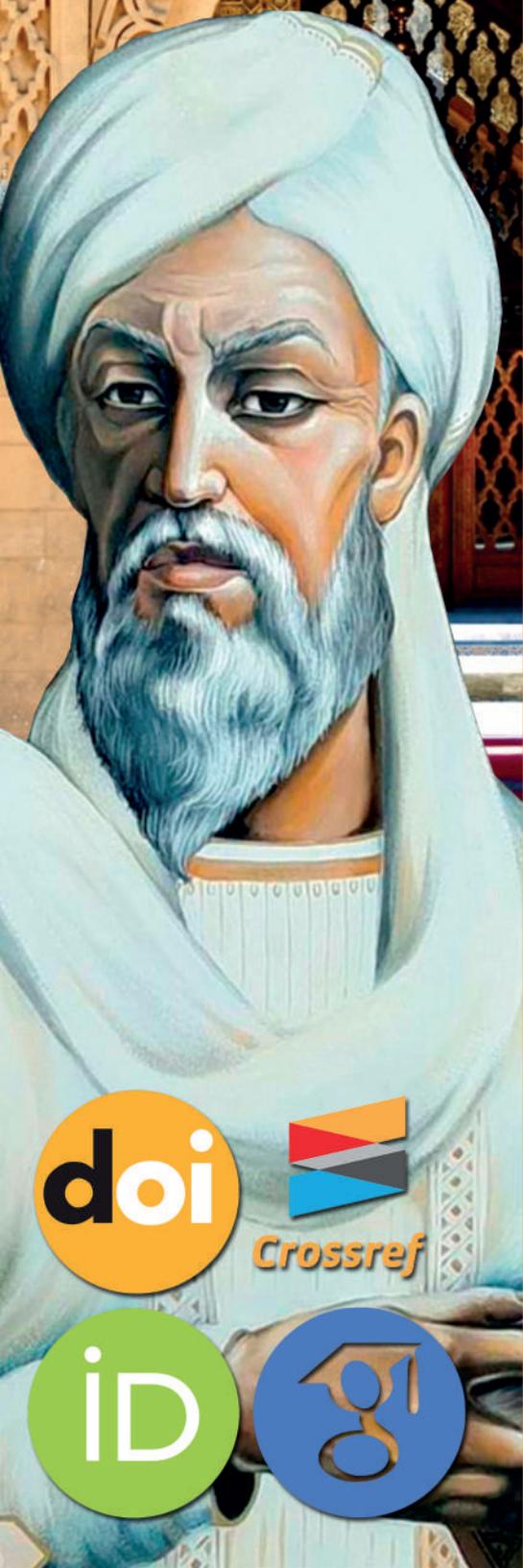




Tadqiqot UZ



**ЎЗБЕКИСТОН
ОЛИМЛАРИ ВА
ЁШЛАРИНИНГ
ИННОВАЦИОН
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТАДҚИҚОТЛАРИ
МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

2021

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар



**30 NOYABR
№34**

CONFERENCES.UZ

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 34-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
34-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
34-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2021



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 34-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 ноябрь 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 23 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шохида Юсуповна (Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг туган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Раҳмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ
ИЗЛАНИШЛАР**

1. Набиева Фарангиз Садриддиновна, Душанова Гавхар Абдукаримовна, Очилов Ойдин Шерматович	
РАЗНОВИДНОСТЬ ХАРАКТЕРНЫХ ФЕРМЕНТОВ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КОНЪЮГИРОВАНИИ БЕЛКОВ	7
2. Абраева Н.Н., Абдуллаева Л.М	
ПРЕИМУЩЕСТВА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПЕРЕД ВМС У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ	9
3. Бабаев Ҳамза Нурматович, Раимкулов Ривож Собир угли	
МЕЪДАНИНГ САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЭРТА ОШҚОЗОН САРАТОНИ: ЗАМОНАВИЙ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР	10
4. Сайитов Олмос Шокирович, Маматкулов Ислон Гайратович	
РАННЕЕ НАЗОЕЮНАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ КОРМЛЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТСУТСТВИЕМ ПРИЕМА ВНУТРЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТ:	12
5. Бабаев Ҳамза Нурматович, Шералиев Илёсжон Иброхим угли	
КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН ЎЛГАН БЕМОР АЪЗОЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	14
6. Sarvarxon Akmaljon o'g'li Yuldashov, Namunaxon Alisher qizi Asqarova, Behzod Xikmatulla o'g'li Xikmatullayev	
BOLALARDA PROGRESSIV MIOPİYANING KOMPLEKS PROFILAKTIKASI	17



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҶАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

РАЗНОВИДНОСТЬ ХАРАКТЕРНЫХ ФЕРМЕНТОВ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КОНЬЮГИРОВАНИИ БЕЛКОВ

Набиева Фарангиз Садриддиновна
Душанова Гавхар Абдукаримовна
Очилов Ойдин Шерматович

Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Кафедра Клинико - лабораторной диагностики
Самаркандский Государственный Университет
Кафедра генетики и биотехнологии
+998906021999
nabievafarangiz294@gmail.com

Аннотация. Известно что ИФА является информативным в плане диагностики инфекционных агентов, и изучения различных соединений, таких как лекарственные средства, гормоны, и.т.д. Ферменты, применяемые в ИФА, характеризуются длительным периодом полуинактивации они не создают радиационной опасности, дают возможность получать количественные и визуальные качественные тесты для массового анализа образцов.

Ключевые слова: иммуноферментный анализ, фермент, конъюгат, периодатный метод.

На сегодняшний день рассматривается проблема решения задачи автоматизации процессов получения белковых продуктов, которые дают возможность использование биотехнологических методов для массового выращивания микроорганизмов для культивирования ферментов. Данные способствуют систематизированию биотехнологических процессов производства и экономическому эффекту производства тест-систем для ИФА. Большое внимание при постановке ИФА уделяется выбору фермент- субстратной системы. В современных иммуноферментных тест-системах используются разнообразные ферменты и субстраты. Принципиальная возможность применения ферментов в качестве меток в иммуноферментном анализе обусловлена чрезвычайно высокой чувствительностью регистрации ферментов в растворе. Конъюгат - искусственная молекула, которая состоит не менее чем из двух химически объединенных компонентов, часто различного происхождения; для проведения ИФА используют обычно конъюгаты, которые содержат ферментную или иную метку, пришитую к антигену, антителам или белку *A Staphylococcus aureus*.

Необходимо подобрать такой фермент, который длительно сохраняет свою активность, не теряет ее при операции связывания с антигеном или антителом, обладает высокой специфичностью к субстрату. Широко используются пероксидаза хрена, щелочная фосфатаза и β -галактозидаза *Escherichia coli*. В настоящее время особенно популярны иммуноферментные конъюгаты на основе пероксидазы хрена. Фермент доступен, легко очищается, высоко стабилен и имеет большое количество субстратов. Каталитическая активность конъюгатов достаточно высока, так как при окислении активный центр фермента не затрагивается. Тем не менее, следует отметить, что щелочная фосфатаза и β -галактозидаза в некоторых случаях имеют целый ряд преимуществ перед пероксидазой. Субстраты имеют высокую стабильность, растворимость и не являются токсичными. Их применение резко повышает чувствительность анализа. Для введения фермента в молекулы антигена и антител используют глутаровый альдегид и периодат натрия. Конъюгаты, полученные с помощью глутарового альдегида в два этапа, имеют большие размеры и могут затруднять определение тестируемых веществ. Методом периодатного окисления конъюгат был разработан Р.К. Nakane и А. Kawao. К. Kato et al. в 1975 г. предложил конъюгировать



иммуноглобулины с ферментом β -Д галактозидазой. Такие конъюгаты были устойчивы к химическим воздействиям и повышали чувствительность анализа. Д. Кэрти конъюгировала антитела, иммобилизованные на иммуносорбенте. Синтезированный таким способом конъюгат сохранял исходную активность антител. В настоящее время разработаны и разрабатываются иммуноферментные тест-системы, в которых для изготовления конъюгата используют белок А золотистого стафилококка. Этот белок взаимодействует с Fc- фрагментами молекул иммуноглобулинов различных видов животных, что позволяет создать универсальные диагностические тест-системы для выявления различных вирусных и бактериальных болезней.

Использованная литература:

1. Анцилевич Л.М., Ягудина Л.А. Практическое применение иммуноферментного анализа в диагностике заболеваний // Практическая медицина. 3 (79) июль 2014 г.-28 с.
8. Набиева Ф.С., Душанова Г.А., Бобокулов О.О. Значение иммуноферментного анализа в диагностике инфекционных заболеваний. Вестник науки и образования. № 4 (107). Часть 1. 2021.
12. Сухоедова А. В., Меньшиков В.В. Технология использования антигенов в производстве тест-систем для иммуноферментного анализа // Успехи в химии и химической технологии. Том XXX. 2016. № 2.75 с.



ПРЕИМУЩЕСТВА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПЕРЕД ВМС У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ.

Абраева Н.Н.,

магистр 3 года обучения кафедры
акушерства и гинекологии №1.

Ташкентская Медицинская Академия

Абдуллаева Л.М.,

доцент кафедры акушерства и гинекологии

№ 1, д.м.н., Ташкентская Медицинская Академия

Телефон: +998(90)0161906

abraeva.naqshidil96@mail.ru

Аннотация. Одной из наиболее актуальных в современном акушерстве является проблема нежелательной беременности у женщин, перенесших оперативное родоразрешение, решение которой способствует сохранению и улучшению женского репродуктивного здоровья. В исследовании были включены 135 женщин, перенесших кесарево сечение, применяющие ВМС и КОКи. В результате исследования было установлено, что характер и частота побочных реакций при использовании контрацептивов зависит от используемого средства, состояния здоровья женщины, характера лактационной функции, а для женщин, применяющих ВМС от срока введения контрацептива после операции.

Ключевые слова: Кесарево сечение, ОК, ВМС, лактационная функция, состоятельность рубца на матке.

Цель исследования: Изучить влияние на состояние послеоперационного рубца на матке использования внутриматочных и оральных контрацептивов при наблюдении в течение года.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование состояния эндометрия и послеоперационного рубца на матке у 135 женщин, перенесших оперативное родоразрешение и обратившихся для подбора контрацептивного метода. Средний возраст пациенток колебался в пределах от 19 до 41 лет. Обследование проведено в сроки от 3 месяцев до 7 лет после операции. У 78 (59%) женщин была применена ВМК. Остальным 57 (41,9%) женщинам для профилактики нежелательной беременности был предложен приём оральных контрацептивов (ОК): 29 кормящим грудью женщинам – оральные гестагенные контрацептивы (мини-пили), 28 пациенткам, прекратившим грудное вскармливание – монофазный комбинированный контрацептив (КОК).

Результаты и их обсуждение. По данным эхографии с применением эндовагинального датчика был проведен детальный анализ состояния рубца и выделить 4 пациенток с «тонкими» неравномерными рубцами и 5 пациенток с «толстыми» рубцами (очевидно за счёт разрастания соединительной ткани). Эффективность внутриматочных контрацептивов в исследовании составила 100%. Наиболее часто из побочных эффектов и осложнений при использовании ВМК отмечались нарушения менструальной функции (20,6%) и экспульсия контрацептива (6,3%).

Среди побочных эффектов при приеме мини-пили наиболее часто отмечались ациклические кровянистые выделения из половых путей в первые 3 месяца использования препарата (17,2%).

Выводы. Таким образом, эффективность внутриматочной контрацепции после операции кесарево сечение достигла 100%, приемлемость – 94%. При этом частота возникновения нежелательных эффектов и осложнений достоверно меньше при введении контрацептива через 6 месяцев после операции по сравнению с введением через 3 месяца. При применении гормональной контрацепции у пациенток, перенесших кесарево сечение эффективность составляет 100%, приемлемость – 88%.

Литература

1. Аминова И.П., Изменение показателей иммунограммы при тяжелых воспалительных заболеваниях внутренних половых органов, возникших на фоне внутриматочной контрацепции / И.П. Аминова, И.К. Богатова,
2. Л.А. Бабакова, Н.Г. Коряковская // Актуальные проблемы здоровья семьи: Сб. науч. тр., посвящ. 20-летию основания ин-та. - Иваново, 2000. - С.153-155.
3. Ю.Ананьев В.А. Повторное кесарево сечение / В. А. Ананьев, Н.М.



МЕЪДАНИНГ САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЭРТА ОШҚОЗОН САРАТОНИ: ЗАМОНАВИЙ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР

Бабаев Ҳамза Нурматович,

Тошкент тиббиёт академияси

Патологик анатомия кафедраси доценти, т.ф.н.

Телефон: +998933758614

Khamza_pat@mail.ru

Раимкулов Ривож Собир угли,

Тошкент тиббиёт академияси

Патологик анатомия кафедраси магистри.

Аннотация: Ошқозоннинг саратон олди касалликлари ва ошқозоннинг эрта саратони бўйича замонавий маълумотлар, ушбу касалликларнинг клиник-морфологик талқинида турли ёндашувлар ва даволаш усуллари келтирилган. Приведены сведения об этиологии, эпидемиологии, канцерогенезе и классификации, а также о факторах прогноза заболевания

Этиологияси, эпидемиологияси, канцерогенези ва таснифи ҳамда касалликни башоратлаш омиллари тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Калит сўзлар: ошқозоннинг саратон олди касалликлари; ошқозоннинг эрта саратони; ошқозон шиллик қавати касалликларининг Европа стандарти.

Ошқозон шиллик қаватининг дисплазияси рак олди шикастланишларига мансуб бўлиб, ошқозон саратони ривожланиш эҳтимолини оширади. Шу билан бирга бугунги кунда ушбу шикастланишни морфологик баҳолаш учун аниқ мезонлар мавжуд эмас. Ошқозон шиллик қаватининг эпителиал рак олди ва саратон билан касалланишини талқин қилишда турли ёндашувлар мавжуд, яъни шартли равишда Европаликлар ва Японларга бўлиш мумкин. Шундай қилиб, айрим ҳолатларда, ошқозон шиллик қаватининг шикастланиши Европа стандартлари бўйича дисплазия сифатида қаралса, бу ҳолат Япон ҳамкасблар томонидан карцинома сифатида белгиланади [1, 2]. Бир вақтнинг ўзида “аденома” ва “дисплазия” атамаларининг бир хил бўлмаган тушунчалари мавжуд. Ошқозон аденомаси деганда чегараланган, оёғида ёки кенг асосда кўтарилиб турувчи ошқозон шиллик қавати эпителийсининг хавфсиз ҳосиласини, дисплазия деганда эса юзаки ёки чуқур шикастланиш тушунилади. Меъда шиллик қаватининг гуруҳларга қараб морфологик ўзгаришлари ҳақидаги илмий маълумотларга алоҳида урғу берилган.

Ушбу ишнинг мақсади ошқозоннинг рак олди ва рак билан эрта касалланишининг замонавий морфологик хусусиятларини ўрганишдир.

Материалнинг асосий қисми Республика Патологик Анатомиа Маркази умумий патология ва биопсия диагностикаси бўлимларида амалга оширилган бўлиб, асосан Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлиmidан келтирилган биопсия материалларидан олинди.

Морфологик жиҳатдан дисплазия цитологик (цитоплазмада муцин микдорининг камайиши, эпителий хужайраси зичлигининг ортиши, ядролар гиперхромлиги, ядро-цитоплазматик нисбатнинг ортиши, митозлар сонининг ортиши) ва архитектур (безларнинг эгри-бугрилиги, тартибсиз шохланиши, без бўшлиғининг кенгайиши) хусусиятларга асосланади. Адабиётларда дисплазиянинг бир неча турлари тавсифланган, улардан энг кўп тарқалгани меъда аденокарциномаси бўлиб, ичак турининг ўтмишдоши ҳисобланган (ичакли) аденоматоз дисплазияси (I тур) ҳисобланади. 2010 йилги ЖССТ гистологик таснифига кўра [2, 3], эрта меъда саратонига 5 турдаги аденокарцинома тегишлидир: папилляр, тубуляр, муциноз, кам дифференциалланган (жумладан узуксимон хужайрали саратон ва бошқа вариантлари) ва аралаш-хужайрали аденокарцинома. Ўсмаларни фарқлаш. Тубуляр ва папилляр аденокарцинома учун ўсманинг гистологик турини аниқлашда уларнинг дифференциалланиш даражасини кўрсатиш керак. Қолган аденокарциномалар учун дифференциалланиш бажарилмайди. Жами бўлиб дифференциациянинг 3 даражаси фарқланади: юқори дифференциалланган, ўртача дифференциалланган ва паст дифференциалланган.

Шундай қилиб, меъда саратон олди касалликлари ва меъда эрта саратони – бу гетероген



касаллик бўлиб, касалланиш муҳим географик хусусиятларга эга, Россияда барча ўсма касалликлари орасида 5 ўринни эгаллайди. Ошқозонда кўрсатилган касалликларни ўз вақтида аниқлаш – беморнинг тўлиқ муваффақиятли даволанишга эришиш йўлидир. Афсуски, касалликнинг дастлабки босқичларида кам сонли ҳолатлар аниқланади ва касалликнинг оғирлашган босқичларида эса даволаш имкониятлари жуда чекланган бўлади.

Шу билан бирга, айрим мамлакатлар тажрибаси шуни кўрсатадики, ошқозон касалликларини ўз вақтида клиник ва морфологик ташхислаш ва даволаш учун имкониятлар мавжуд бўлиб, канцерогенезнинг кейинги молекуляр хусусиятларини ўрганиш мақсадли даволашни янада кенг қўллаш учун йўл очади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1 .Stolte M. The new Vienna classification of epithelial neoplasia of the gastrointestinal tract: advantages and disadvantages Virchows Arch. 2003; 442(2): 99—106.

2. Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., Neil D. WHO Classification of tumors of the digestive system. 4th ed. Lyon: Theise publication; 2010.

3. Shepherd N.A., Warren B.F., Williams G.T., Greenson J.K., Lauwers G.Y., Novelli M.R., eds. Morson and Dawson`s gastrointestinal pathology. 5th ed Wiley-Blackwell; 2013.



РАННЕЕ НАЗОЕЮНАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ КОРМЛЕНИЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТСУТСТВИЕМ ПРИЕМА ВНУТРЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТ:

Сайитов Олмос Шокирович,

Маматкулов Ислом Гайратович

Магистры кафедры Анестезиологии и реаниматологии
Ташкентского медицинского Академия, Ташкент,
Республика Узбекистан

Аннотация: На протяжении десятилетий традиционные подходы к лечению пациентов с острым панкреатитом (ОП) включали голодание с одновременным применением или без него общего парентерального питания (ПП). Согласно обоснованию избегание стимуляции экзокринной функции поджелудочной железы должно иметь уменьшил воспаление и замедлил прогрессирование болезни, в то же время, использование (ППП) должно иметь улучшил пищевой статус пациентов. Однако эта концепция не было подтверждено клиническими испытаниями, и следовательно, питательные управление ОП изменилось со временем. Сегодня есть существенные экспериментальные данные, подтверждающие, что введение энтерального питание помогает сохранить целостность и функцию кишечного барьера, снижает избыточный бактериальный рост толстой кишки и снижает эндотоксин и бактериальную транслокацию. Исследования по лечению травмы ожоговые пациенты показали, что ЭП снижает системную воспалительную реакцию и уменьшает септические осложнения. Более того, ЭП связана с гораздо меньшим количеством осложнений, чем ПП, и менее выражена дорогие

Ключевые слова: Панкреатит, Острый некротизирующий, Энтеральное питание Голодание, Осложнения, Смертность.

Цель исследования: Имеются убедительные доказательства превосходства энтерального питания (ЭП) над парентеральным питание при лечении острого панкреатита (ОП), но немногие исследования оценивали его эффективность по сравнению с отсутствием вмешательство. Целью нашего исследования было сравнить полезные и вредные эффекты энтерального питания, вводимого через назоеюнальное введение по сравнению с режимом нулевого приема внутрь у пациентов с острым панкреатит.

Методы: Пациенты с ОП были рандомизированы для получения либо ЭП через назоеюнальный зонд, инициированного в течение 24 часа приема или отсутствие нутритивной поддержки. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) был оценивается как основной результат. Вторичные исходы включали смертность, органную недостаточность, местные осложнения, инфицированный некроз поджелудочной железы, хирургические вмешательства, продолжительность пребывания в больнице, нежелательные явления и интенсивность воспалительного ответа. Результаты сравнивали с помощью t-критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни протестируйте при необходимости.

Результаты. Всегорандомизировано 108 пациентов, по 54 в каждую группу. Возникновение ССВО было схожим между групп: 24 (22%) против 25 (24%), соответственно (RR 0,47; 47% CI 0,35-0,63). Без значительного снижения стойкой органной недостаточности (RR 0,41; 48% CI 0,26-0,65) и смертности (RR 0,30; 47% CI 0,14-0,61) присутствует в группе ЭП. По другим исходам между группами не было значительных различий. Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) оценивался в качестве основного показателя результата. ССВО был определен как наличие не менее двух следующих параметров в течение 48 часов непрерывно температура тела > 38 ° С или < 36 ° С; частота сердечных сокращений > 90 ударов в минуту; гипервентиляция с частотой дыхания > 20 вдохов за минуту или PaCO₂ < 32 мм рт. и лейкоциты количество > 12000 / мм³ или < 4000 / мм³ [13]. Смертность изначально была установлена в качестве основного результата, но из-за более низкого наблюдаемого уровня смертности чем ожидалось, это было изменено на ССВО. Система оценки дисфункции органов Маршалла (MODS) использовалась для определяют органную недостаточность в случае функции сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной систем. Вторичные критерии оценки включали: смертность, органную недостаточность, местные осложнения в соответствии с определением по критериям Атланты (панкреонекроз, перипанкреатическая



жидкость сбор, псевдокиста и абсцесс поджелудочной железы) зараженный некроз поджелудочной железы хирургические вмешательства продолжительность пребывания в больнице неблагоприятные события и интенсивность воспалительного ответа оценивается С-реактивный белок (СРБ), измеренный на 1-й и 3-й день госпитализации.

Заключение: Наши результаты не показали значительного снижения стойкой органной недостаточности и смертности в пациенты с ОП, получавшие ранний ЭП, по сравнению с пациентами, не получавшими нутритивной поддержки. Но наблюдается тенденция к снижению продолжительность пребывания в больнице, нежелательные явления и интенсивность воспалительного ответа.

Использованная литература:

1. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Острый панкреатит - современное состояние проблемы и нерешенные вопросы. Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2008; 3(3): С. 104-112.
2. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б., и соавт. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. 2004; 12 С.
3. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и соавт. Острый панкреатит. Протоколы диагностики и лечения. Анналы хирургической гепатологии. 2006; 1. С.
4. Благов Д.А. Экстракорпоральная фармакотерапия и малоинвазивные технологии в комплексном лечении панкреонекроза. Ярославская государственная медицинская академия. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ярославль. 2005; 148 С.
5. Богер М.М. Методы исследования поджелудочной железы. Новосибирск. 1982; С. 80-94.
6. Брискин Б.С, Дибиров М.Д., Халидов О.Х., и соавт. Выбор способа хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Тихоокеанский медицинский журнал. 2007; 4: С. 38-40.
7. Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б. и соавт. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы. Вести хирургии. 2000; 159(2): С. 116-123.
8. Бутров А.В., Гатаджаева М.М., Борисов А.Ю. Раннее энтеральное питание в комплексной интенсивной терапии больных с острым некротическим панкреатитом. Consilium medicum (Приложение, хирургия). 2006; 1: С. 12-15.
9. Вертлинд А., Суджян А. Клиническое питание. Стокгольм - Москва. 1990; 354 С. 136
10. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и соавт. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. Москва. 2002; 124 С.
11. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. и соавт. Прокальцитониновый тест в комплексной оценке тяжести состояния больных с деструктивным панкреатитом. Интенсивная терапия. 2006; 1: С. 34-36.
12. Горский В.А., Ковальчук Л.В., Агапов М.А., Хореев М.В., Ованесн Э.Р., Никонова А.С., Греченко В.В. Антимедиаторная терапия в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита. Хирургия. 2010; 3:С.54-61.



КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН ЎЛГАН БЕМОР АЪЗОЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бабаев Ҳамза Нурматович,

Тошкент тиббиёт академияси

Патологик анатомия кафедраси доценти, т.ф.н.

Телефон: +998933758614

Khamza_pat@mail.ru

Шералиев Илёсжон Иброхим угли,

Тошкент тиббиёт академияси

Патологик анатомия кафедраси магистри.

Аннотация: COVID-19 инфекциясидан вафот этган шахсларнинг аутопсия материаллини ўрганиш ва таҳлил қилиш (22 та ҳолат) амалга оширилди. Патолого-анатомик диагноз тузилишида фарқлар аниқланди. 86,4 фоиз ҳолларда патолого-анатомик диагнозда асосий касаллик сифатида аутопсия материалларни вирусологик текшируви билан тасдиқланган, COVID-19 оқибатидаги, оғир шаклдаги коронавирус инфекцияси бўлганлиги аниқланди. Секцион материалда нафас олиш аъзолари томонидан ушбу патологиянинг ўткир икки томонлама пневмония, катталарнинг ўткир респиратор дистресс синдромининг устунлиги шунингдек асосан кекса ва қари ёшдаги кишиларда юрак-қон томир ва эндокрин патологияларининг ўрганиб чиқилган ҳолатлар орасидаги ўлим билан яқунланадиган ҳолатларининг кўп учраши қайд этилди.

Калит сўзлар: COVID-19, SARS-CoV-2, ўпка патоморфологияси, коронавирус инфекцияси.

Янги (COVID-19) (Coronavirus Disease 2019) коронавирус инфекциясининг пандемияси ёки SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) коронавирус инфекция касаллиги турли давлатлар соғлиқни сақлаш тизимлари учун жиддий синов бўлди [1]. Бутун дунё бўйлаб оғир ўткир COVID-19 респиратор инфекцияси ривожланиши билан 2019 йил охирида Хитойда бошланган SARS-CoV-2 глобал экспансив коронавирус 2020 йил 11 мартда ЖССТ томонидан пандемия деб тан олинган [1, 2]. HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43, HCoV-NKU1 туридаги коронавируслар кўпинча мавсумий ўткир респиратор инфекциялар орасида қайд этилади, аммо камдан-кам ҳолларда вирусли пневмонияни кўзгатиб, одатда енгил ва ўртача инфекцияларни кўзгатиб, фақат юқори нафас йўлларида таъсир қилади [2]. 2002 йилда Хитойда SARS-CoV коронавирусининг эрта кўзгатган ўчоқлари, 2012 йилда яқин Шарқда MERS-CoV ўчоқларига сабаб бўлиб, ҳозирги вақтгача маҳаллийлаштирилган беморнинг ёши йўлдош касалликка боғлиқ атипик вирусли пневмониядан содир бўлган ўлим даражаси 10 дан 34 фоизгачани ташкил қилган, ўткир оғир респиратор синдроми билан ўпканинг инфекцион шикастланиши билан кечган [3].

Ушбу ишнинг мақсади COVID-19 коронавирус инфекциясидан ўлган шахсларнинг аутопсия материаллида патологоанатомик диагноз тузилишида турли аъзолардаги патоморфологик ўзгаришларни ва коморбид патологияни тавсифлаш.

Полимераз занжир реакцияси (ПЗР) усулида тасдиқланган SARS-CoV-2 инфекциясидан ўлган марҳумларнинг 22 та аутопсияси текширилиб, асосий касаллиги коронавирус инфекцияси COVID-19 бўлган (аутопсия материали лаборатор тадқиқотда тасдиқланган) (19 мурданинг) тиббий ҳужжатлари, тиббий карталари, патологоанатомик тадқиқот баённомаларининг таҳлили ўтказилди.

Патологоанатомик тадқиқотлар Республика патологик-анатомия марказида, катталар инфекцияси бўлимида бажарилди. Аутопсия материаллини кесиб бўлгач, парафинли кесмалар гематоксилин-эозин билан бўялиб тайёрланди. Аутопсия материаллини микроскопик текшириш ёруғлик микроскопи Leica (Carl Zeiss Microscopy GmbH, Germany) ёрдамида амалга оширилди.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИ МУҲОКАМА ҚИЛИШ

Ўрганилган 22 та аутопсия ҳолатларининг 13 таси эркак ва 9 таси аёл жинсли мурда эканлиги аниқланди. Мурдалар ёши бўйича қуйидагича тақсимланди: 80 ёшдан ошганлар – 3 та, 70–79 ёшгача – 4 та, 60–69 ёшгача – 6 та, 50–59 ёшгача – 6 та, 50 ёшгача – 3 та.



Мурдалар орасида энг қари ёшдаги бемор – 86 ёш, энг ёши – 39 ёш. Трахея морфологик текширилганда эпителий десквацияси, шиши, қон томирларда эритроцитлар, шиллик қават хусусий пластинкасида лимфоцитлар, макрофаглар ва нейтрофилларнинг суст инфильтрацияси, бўшлиғида шиллик қаватли деворига нейтрофиллар, эритроцитлар билан шиллик тўпланиши аниқланади.

Бронх деворида эпителий десквацияси, шиллик қаватнинг шиши, шиллик қават хусусий пластинкасининг тарқалган моно-, полиморф-нуклеар инфильтрацияси, қон томирларда эритроцитлар, бронх бўшлиғида кўплаб нейтрофил лейкоцитли шилликнинг тўпланиши, қон қуйилиши, ўчоқли ясси хужайрали метаплазия кузатилади. Макроскопик жиҳатдан ўпкалар ҳар икки томонда ҳам ҳаво билан тўлишнинг пасайиши, ўпка тўқимасининг нотекис зичлиги, асосан пастки бўлақларда, ўпка рангининг қуюқ қизилдан тўқ қизил-кўкиш ранггача ўзгариши билан ҳамирсимон консистенсияли жойлари мавжудлиги аниқланди. Плевранинг висцерал пардалари, одатда, силлик, ялтироқ лаксимон кўринишга эга бўлади. Кесимида ўпка тўқимаси, одатда, кулранг-қизил рангли, пушти-қизғиш рангли ва тўқ қизил рангли соҳалар билан алмашилиб келади. Деярли барча ўрганилган ҳолатларда трахея ва бронхларнинг бўшлиғида ёпишқоқ сарғиш-яшил масса қопламалари кузатилади. Микроскопик текширувда ўпкада дистелектазлар, интерстициал ва алвеоляр шиш кузатилади; дилатация, қон томир гиперемияси, эритроцитлар, алоҳида томирларда қизил тромблар, геморрагиялар, гемосидерофагларнинг диффуз ўчоқли тўпланиши; алвеола бўшлиғида алвеоляр макрофаглар билан кўп миқдордаги эозинорфил бирикмалар, фибрин, нейтрофил гранулоцитларнинг диффуз-ўчоқли кўплаб алвеола ичи тўпланиши, алвеолаларнинг ички юзаларида бир ҳил эозинофилли қоплама билан гиалин мембраналар ҳосил бўлган; бронхиола бўшлиғида – лейкоцит ва эритроцитлар билан бирга аралашган шиллик. Камдан-кам ҳолларда экссудация ва гиперемия ҳисобига томир деворларининг нотекис лимфоплазмацитар инфильтрацияси ва паретик кенгайган томирларнинг тромбози ҳисобига алвеолалар септанинг аниқ қалинлашиши кузатилади. Бундай ҳолларда кўплаб алвеолалар бўшлиғида фибринга бой эозинофил экссудат, кўчиб тушган (десквацияланган) алвеоляр эпителий хужайралари, алвеолаларнинг макрофаглари аниқланади, баъзи жойларда гиперхромли йирик ядроли нотўғри шаклдаги йирик хужайралар – алвеолаларнинг бир қисмида фибрин организацияси ҳолати, турли қалинликдаги гиалинли мембраналар аниқланади. Юқорида тасвирланган деярли ҳавосиз бўлган соҳалари компенсаторли ўткир эмфизема ўчоқлари билан алмашган. Периваскуляр зич лимфоид тугунсимон инфильтратлар кўринишидаги васкулит ҳодисалари; қон қуйилиш соҳалари аниқланди. Бир неча ҳолларда кўриниши ўзгарган гиперхромли алвеолоцитлар аниқланди, кўпинча SARS-CoV-2 цитопатик таъсири билан боғлиқ нуқсонли хужайралар билан симпласт ҳосил қилган [4]. Баъзи ҳолларда алвеоляр эпителийнинг ясси хужайрага метаплазияси ҳам кузатилган, бу баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, диффуз алвеоляр шикастланишнинг кечки пролифератив босқичида намоён бўлади [5].

SARS-CoV инфекциясидан даволанган 25 та беморни назорати ва уларни кейинги текшириш уларда 68 фоиз гиперлипидемия, 44 фоиз юрак-қон томир касалликлари ва 60 фоиз глюкоза метаболизми касалликлари борлигини аниқлади. Метаболик таҳлил анамнезида SARS-CoV инфекцияси бўлган беморларда липид алмашинуви нерегуляр бўлгандигини кўрсатди.

Бундай беморлар қон зардобидида эркин ёғ кислоталари, лизофосфатидилхолин, лизофосфатидилэтанолламин ва фосфатидилглицерин концентрацияси анамнезида SARS-CoV инфекцияси бўлмаган беморларга нисбатан сезиларли даражада ошди [6].

Шундай қилиб, барча ўрганилган ҳолатларда коронавирус инфекцияси асосий касаллик тоифасига, жумладан бир ҳолатда (4,5 фоиз) фон касаллиги сифатида ва икки ҳолатда (9,09 фоиз) рақобатдош касалликлардан бири сифатида киритилди.

Асосий касалликнинг кечиши барча ўткир икки томонлама пневмония, катталарнинг ўткир реаниматор дистресс синдроми каби летал ҳолатлар билан асоратланди.

Кекса ва қари ёшдаги одамлар танатогенезида муҳим рол ўйнавчи юрак-қон томир ва эндокрин патологияси (қандли диабет II тип) коронавирус инфекциясининг ўрганиб чиқилган ҳолатлари орасида ўлимга олиб келувчи ҳолатининг учраш частотаси юқорилигини таъкидлаш лозим.



Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. *Голубев, А. Г.* Теория и практика старения в условиях пандемии COVID-19 [Текст] / А. Г. Голубев, А. В. Сидоренко // Успехи геронтологии. – 2020. – Т. 33, № 2. – С. 397–408.
2. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [Text] / C. Huang [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 395 (10223). – P. 497–506.
3. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-COV: A Comparative Overview [Text] / Ali A Rabaan [et al.] // Infez Med. – 2020. – Vol. 1, № 28 (2). – P. 174–184.
4. The Epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia and Insights for Emerging Infectious Diseases in the Future [Text] / Jin-Yan Li [et al.] // Microbes Infect. – 2020. – Vol. 22 (2). – P. 80–85.
5. Тяжелая форма гриппа А (H1N1) – патологическая анатомия легких [Текст] / А. Л. Черняев [и др.] // Общая реаниматология. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 23–28.
6. Altered Lipid Metabolism in Recovered SARS Patients Twelve Years after Infection [Text] / Q. Wu [et al.] // Sci Rep. – 2017. – Vol. 7 (1). – P. 9110.



BOLALARDA PROGRESSIV MIОPIYANING KOMPLEKS PROFILAKTIKASI

Sarvarxon Akmaljon o'g'li Yuldashov

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Oftalmologiya kafedrası magistranti.
Toshkent. O'zbekiston.
dr.sarvar.2020@mail.ru

Namunaxon Alisher qizi Asqarova

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Oftalmologiya kafedrası magistranti.
Toshkent. O'zbekiston.
namunaasqarova4@gmail.com

Behzod Xikmatulla o'g'li Xikmatullayev

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Oftalmologiya kafedrası magistranti.
Toshkent. O'zbekiston.
dr.khikmatullaev@gmail.com

Annotatsiya: Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST)ning statistik ma'lumotlariga ko'ra, miopiya keng tarqalgan kasallik bo'lib, tug'ilgan chaqaloqlarning 91% uzoqni ko'ra oladigan (gipermetrop), taxminan 4 % esa normal refraksiyali va faqat 5% bolalarda miopiya aniqlanadi [1,5,11]. Ammo, maktab yoshidagi bolalar tibbiy tekshiruvlarida deyarli har uchinchi bolaga miopiya tashxisi qo'yiladi. Progressiv miopiya ko'pincha kichik (7-12 yosh) va katta maktab (15-18) yoshdagi o'quvchilarida kuzatiladi, bu esa mashg'ulot paytidagi ko'ruv a'zosiga bo'lgan yuklamalar miqdori va intensivligi bilan bevosita bog'liq. Progressiv miopiya bilan kasallangan bolalarda funksional davolash va profilaktik usullardan foydalanish natijasida ko'rish o'tkirligining tiklanishiga erishiladi va miopiyaning xavfli asoratlarini oldini olish mumkin [2,3,7,10].

Yaqindan ko'rish (ya'ni "miopiya" ilmiy atama sifatida qadimgi yunoncha μύω (mýo) - "ko'zni qisib" va ὄψις (ópsis) - "qarash, ko'rish" degan etimologik tarixga ega bo'lib, oftalmologiya sohasida ko'rish nuqsoning bir turi, bunda yaqindagi narsalar yaxshi, uzoqdagilar esa xira ko'rinadi [8].

Kalit so'zlar: miopiya, refraksiya, progressiv miopiya, funksional davolash, ko'rish o'tkirligi, miopiya asoratlari.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИВНОЙ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Сарвархон Акмалжон угли Юлдашов

Студент магистратуры.
Кафедра офтальмологии.
Ташкентская медицинская академия.
Ташкент. Узбекистан
dr.sarvar.2020@mail.ru

Намунахон Алишер кизи Аскарова

Студент магистратуры.
Кафедра офтальмологии.
Ташкентская медицинская академия.
Ташкент. Узбекистан
namunaasqarova4@gmail.com

Бехзод Хикматулла угли Хикматуллаев

Студент магистратуры.
Кафедра офтальмологии.
Ташкентская медицинская академия.
Ташкент. Узбекистан
dr.khikmatullaev@gmail.com



Аннотация: Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), близорукость - распространенное заболевание, которым страдает 91% новорожденных с дальновзоркостью (дальновзоркостью) и около 4% с нормальной рефракцией и рефракцией и только у 5% детей диагностируется миопия [1,5,11]. Однако почти у каждого третьего ребенка школьного возраста диагностируется миопия. Прогрессирующая миопия чаще всего наблюдается у школьников младшего (7-12 лет) и старшего (15-18 лет) школьного возраста, что напрямую связано с величиной и интенсивностью нагрузок на зрительный орган во время тренировок. У детей с прогрессирующей миопией функциональная терапия и профилактика могут помочь восстановить остроту зрения и предотвратить опасные осложнения миопии [2,3,7,10].

Близорукость (также - миопия, от др.-греч. μῶ - «щурюсь» и ὄψις - «взгляд, зрение») - дефект зрения, это вид нарушения зрения в офтальмологии, при котором человек вблизи видит хорошо, а вдаль - плохо. [8].

Ключевые слова: миопия, рефракция, прогрессирующая миопия, функциональная терапия, острота зрения, осложнения миопии.

COMPLEX PREVENTION OF PROGRESSIVE MYOPIA IN CHILDREN

Sarvarkhon Akmaljon ugli Yuldashov

Master Student

Department of ophthalmology

Tashkent Medical Academy

Tashkent. Uzbekistan.

dr.sarvar.2020@mail.ru

Namunahon Alisher kizi Askarova

Master Student

Department of ophthalmology

Tashkent Medical Academy

Tashkent. Uzbekistan.

namunaasqarova4@gmail.com

Bekhzod Hikmatulla ugli Khikmatullayev

Master Student

Department of ophthalmology

Tashkent Medical Academy

Tashkent. Uzbekistan.

dr.khikmatullaev@gmail.com

Annotation: According to statistics of the World Health Organization (WHO), myopia is a common disease that affects 91% of newborns with far-sightedness (hypermetropia) and about 4% with normal refraction, and only 5% of children are diagnosed with myopia [1,5,11]. However, almost every third school-age child is suffer from myopia. Progressive myopia is wide observed in schoolchildren of primary and senior school age, which is this condition directly related to the magnitude and intensity of loads on the visual organ during training sessions. In children diagnosed with progressive myopia, functional therapy and prophylaxis can restore visual acuity and prevent dangerous complications of myopia [2,3,7,10].

Nearsightedness (also - myopia, from Old Greek. μῶ - “squint” and ὄψις - “look, sight”) is a visual defect, this is a type of visual impairment in ophthalmology, which is a person can clearly see objects at near and blur objects at long distances [8].

Keywords: myopia, refraction, progressive myopia, functional therapy, visual acuity, complications of myopia.



Miopiya multifaktorial kasallik. Ushbu patologiyaning mohiyati nimada? Bunda uzoqdagi shakllardan keladigan parallel nurlar ko'zdagi to'rt pardaga yetib bormaydi, balki fokus uning oldi tarafiga yig'iladi, natijada ko'riladigan buyum shakli to'rt pardada aniq aks etmaydi va kishi uzoqni yaxshi ko'rolmaydi. Progressiv miopiyada miopik jarayon yiliga eng kamida 1,0 D dan pasayib boradi. Bundan tashqari, miopiyada ko'z pardalari (oqsilli, tomirli, to'rt parda) va muskullarining turgorligi bo'shshadi, ular cho'zilib, ko'zning optik o'qi uzunlashadi, natijada miopiya zo'rayadi, bu ko'zning ko'rish qobiliyatini yanada pasaytiradi [4,7,9,15]. Amaliyotda miopiyaning professor E.S.Avetisov tomonidan 1999-yilda tavsiya etilgan klinik tasnifi foydalaniladi [6,7,12,14].

Miopiyaning klinik klassifikatsiyasi (E.S. Avetisov bo'yicha)

Darajasi bo'yicha :

- Yengil daraja (- 3,0 D gacha)
- O'rta (3,25 - 6,0 D)
- Yuqori daraja (- 6,25 D dan yuqori)

Kasallik belgilarining yoshga bog'liq holda namoyon bo'lishiga ko'ra (miopiyaning klinik shakllari) :

- Tug'ma
- Erta shakllangan (< 7 yosh, ya'ni maktabgacha yoshda)
- Maktab yoshida shakllangan (7-17 yosh)
- Kech shakllangan (voyaga yetgan davrda)

Binokulyar refraksiya farq mavjudligiga ko'ra:

- Izometropik
- Anizometropik

Astigmatizmning mavjudligiga ko'ra:

- Astigmatizmsiz
- Astigmatizm bilan

Kasallikning klinik kechishi bo'yicha :

- Barqaror - statsionar
- Sekin rivojlanuvchi – progressiv (yil davomida 1,0 dioptriya dan kam)
- Tez rivojlanuvchi – progressiv (yil davomida 1,0 dioptriya yoki undan ko'p)

Asoratlarning mavjudligiga ko'ra :

- Asoratlanmagan
- Asoratlangan
 - o xorioretinal distrofiya (makulyar, periferik, tarqalgan)
 - o vitreal asoratlar
 - o gemorragik asoratlar
 - o aralash asoratlar
 - o glaukoma bilan asoratlangan
 - o katarakta bilan asoratlangan

Asoratlangan davrda funksional o'zgarishlar darajasi (ko'rish o'tkirligi bo'yicha) :

- I bosqich (Vis. = 0,8 - 0,5)
- II bosqich (Vis. = 0,4 - 0,2)
- III bosqich (Vis. = 0,1 - 0,05)
- IV bosqich (Vis. = 0,04 va undan past).

Miopiya diagnostikasida, dastlab, shifokor bemorning individual xususiyatlarini – miopik jarayonning darajasini, uning rivojlanish dinamikasini aniqlaydi, shundan so'ng terapevtik sxema tanlanadi. Bolalardagi yengil darajali miopiyani rivojlanishini to'xtatish, mutaxassis tomonidan nafaqat aktiv dinamik kuzatuvni, balki aniq tibbiy-profilaktik muolajalarni ham talab qiladi.

Oftalmologlar tomonidan progressiv miopiyani operatsiyasiz davolashga imkon beradigan ko'plab konservativ usullar tavsiya etilgan: Optik korreksiyalash –

ko'zoynak yoki kontaktli linzalardan foydalanish. Miopiyaning yengil darajasida (< (-)3,0D) ko'zoynak faqat uzoqdagi predmetlarni ko'rish uchun belgilanadi. Agar bola kundalik hayotida ko'zoynaksiz ham qanoatlansa, uni doimiy ravishda ko'zoynak taqishga majbur qilmaslik lozim. Faqat miopiyaning yuqori darajasi (-6,25D <) yoki ko'rish o'tkirligining juda tez pasayishi



ko'zoynak yoki linzani doimiy ravishda taqish uchun asos bo'ladi. Linza va ko'zoynaklar optik tizim kamchiliklarini bartaraf qiladi va tasvirni to'r pardaga ko'chiradi. Bemor xohishi va qarshi ko'rsatmalar yo'qligini inobatga olib, ko'zoynakni kontakt linzalar bilan almashtirish mumkin. Ko'pchilik bemorlarda miopiya va astigmatizm birgalikda kuzatiladi. Bunday holda, silindrlil ko'zoynaklar yordam beradi.

Medikamentoz usul – oftalmologiya amaliyotida ko'zning trofikasini yaxshilovchi vazodilyatatorlar, vitamin komplekslari va ko'z tomchilari miopiya rivojlanishini barqarorlashishiga ijobiy ta'siri kuzatilgan.

Fizioterapevtik muolajalar – gavhar akkomadatsiyasi mashqlari, elektroforez, turli xildagi massaj usullari va boshqalar [2,5,9,13,14].

Agar bolada miopiya yuqori darajada bo'lsa va faol rivojlanayotgan bo'lsa, unga sklerani optimal tarzda mustahkamlash imkonini beruvchi skleroplastika usuli buyurilishi mumkin.

Miopiya tashxisi qo'yilgach, bemor oftalmolog shifokor bilan suhbatda yuqorida sanab o'tilgan konservativ usullar yordamida miopiya kasalligini mukammal davolash kafolatlanmasligini, balki ko'rishning yomonlashuvini to'xtatish yoki sekinlashtirish, shuningdek, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar – g'ilyalik, ambliopiya va boshqalarning rivojlanishining samarali oldini olish bosh maqsad ekanligini bilishi juda muhim.

Hozirda, oftalmologlar eng zamonaviy tekshirish usullaridan foydalangan holda ko'ruv a'zosining kompleks diagnostikasini orqali aniq tashxis qo'yadi va miopiyani korreksiyasi uchun mos operativ davolash usulini tanlaydi.

Lazerli korreksiya miopiyadan to'liq xalos bo'lish va yuqori ko'rish qobiliyatiga ega bo'lishga yordam beruvchi metod bo'lib, miopiya -12D gacha bo'lgan bemorlar uchun bu usul qo'llaniladi. Operatsiya o'rtacha 10-15 minut davom etadi va og'riqsizlantirish maqsadida maxsus ko'z tomchilari qo'llaniladi. Ko'rish operatsiyadan keyin 1-2 soat ichida yaxshilanadi va bir oy ichida to'liq natija olinadi.

Ba'zan, tekshiruvlarda yuqori darajali miopiyaga lazer korreksiya usuli yordam bermasligi aniqlanadi. Bunday holatlarda boshqa alternativ usul – refraksion qobiliyatni tiklash maqsadida xiralashmagan gavharni olib tashlash va o'rniga miopik jarayonni kompensatsiya qiluvchi dioptriya ega intraokulyar linza implantatsiya qilish qo'llaniladi. Ushbu metodika bir qator qo'shimcha afzalliklarga ega: yuqori ko'rish qobiliyati tiklanish ehtimoli yuqori va katarakta rivojlanish ehtimoli yo'q. Lekin, bu metodika bir qancha kamchiliklarga ham ega: birinchidan operatsiya texnik jihatdan ancha qiyin va to'liq jarrohlik aralashuvini talab etadi, ikkinchidan, iqtisodiy jihatdan IOL narxi qimmat, uchunchidan, operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya davri bir necha oy davom etishi va bemorga turli maxsus cheklovlar qo'yilishi mumkin [10,11,14].

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda bolalarda progressiv miopiyaning profilaktikasi uchun quyidagilar tavsiya etiladi :

1. Vizual stressni kamaytirish.

Maktab darslarini o'tkazishda bolani qulay ish joyi bilan ta'minlash muhim: stol va stul bolaning balandligiga mos kelishi kerak, xona yaxshi yoritilgan bo'lishi kerak. O'qish paytida ko'zdan kitobgacha bo'lgan masofa kamida 33 sm bo'lishi kerak. Ko'zni dam olish uchun har 20 daqiqada 2-3 daqiqa davomida o'qishdan keyin tanaffus qilish muhim, derazadan tashqariga - uzoq masofaga qarash va ko'zlarni tez-tez yumib-ochish kerak. Shuningdek, dars tayyorlash vaqtida noto'g'ri o'tirish, kompyuterda haddan tashqari ko'p ishlash miopiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Boshni juda egib yozish yoki o'qish kabi zararli odatlar ko'z zo'riqishga sabab bo'ladi.

Bola uzoq vaqt yaqinda joylashgan kitob, daftar, planshet kabi predmetlarga diqqat qilsa, ko'rish o'tkirligi pasayadi. Farzandingizni soatlab televizor ko'rishiga yoki kompyuterda o'ynashiga yo'l qo'ymang. Boshlang'ich sinf o'quvchilari uchun kompyuterda darslar uchun tavsiya etilgan vaqt kuniga 15-30 daqiqagacha, 10 yoshdan oshgan bolalar uchun - kuniga 1,5 soatgacha, majburiy tanaffuslar 5-10 minut bo'lishi kerak. Shuningdek, monitor ekranidan ko'zlargacha bo'lgan masofa kamida 50 sm bo'lishi va monitor ko'z darajasidan biroz yuqorida joylashgan bo'lishi kerak. Transportda harakat paytida aslo kitob o'qimang, chunki mayda harakatlar (tebranish yoki chayqalishlar) tufayli matn joylashuvi tez o'zgarib turadi va ko'zlarning zo'riqishiga sabab bo'ladi.

2. Oziqlanish.

Miopiya bilan kasallangan bolaning ratsionida A vitamini (jigar, sariyog', pishloq, tuxum), C (sitrus mevalari, na'matak), E (o'simlik yog'i, sut mahsulotlari, jigar, tuxum, jo'xori uni,



yong'oq) ga boy ovqatlar bo'lishi kerak. Shuningdek, to'r pardaning optimal holati uchun esa tarkibida lyutein va zeaksantin mavjud bo'lgan mahsulotlar (masalan: ko'katlar, arpabodiyon, makkajo'xori, pista) iste'mol qilish kerak. Bundan tashqari meva va sabzavotlar ham bolaning kunlik ratsionida bo'lishi kerak. Ayniqsa, zarg'aldoq rangli meva va sabzavotlar ko'rish uchun foydalidir: quritilgan o'rik, xurmo, oshqovoq, bulg'or qalampiri va sabzi. Ammo, bu mahsulotlar tarkibidagi karotin yog'larsiz ichakdan so'rilmaydi, shuning uchun ular smetana yoki o'simlik moyli salat bilan iste'mol qilinishi kerak. Shubhasiz, mevalar ichida chernika (*Vaccinium*) - ya'ni ko'k meva ko'rish faoliyati uchun eng foydali hisoblanadi.

3. Kun tartibi.

Ko'rishning buzilishini oldini olish uchun bola to'g'ri kunlik rejimga ega bo'lishi kerak. Ular yetarlicha faol harakat qilishi, toza havoda iloji boricha ko'proq vaqt o'tkazishi kerak. Miopiya tashxisli bolalar uchun quyidagi sport turlari tavsiya etiladi: suzish, chang'i, yugurish, figurali uchish, badminton, tennis, voleybol, futbol. Kitob o'qish yoki uy vazifasini bajarishni faol o'yinlar, jismoniy mashqlar yoki yurish kabi mashqlar bilan almashtirib olib borish juda muhimdir.

4. Tibbiy nazorat.

Bolada ko'rish faoliyati bo'yicha shikoyatlar bo'lmasa ham, u har yili oftalmolog tekshiruvidan o'tishi kerak, chunki bolalar ko'pincha ko'rishning asta-sekin yomonlashishini sezmaydilar va ota-onalariga bu muammo haqida o'z vaqtida xabar bera olmaydilar. Miopiyaga uchragan ota-onalarda kasallik nasldan naslga o'tishini ko'zda tutgan holda, ko'rish qobiliyati yaxshi bo'lgan bolasini ham yilida bir marta oftalmologga ko'rsatib turishlari lozim. Bu ko'rish bilan bog'liq bo'lgan muammolar albatta paydo bo'ladi degani emas. Lekin kasallik xavfi 60-80 foizni tashkil qiladi. Miopiyani to'liq konservativ usulda davolash mumkin emas, uni faqat korreksiyalash mumkin. Shifokor bola uchun ko'zoynak yoki kontakt linzalarini tanlaydi va agar kerak bo'lsa, jarayonni stabillashi uchun davolanishni buyuradi. Zamonaviy tibbiy texnologiyalar miopiya rivojlanishini sekinlashtirishga va ba'zan to'xtatishga imkon beradi.

Miopiya kasalligini davolashning eng samarali usullaridan biri - bu lazer korreksiya operatsiyasi bo'lib, bemor 18 yoshga to'lgandan keyin o'tkaziladi, chunki bu davrga kelib ko'z olmasi to'liq shakllanib ulguradi. Biroq ayrim hollarda tavsiya qilingan yoshni kutmay lazer-korreksiya operatsiyasini qo'llash mumkin (masalan yuqori darajali monolateral miopiyada). Shuningdek, bu jarrohlik usuli miopik jarayon 3 yil mobaynida kuchaymagan hollarda tavsiya etiladi. Demak, bu yoshgacha ota-onalar miopiya rivojlanishini to'xtatish uchun oftalmolog tavsiyasiga qat'iy amal qilishlari kerak. Agar shifokor maktab yoshidagi bolaga "miopiya" tashxisini qo'ysa, bunga juda jiddiy e'tibor berish kerak, chunki ko'rish o'tkirligining pasayishi bolalarda juda tez rivojlanadi.

5. Ko'zlar uchun gimnastika.

Bu ko'z mushaklarini bo'shashtirish va mustahkamlash uchun mo'ljallangan oddiy mashqlar to'plami. Farzandingizni kuniga 2-3 marta tanlangan ko'z mashqlarni bajarishga odatlantiring. Quyida bir nechta oddiy mashqlarga namuna keltirilgan:

1. asta-sekin ko'zlaringizni yuqoriga va pastga, keyin chapga va o'ngga harakatlantiring
2. katta doirani tasavvur qiling, uni ko'zlaringiz bilan soat mili yo'nalishi bo'yicha, so'ngra soat miliga teskari ravishda aylantirib hayolan chizing.
3. yaqin (30-50sm) va uzoq (3-5m) masofadagi obyektga navbat bilan qarang
4. ko'zlaringizni bir necha soniya mahkam yuming, ularni oching va gorizontga ya'ni atrofingizdagi eng uzoq masofaga qarang
5. 1-2 daqiqa davomida ko'zlaringizni tez-tez ochib-yuming

Bugungi kunda, bolalarning nazoratsiz zamonaviy texnologik vositalar (telefon, planshet, kompyuter)dan foydalanishi ularning ko'rish faoliyatiga zararli ta'sir ko'rsatishi tasdiqlangan. Bunday vaziyatda, ko'rish buzilishining oldini olish ota-onalarning eng muhim vazifalaridan biridir. Bunda quyidagi tavsiyalarga e'tiborli bo'lish kerak:

- Kompyutergacha masofa 50 santimetrdan kam bo'lmasligi lozim va monitor yetarli darajada yorug' bo'lishi kerak, shuningdek elektron vositalardan faqat va faqat yoritilgan xonada foydalanish kerak.
- Shrift qancha yirik bo'lsa, miopiya paydo bo'lish xavfi shunchalik kamayadi.
- Dars tayyorlash jarayonida qomatni tik tutish va bolaning boshi bir tomonga haddan tashqari og'ib ketmasligiga e'tibor berish kerak, bu holat nafaqat ko'rish faoliyati sifatiga salbiy ta'sir etadi, balki qomatni doimiy noto'g'ri tutish umurtqalarning kifoz yoki lordoz holatiga olib kelishi va keyinchalik to'qimalarning mahalliy qon aylanishi va trofikasi buzulishiga sabab bo'ladi.



Xulosa: Progressiv miopiya bilan kasallangan bolalarda yuqoridagi profilaktik usullarni qanchalik tezroq boshlansa, patologik jarayon shunchalik tezroq stabillashadi va ko'rish o'tkirligi buzilishi ehtimoli sezilarli pasayadi.

Foydalanilgan adabiyotlar :

1. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З. Профилактика близорукости. Вестн. офтальмол. 1989;6:3–9 [Avetisov E.S., Rozenblyum Yu.Z. Prevention of myopia. Vestn. oft al' mol. 1989;6:3–9 (in Russ.)].
2. Лапочкин В.И. Офтальмотонус миопических глаз: статистическая оценка и роль в формировании приобретенной миопии. Вестник офтальмологии. 1997;69(6):20–23. [Lapochkin V.I. Ophthalmotonus of myopic eyes: a statistical assessment and a role in the formation of acquired myopia. Vestn. ophthalmology. 1997;69(6):20–23 (in Russ.)].
3. Мац К.А. Новые методы тренировки цилиарной мышцы при ослабленной аккомодации: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973 [Matz K.A. New methods of training of ciliary muscle with weakened accommodation. Abstract. dis. ... kand. med. sciences. Moscow, 1973 (in Russ.)].
4. Михайлова Л.А., Катаргина Л.А. Состояние детской офтальмологической службы в Российской Федерации (2012–2013 гг.). Педиатрическая офтальмология. 2015;1:5–10. [Katargina L.A., Mikhaylova L.A. the state of children's ophthalmologic service in the Russian Federation (2012–2013). Pediatric ophthalmology. 2015;1:5–10 (in Russ.)].
5. Нероев В.В. Новые аспекты проблемы патологии сетчатки и зрительного нерва. Вестник офтальмологии. 2000; 5:14–16 [Neroev V.V. New aspects of the problem of pathology of the retina and optic nerve. Vestnik oft almologi. 2000;5:14–16 (in Russ.)].
6. Стишковская Н.Н. Медикаментозные препараты в профилактике и лечении миопии. Вестн. офтальмол. 1978;5:82–84 [Stishkovskaja N.N. Medication drugs in the prevention and treatment of myopia. Vestn. ophthalmol. 1978;5:82–84 (in Russ.)].
7. Тарутта Е.П. Осложненная близорукость: врожденная и приобретенная. В кн.: С.Э. Аветисов, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшинова (ред.) Зрительные функции и их коррекция у детей. М.: Медицина, 2005:137–163
8. Carly Siu-Yin Lam, Chin-Hang Lam, Sam Chi-Kwan Cheng, Lily Yee-Lai Chan Prevalence of myopia among Hong Kong Chinese schoolchildren: changes over two decades. Ophthalmic. Physiol. Opt. 2012;32(1):17–24.
9. Chia A., Chua W.H., Cheung Y.B., Wong W.L., Linghum A. et al. Atropine for the treatment of childhood myopia: safety and efficacy of 0,5%, 0,1% and 0,01% Doses (ATOM2). Ophthalmology. 2012;199:347–354.
10. Holden B.A., Timothy R.F., Wilson D.A., Jong M., Naidoo K.S. et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Ophthalmology. 2016;123(5):1036–1042.
11. Jin Hae Lee, Su-Kyung Jung, Hirohiko Kakizaki, Donghyun Jee. Prevalence of myopia and its association with body stature and educational level in 19-year old male conscripts in Seoul, South Korea. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2012;53:5579–5583.
12. Myopia correction in children: meta-analysis / Y. Cui, L. Li, Q. Wu, J. Zhao, H. Chu, G. Yu, W. Wei // Clin. Invest. Med.- 2017.- Vol. 40, № 3 .- P 117-126
13. Ortiz C., Anera R.G., Soler M., de la Cruz Cardona J., Salas C., Prevalence of refractive errors in school-age children in Morocco. Clinical and Experimental Ophthalmology. 2009;37(2):191–196.
14. Sam Chi-Kwan Cheng, Carly Siu-Yin Lam, Chin-Hang Lam, Lily Yee-Lai Chan Prevalence of myopia among Hong Kong Chinese schoolchildren: changes over two decades. Ophthalmic. Physiol. Opt. 2012;32(1):17–24.
15. Shih Y.F. Multi-focal glasses in controlling myopic progression. Proceedings of the VII International Conference on Myopia: conf/on Myopia. Boston. 2000;6:352–356.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 34-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.11.2021

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000