> УРГАНЧ ШАХАР 1-СОНЛИ ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАДА НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР БЎЙИЧА: ЮРАК ҚОН ТОМИР, ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ ВА ХАВФНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛИНИ ТАДБИҚ КИЛИШ	392
<i>Ходжаева З.К., Ахранова С.Т.</i> КЕКСАЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ РАЦИОНАЛ ДАВОЛАШ	393
<i>Холбекова Д., Олимжонова С.</i> ЁШ АВЛОД ТАРБИЯСИДА АХЛОҚИЙ МАДАНИЯТНИНГ РОЛИ	394

<i>Юлдашев Б.С.</i> ТИББИЙ ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИДА НАЗАРИЙ БИЛИМЛАРНИ АМАЛИЁТБИЛАН БОҒЛАШ ИМКОНИАТЛАРИ	395
<i>Таджиева Х.С., Машиарипов С.М.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АРОМАМАСЕЛ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	396
<i>Таджиева Х.С., Машиарипов С.М.</i> АРОМА ЁҒЛАРНИ ЮҚОРИ НАФАС ОЛИШ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ	396
<i>Tadjiyeva Kh.S., Masharipov S.M.</i> APPLICATION ESSENTIAL OILS IN UPPER RESPIRATORY TRACT DISEASES	397
<i>Худайберганова А.К.</i> МУСТАҚИЛЛИК - ОЛИЙ НЕЪМАТ	398
<i>Садуллаев О.Қ., Самандарова Б.С.</i> ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРҒАНЧ ФИЛИАЛИНИНГ МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ ВА ИММУНОЛОГИЯ ФАНЛАРИДАН РЕСПУБЛИКА ФАН ОЛИМПИАДАСИДА ҚЎЛГА КИРИТГАН ЮТУҚЛАРИ	399
<i>Садуллаев О.Қ., Самандарова Б.С.</i> ФИЛИАЛ ЎҚУВ-ИЛМИЙ ВА МАЪНАВИЙ САЛОҲИЯТИНИ ЯНАДА ОШИРИШДАГИ ИСТИҚБОЛЛИ РЕЖАЛАР	401
<i>Н.М.Хаджиева</i> ТИББИЙ ХИЗМАТ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ШАХСЛАРАРО МУЛОҚОТНИНГ ЎРНИ	403
МУНДАРИЖА	405