

ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR:

DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIGI: 2018 | 2022

ISAAC NYUTON
(1643-1727)



2022

APREL

№39



CONFERENCES.UZ

Toshkent shahar, Amir
Temur ko'chasi, pr.1, 2-uy.

+998 97 420 88 81

+998 94 404 00 00

www.tadqiqot.uz

www.conferences.uz



**ЎЗБЕКИСТОНДА МИЛЛИЙ
ТАДҚИҚОТЛАР: ДАВРИЙ
АНЖУМАНЛАР:
18-ҚИСМ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
УЗБЕКИСТАНА: СЕРИЯ
КОНФЕРЕНЦИЙ:
ЧАСТЬ-18**

**NATIONAL RESEARCHES OF
UZBEKISTAN: CONFERENCES
SERIES:
PART-18**

ТОШКЕНТ-2022



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Ўзбекистонда миллий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” [Тошкент; 2022]

“Ўзбекистонда миллий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” мавзусидаги республика 39-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 апрель 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 44 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар 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 анжуманлари 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 таҳтил 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 Шоҳида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Ёшлар ишлари агентлиги ҳузуридаги ёшлар муаммоларини ўрганиш ва истиқболли кадрларни тайёрлаш институти)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Ҳамидуллаевна (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 тутган 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 Рахмонович (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

Рахмонова 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 ҳаққонийлиги 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. Namozova Nargiza Saydilloyevna, Saidova Nodira G'aniyevna "TIBBIYOT TARIXI" FANI, UNING SHAKLLANISHI VA BOSHQA TIBBIY BILIMLAR QATORIDA TUTGAN O'RNI	7
2. Qodirova Gulbahor Halimona, Sadirova Dilorom Rajabovna TERMINAL HOLAT VA KLINIK O'LIM	10
3. Zakirova Nargiza Ravshanovna, Zakirova Maryam Maxmudovna KONTRASEPSIYA VOSITALAR VA ULARNING TURLARI	12
4. Ахунджанова Фарангиз Фуркат кизи ЖИДКОСТИ ПОЛОСТИ РТА, АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД СДАЧИ КРОВИ ДЛЯ АНАЛИЗА	14
5. Хошимов Б.Л. Аллаберганов Д.Ш. ҚОВИД-19 ДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	15
6. Хошимов Б.Л. Аллаберганов Д.Ш. ИММУНОГИСТОХИМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ УМЕРШИХ ПРИ COVID-19	17
7. Абдусаматова Руштия Анвар кизи, Юсупов Азамат Фархадович РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ	19
8. Акбаров Авзал Нигматуллаевич, Хабилов Даврон Нигман угли ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ И РЕЗЕКЦИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19, ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	20
9. Душанова Гавхар Абдукаримовна, Набиева Фарангиз Садриддиновна, Умаров Валижон Али угли ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ САМАРКАНДСКОГО РЕГИОНА, СВЯЗАННЫЕ С УСЛОВИЯМИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	22
10. С Т polimorfizmi POSTMENAPAUZALI O'ZBEK AYOLLARIDA KO'KRAK BEZI SARATONI RIVOJLANISHIDA O'SMA OQSILI TP-53 GENI RS-17884159 POLIMORFIZMINING ROLI	24
11. Kumri Islamovna Narzikulova, Sarvarkhon Akmaljon ugli Yuldashov, Amaliya Sardorovna Khusainova EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF CINAREX EYE DROP IN BACTERIAL CONJUNCTIVITIS	26
12. Зуфарова Зухра Хабибуллаевна ИЗУЧЕНИЕ ВЛАГОУСТОЙЧИВОСТИ КАПСУЛИРОВАННОЙ МАССЫ ГЛАС	30
13. Зуфарова Зухра Хабибуллаевна ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВЕ КЕТОПРОФЕНА	32
14. Курбанова Муяссар Джуражоновна, Нарзуллаев Н.У. МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОКСАМА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В НОСОВОЙ ПОЛОСТИ	33
15. Курбанова Муяссар Джуражоновна, Нарзуллаев Н.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗНЫХ ФОРМАХ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	34
16. Умарова З.Ф., Утегенова У. М., Утегенова Умида Мадреевна ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕ- СКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	36
17. Умарова З.Ф., Утегенова У. М., Утегенова Умида Мадреевна РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ	38
18. Xo'jaqulova Dilfuza Choriyevna, Salomova Malika Faxriddinova DORI VOSITALARINI ORGANIZMGA YUBORISH USULLARI	40
19. Рўзиев Феруз Гиёсович, Пўлатов Садриддин Сайфуллаевич ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧИШИДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯНИНГ ФАРҚЛИ ЖИҲАТЛАРИ	42



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

“TIBBIYOT TARIXI” FANI, UNING SHAKLLANISHI VA BOSHQA TIBBIY BILIMLAR QATORIDA TUTGAN O’RNI”

Namozova Nargiza Saydilloyevna,

Saidova Nodira G’aniyevna

Buxoro jamoat salomatligini saqlash texnikumi

“Hamshiralik ishi fani” kafedrası o’qituvchisi.

E.mail: nargiza.namozova@mail.ru

Тел.: 93 451 58 84, 33 354 58 84

Annotatsiyasi: Tibbiyot tarixi fanining tibbiy xodimlar tayorlash tizimidagi tutgan o’rni va ahamiyati. Mehnat jarayonida inson qiyofasining shakllanishi, ibtidoiy mehnat qurollari, olov qo’llanila boshlashining tibbiy uchun ahamiyati. Insoniylik jamiyati davri tabiblari va birinchi dori- darmonlar.

Ibtidoiy insonni kasalliklari haqida ma’lumot beruvchi birlamchi asl manba’lar, ilk davolash usullari va O’zbekiston xududida xalq tabobatini vujudga kelishi.

Kalit so’zlar: Ibtidoiy jamoa, quldorlik, feodalizm, kapitalizm, Qadimgi odamlar, tibbiyot tarixini o’rganish manbaalari, Instinktiv tibbiyot, Davolash, idrok, Ilmiy tibbiyot.

Insoniyat jamiyatida tibbiyotning kelib chiqishi va rivojlanishi.

Hozirgi zamon vrachi keng va chuqur bilimga ega bo’lishi bilan birga yuksak saviyali va madaniyatli kishi ham bo’lishi kerak. Bu sifatlarga ega bo’lishda tibbiyot tarixi fani katta rol uynaydi. Binobarin, tibbiyot tarixini o’rganish muhim va dolzarb ahamiyatga ega.

Tibbiyot tarixi – tibbiyot amaliyoti va tibbiyot bilimlarning rivojlanishini ijtimoiy-iqtisodiy formatsiyalarning rivojlanishi bilan bog’liq ravishda o’rganuvchi fandır. Tibbiyot amaliyoti o’z rivojlanishida kasalliklarni aniqlash, ularni davolash va oldini olish sohasida, yangi-yangi usullar ishlab chikib, tibbiyot fanini boyitadi. Tibbiy bilim esa tibbiyot amaliyoti to’plangan tajribalarni umumlashtiradi, uni yangi nazariy asoslar, fikrlar, xulosalar, bilan boyitadi, yangi bosqichga ko’taradi. Yer yo’zida tibbiyotni inson faoliyatining muhim sohalarini biri sifatida shakllanishi antropogenez jarayoni, ya’ni odamning paydo bo’lishi bilan bog’liq ekanligi fanga qadimdan ma’lum.

Insoniyat jamiyatida tibbiyotning paydo bo’lishi va hozirgi ilmiy tibbiyot darajasiga eytgunga qadar 4 asosiy bosqichni bosib o’tdi:

I-Bosqich – Instinktiv tibbiyot davri. Bu tibbiyot ba’zi hayvonlar va past darajadagi odamsimon ajdodlarimizga xos bo’lgan. Bu tibbiyotning xususiyati shundan iboratki, davolash choralarida hech qanday qurol ishlatilmagan. Shuning uchun davolash usullari juda oddiy bo’lgan.

II-Bosqich – Davolashda juda ham oddiy quroldan, asosan toshdan yasalgan quroldan foydalanish davri. Bu davrni tibbiyotning tosh davri desa bo’ladi. Bu davr tibbiyotining xususiyati shundan iboratki, bu yerda davolash ishini amalga oshirishda ma’lum darajada **idrok** qatnasha boshlagan. Davolash ishlari **ma’lum maqsad bilan** amalga oshirilgan, *ya’ni instinktning o’rnini idrok egallagan.*

III-Bosqich – tibbiyotning kasb sifatida shakllanish davri. Bu bosqich *ibtidoiy jamoa davridan quldorlik jamiyatiga o’tish bilan bog’liq.* Quldorlik davriga kelib har xil kasblar bilan bir qatorda tabiblik kasbi ham kelib chiqadi. Tabiblik kasbining kelib chiqishi tibbiyotning rivojlanishini ancha tezlashtiradi.

IV-Bosqich – Ilmiy tibbiyotning kelib chiqishi, ya’ni uning fan sifatida shakllanishi davri. Respublikamiz xududi yoki Markaziy Osiyo bu bosqich o’rta asrlar, ya’ni feodalizmning eng rivojlangan davriga to’g’ri keladi. Bu davr tibbiyotining xususiyati shundan iboratki, bu mamlakatda



umumiy iqtisodiy, madaniy va ilmiy Taraqqiyot jarayonida rivojlandi. Bu davrga kelib Markaziy Osiyo tibbiyoti jaxon miqyosida etakchi o'rinlardan birini egalladi.

Tibbiyot tarixini 5 ta davrga bo'lib o'rganamiz.

- 1) Ibtidoiy jamoa tuzish davri.
- 2) Quldorlik davri.
- 3) Feodalizm davri.
- 4) Kapitalizm davri.
- 5) Hozirgi zamon davri.

TIBBIYOT TARIXINI O'RGANISH MANBAALARI:

I- Arxeologiya fani.

Arxeologiya fani qadimgi zamon odamlari va ularning tarixiga oid masalalari arxeologik qazilmalar orqali o'rganuvchi fandır. Ibtidoiy jamoa kishilari o'qish va yozishni bilmaganlar, ammo har xil kasallik va shikastlanishlar yuz berganda, o'sha davr kishilari davolash ishlarini bajarganlar, ammo bu haqida yozma ma'lumot yo'q. U davr tibbiyotining rivojlanish darajasini arxeologik qazilmalardan topilgan buyumlarga qarab belgilashimiz mumkin. Masalan, Qadimgi odamlar suyaklari, ular ishlatgan qurollar, xususan tibbiy muolajalarda foydalanilgan bronza pichoqlar, tibbiyot qaychilari, dori tayyorlaydigan idishlar va ularda saqlanib qolgan dorivor moddalarning qoldiklari va boshqalar yoki suyaklarda o'tkazilgan operatsiyalar, amputatsiya va trepanapiya va x.k.lar. Shu ashyoviy materiallarga qarab, u yoki bu mamlakatda u yoki o'sha davrda tibbiyot qay darajada rivojlanganligi, qanday davo usullari qo'llanilganligini aniqlash mumkin.

Arxeologiya fanining bir necha tarmoqlari bor, shulardan birinchisi – *antropologiyadir*. Bu fan Qadimgi odamlarning gavda tuzilishi, uning biologik xususiyatlari, gavda o'lchamlari yashash sharoitlarini tekshiradi. Ikkinchisi – *paleopatologiyadir*. Bu fan Qadimgi zamon odamlarining suyaklarini tekshirib, ularning qanday kasalliklar bilan og'rikanliklarini aniqlaydi. Bunda rentgenologik va radiologik usullardan foydalaniladi. Uchinchisi – *paleobiologiyadir*. Bu fan Qadimgi zamon odamlarining suyaklarini, radiobiologik va immunologik usullar bilan tekshirib, o'sha zamon odamlarining organizmidagi biologik xususiyatlarini aniqlaydi. Masalan, odamning qoni gruppasini aniqlash mumkin va x.k.

II. Yozma asarlar, bular ikkiga bo'linadi:

- 1) *Qo'lyozma asarlar*
- 2) *Bosma asarlar*

Qo'lyozma asarlar juda qadim zamonlardan yaratila boshlangan. Bularga Qadimgi Misr papiruslari, Assuriya va Vavilomiya (Babil) shoxlarining toshlarga uyib yozgan qonunlari, g'orlarga yozilgan xikmatlari so'zlar va yozgan qonunlari, suratlar, teriga va nihoyat qog'oz kashf etilgandan so'ng qog'ozga yozilgan xatlar kiradi. SHu xatlar orasida tibbiyotga oid qo'lyozmalar ham uchraydi. Bular arxiv materiallari, Qadimgi olimlarning qo'lyozmalari, shuningdek, badiiy asarlar va sayoxatchilarning kundaliklarini kiritishimiz mumkin. Masalan, eramizdan oldingi 428 yilda Qadimgi YUnonistonda tarkalgan ulat kasalligi tarixchi Fukudid orqali ma'lum. Bu haqida tibbiy ma'lumotlar kolmagan, yoki mashhur Gomerining «Iliada» va «Odeesiya» asarlarida Qadimgi YUnoniston tibbiyoti haqida ma'lumot berilgan.

III. Xalq tabobati.

Tibbiyot tarixini o'rganishda xalq tabobati juda ahamiyatga ega bo'lib, muhim ma'lumotlar beradi, ma'lumki tibbiyot dastlab emperik xalq tabobati sifatida paydo bo'lgan va rivodlangan. Biz xalq tibbiyoti bilan tanishib, qaysi mamlakatda, qaysi davrda tibbiyot kay darajada rivojlanganligi haqida ma'lum tushunchaga ega bulamiz.

IV. Turli mamlakat xalqlarining moddiy madaniyati manbalari. Tibbiyot tarixini o'rganishda turli mamlakat xalqlarining moddiy madaniyati manbalari ham ma'lum darajada rol uynaydi. Jumladan, Qadimgi ibodatxonalarning, kasr va shunga uxshagan boshqa diniy binolar, hamda gorlarning devorlarida ba'zan bemorlarga yordam ko'rsatayotgan tabib tasvirlangan. SHuningdek, amaliy san'at asarlari rasmlar, xaykallar va boshqalar orqali ham tibbiyot tarixi bo'yicha bir muncha ma'lumot olish mumkin.



INSON HAYOTIDA TIBBIYOTNING KIRIB KELISHI.

Jamiyatda tibbiyotning paydo bo'lishi to'g'risida 2 xil nazariya mavjud:

1. Diniy mistik nazariya.
2. Ilmiy materialistik nazariya.

Diniy mistik nazariya asoschilari dastlab din peshvolari tibbiyot ibodatxonalarda kelib chiqqan va muolajalar koxinlar va roxiblar tomonidan ko'rsatilgan degan fikrni ilgari surganlar. Ibtidoiy ajdodlarimiz har xil kasalliklarga chalingan va o'zlarini davolashga harakat qilganlar, bu paytlarda koxinlar va roxiblar yo'q edi. Binobarin, tibbiyotning kelib chiqishi din bilan bog'liq emas. Dalillar shuni ko'rsatadiki, din paydo bo'lmasdan ancha ilgari tibbiyot vujudga kelgan. Qadimda ibodatxonalarda davolash xonalari mavjud bo'lib, ularda koxinlar va roxiblar bemorlarni davolab parvarish qilganlar, lekin bu bilan tibbiyot ibodatxonalarda paydo bo'lgan degani emas.

Ilmiy materialistik nazariya asoschilari tibbiyot jamiyatning ilk bosqichlarida tarixiy taraqqiyot natijasida kelib chiqqan degan fikrni ilgari suradi. Arxeologik qazilmalarda topilgan ashyoviy dalillar ko'rsatishicha, dastlabki primitiv davolash usullari bundan bir necha million yil ilgari yashagan odamsimon ajdodlarimiz tomonidan ishlab chiqilgan.

Tibbiyotning inson hayotida kirib kelishi to'g'risida uchinchi nazariya ham mavjud bo'lib, bu fikr tarafdorlari insoniyatning ilk bosqichida odamlar juda baquvvat bo'lib, kasalliklarga chalinmagan va tibbiy yordamga muxtoj bo'lmaganliklari uchun tibbiyot bo'lmagan va u keyinchalik sivilizatsiya keng tarkalgan paytda madaniy rivojlanishning mahsuli sifatida paydo bo'lgan deb hisoblashadi.

Bunday fikrni fransuz faylasufi Jan Jak Russo ilgari so'rgan. Ammo ilmiy o'rganishlar va Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, o'tgan zamonlarda ibtidoiy odamlar nihoyat og'ir axvolda yashaganlar. Ular ko'p kasalliklarga uchrab davolaganlar, doimo tibbiy muolajalarga muxtoj bo'lganlar.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. «Tibbiyot tarixi» darsligi. A.A. Qodirov. Ibn Sino nashriyoti Toshkent 1993; 272 bet.
2. «История медицины Узбекистана». А.А. Кадыров. Из-во Ибн Сины 1994;
3. «O'zbekiston tibbiyoti tarixi darsligi». A.A. Qodirov. «Ibn Sino» nashriyoti Toshkent, 2001; 175 bet.
4. «История медицины». Ф.Р. Бородулин. Сборник лекций. Москва «Медицина» 1961 г.
5. «История медицины» П.Э. Забдуловский и др. Москва «Медицина» 1981 г. Стр. 261.



TERMINAL HOLAT VA KLINIK O'LIM.

Qodirova Gulbahor Halimona, Sadirova Dilorom Rajabovna

Buxoro jamoat salomatligini saqlash texnikumi

“Hamshiralik ishi” kafedrası o'qituvchisi

Tel: 90 613 77 05

Annotatsiyasi: Terminal xolat hayotning so'nggi bosqichi, hayot bilan o'lim orasidagi holat. Bunda organizm yashashi uchun muhim bo'lgan organ va sistemalar faoliyatida (hatto tiklash mumkin bo'lsa ham) chuqur o'zgarishlar ro'y berib, gipoksiya kuchayadi. Behushlik boshlansada nafas reflekslari va yurak faoliyati saqlanib turgan agoniya oldi, agoniya va klinik o'lim kabi 3 bosqichni o'z ichiga oladi. Terminal holatning davomiyligi asosiy kasallikning og'irliligi va organizmni jonlashtirish (Reanimatsiya) choratadbirlari ko'rilishiga bog'liq.

Kalit so'zlar: Preogoniya, agoniya, klinik o'lim, biologik o'lim, reflex, arefleksiya, intensiv terapiya, sirkulatsion, fibrillatsiya.

Terminal xolat- organizm hayot uchun muhim a'zolar faoliyati buzulishining kritik bo'sag'asi bo'lib, arterial bosimning tushishi, gazlar almashinuvining va metabolizmning keskin buzilishi bilan kechadigan jarayon.

Terminal xolatlar deb - qo'shimcha aralashmasiz o'limga olib keluvchi vital funksiyalarning dekompensatsiya bilan kechuvchi patologik jarayonga aytiladi. **Terminal xolat bu** – o'lim bilan hayot o'rtasidagi chegaraviy xolat bo'lib, biologik o'lim bilan tugashi mumkin. Xayotiy muhim organlar faoliyatini to'xtashiga klinik o'lim deyiladi. Biroq, klinik o'limda hayot uchun muhim a'zolar moddalar almashinuvi saqlangan bo'ladi. Bu qaytar jarayon bo'lib, bu xolatdan organizmni qayta tiriltirish mumkin. **Biologik o'lim** – qaytmas jarayon bo'lib, xayotiy muhim organlar va sistemalar faoliyatining to'xtashi bilan birga moddalar almashinuvi xam to'xtaydi.

Terminal xolat davrlari: 1.Preogoniya, 2.Agoniya, 3.Klinik o'lim.

1. Preogoniya – markaziy nerv sistemasida po'stloq usti qismida tormozlanish, po'stloq osti qismida qo'zalish bo'ladi. AQB 60mm. simob ustunidan past, puls tezlashgan, hansirash, teri yuzasida oqarish, sianoz, nafas qisishi bo'ladi. Bir minutdan bir necha sutkagacha davom etishi mumkin.

2. Agoniya. Bemorni hushi va ko'z reflekslari (yog'rulikni sezish refleksdan tashqari) yog' qoladi. Puls aniqlanmaydi yog'ki ipsimon bo'ladi, yurak tonlari bo'iq, chuqur, nafas olishi onda-sonda, chuqur va tez-tez yuzaki bo'ladi. Noadekvat nafas va qon aylanish natijasida kompensator mexanizmlar toliqadi. Bu xolat davomiyligi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etib nafas va yurak to'xtashiga olib keladi.

3. Klinik o'lim – eng muhim hayotiy organlarning yurak, nafasning to'xtashi, hushining bo'lmasligi, arefleksiya, ko'z qorachiqalar kengaygan. Bosh miya hujayralari, organism hujayralari 5-6 daqiqagacha yashaydi.

Terminal holatlar va klinik o'lim barcha hayot uchun muhim funksiyalarning chuqur buzilishlari bilan kechadi. Bosh miyada qand va glikogen makroergik fosfor birikmalari miqdori keskin kamaygan, bosh miya po'stlog'i, miyacha hujayralari tez shikastlansa bosh miya stvoli kamroq zararlanadi. Klinik o'limdan keyin 20-30 daqiqagacha yurak avtomatizmi va o'tkazuvchanligi saqlanadi, buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida buyrak funksiyasi buziladi.

Terminal holatga olib keluvchi sabablar: og'ir shikastlanishlar, kuyishlar, cho'kish holatlari, korbanat angidrid bilan zaharlanganda, turli kimyoviy va biologik zaharlanishlar, toksikoz va yallg'ilanish kasalliklar (pnevmoniya, sepsis)da, ko'p qon yoqotish holatlari, qon aylanishining to'xtashi.

Qon aylanishining to'xtashi esa asfiksiya va gipoksiya holatlari, yurakning tug'ma va orttirilgan kasalliklari, dori moddalarning nojo'ya ta'sirlaridan kelib chiqishi mumkin. Yurakning to'xtashiga narkotik moddalarning peredozirovkasi, suv-tuz almashinuvining buzilishi sabab bo'lish ehtimoli yuqori.

Terminal holatdagi bemorlarga shoshilinch reanimatsion o'tkazish chora-tadbirlari. Terminal holatlar va klinik o'lim organizmda hamma a'zolarining faoliyatini to'xtashiga olib keladi. Bularning orasida eng xavfli a'zo by bosh miya hisoblanadi. Klinik nazoratlar va



eksperimental tajribalar shu ko'rsatadiki bosh miya po'stloi kislorod muhitga 3-4 daqiqa chidashi mumkin. Ayrim holatlarda, ya'ni gipotermiya fonida MNSning kislorodga bo'lgan talabi pasayishi natijasida bu vaqt uzayishi mumkin. Bu 3-4 daqiqa vaqt bemorlarni tiriltirishga sarflanadigan zaxira vaqt hisoblanadi.

I-intensiv terapiya – postreanimatsion davrda boshqa a'zo va tizimlarning faoliyatini tiklashga yo'naltirilgan intensiv terapiya. Nafas yo'llari berkilib qolishi ya'ni obturatsiyasida quyidagi uchlik “Peter Safari uchligi” amalga oshiriladi:

Boshni orqaga egish

O g'izni ochish

Pastki jagi oldinga va yuqoriga siljitib havoni puflash.

Yuqori nafas yo'llarini o'tkazuvchanligi buzilgan, yot jism bo'lsa qo'l bilan tozalash, yot jism bilan obturatsiya bo'lganda qo'l bilan urish. Yuqori nafas yo'llarini so'rich – “otsos” yordamida tozalab, havo o'tkazgichlar “vozduxovod” kirgizib qo'yish yo'li bilan ham tiklash mumkin. Shuningdek shoshilinch holatlarda yuqori nafas yo'llari – traxeotomiya, konikotomiya, traxeostomiya, traxeyani intubatsiya qilish yo'llari orqali tiklash usullari ham mavjud.

O'pkani suniy nafas oldirish:

- Og'izdan – og'izga

Og'izdan – burunga

Puflash tezligi bemor yoshiga qarab bir daqiada 20-40 martagacha bo'lishi kerak. Bular foyda bermaganda Ambu-qopchasi yog'rdamida, apparatlar yog'rdamida nafas tiklanguncha amalga oshiriladi.

Sirkulatsion (aylanish) – bu bu qon aylanishini va yurak faoliyatini tiklash ma'nosini anglatadi. Bunda yurakni tashqi va ichki massaj qilish usullaridan foydalaniladi. Dori-darmonlarni vena ichiga, artetiyaga, mushak orasiga, til ildiziga, yurak va o'pka ichiga kiritishlardan iborat.

Fibrilatsion (fibrillatsiya) – qorinchalar fibrillatsiyasini yo'qotish maqsadida doimiy yoki uzlikliz elektrik defibrillyatorlar qo'llaniladi. 30-60 soniya davomida qilinadi. **Bemorning ahvolini baholash.** 24 soat davomida ko'rsatilgan reanimatsion chora-tadbirlar Markaziy nerv sistemasiga yordam bermasa, ko'z qorachiining maksimal darajada kengayishi va yorug'likka reaksiyasining yoqligi, mushaklar gipotoniyasi, adekvat qon aylanishining yoqligi reanimatsion yo'rdam ko'rsatishni to'xtatish mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. “Xirurgiya va reanimasiya asoslari” A.J. Hamrayev, O.S. A'zamxo'jayev 2017 y.
2. “Anesteziologiya va reanimatologiya” M.X.Muxtorov, I.K.Qahhorov 2005 y.
3. “Favqulotda vaziyatlarda tez tibbiy yordam asoslari” Allayorov Y. Tojoboyev Y. 2007 y.
4. “Shoshilinch holatlar” J.M Sobirov 2006 y.



KONTRASEPSIYA VOSITALAR VA ULARNING TURLARI.

Zakirova Nargiza Ravshanovna, Zakirova Maryam Maxmudovna

Buxoro jamoat salomatligini saqlash texnikumi

“Hamshiralik ishi” kafedrası o’qituvchisi

Tel: 91 419 27 20

Annotatsiyasi: Turmushga chiqqan ayollar 30 yoshlardan oshgandan so’ng homiladorlikdan himoyalaniş uchun turli xil kontraseptiv vositalarni qidira boshlashadi. Chunki bu davrga kelib ayol va er homiladorlikni rejali ravishda amalga oshirishadi. Hozirgi zamonda homiladorlikka qarshi vositalarning turlari juda ko’p, lekin ulardan qaysi birlari qulay va xavfsiz? Bu haqida quyida batafsil yoritib o’tamiz.

Kalit so’zlar: Sterilizatsiya, Spermitsidlar, Oral kontraseptiv vositalar, kalendar, gormonal kontraseptiklar, spirallar.

Avvalo, kontrasepsiya – ya’ni homiladorlikka qarshi vositalar ichidan eng samarali usullari haqida ma’lumot beramiz:

1-o’rin. Xirurgik sterilizatsiya (jarrohlik yo’li bilan homiladorlikni cheklash) va gormonal kontrasepsiya;

2-o’rin. Bachadon ichi spirali;

3-o’rin. Prezervativ. Bu vosita bilan homiladorlikdan saqlanish darajasi 10 %ni tashkil qiladi;

4-o’rin. Spermitsidlar;

5-o’rin. Jinsiy aloqani eyakulyatsiya vaqtida to’xtatish.

Gormonal kontraseptiklar

Hozirgi kunda gormonal kontrsepsiya usuli rejalashtirilmagan homiladorlikdan saqlanishning eng qulay usulidir. Gormonal kontraseptik preparatlar bir jihatdan homiladorlikdan butunlay himoya qilsa, ikkinchi tomondan ayol organizmi qarishini sekinlashtiradi va klimaks davrini orqaroqqa cho’zadi. Asosiysi, preparatlarga bo’lgan qarshi ko’rsatmalar yo’qligi. Bunday kontrasepsiyadan turmushga chiqqan ayollar ko’p foydalanishadi. Ammo, ba’zi ayollarda homilador bo’lishga kuchli moyillik bo’lgani sababli gormonal preparatlar yordam bera olmasligi mumkin. Demak, gormonal kontraseptik preparatlarni qo’llashdan avval ayrim holatlarni hisobga olish talab etiladi: ayol yoshi 30 dan oshgan bo’lishi kerak, preparatlar faqatgina shifokor-ginekolog tomonidan buyuriladi, uni buyurish uchun maxsus tekshiruvlardan o’tish kerak. Gormonal kontraseptiv vosita turlari:

Oral kontraseptiv vositalar

Umuman olib qaraganda oral kontraseptik vositalarning deyarli barchasi bir xil ta’sirga ega: 21 dona tabletkalar, gormonlardan iborat bo’lib ichga qabul qilinadi va homiladorlikka qarshi ta’sir ko’rsatadi. Ammo, hammasi siz o’ylaganchalik oson emas, ba’zi preparatlarda gormonlar dozasi farqlanishi mumkin. Bundan tashqari gestogen (yakka) oral kontraseptivlar va kombinatsiyalangan (aralash) oral kontraseptiv gormonlar bor. Qaysi birini tanlagan yaxshiroq?

Bu yerda hammasi individual tomondan yondashishni talab etadi. 30 yoshdan oshgan ayollar kamroq gormon qabul qilganlari ma’qul, chunki bunday preparatlar organizmda yaxshi qabul qilinadi. Hozirgi kunda oral kontraseptiv vositalardagi gormon dozasi 20 mkg dan oshmaydi. Ba’zi kasalliklarda oral kontraseptiv vositalarga qarshi ko’rsatmalar borligini ham unutmang.

Bachadon ichi spirali

Kontrasepsiyaning bu turidan tug’gan ayollar ko’proq foydalanishadi, ular homiladorlikni yaqin yillar ichida rejalashtirish niyatida bo’lmaganlar uchun qulay. Bachadon ichi spirali hayz davrida shifokor tomonidan joylashtiriladi, agar barcha holatlar normada ketsa, spiral 3-5 yil davomida bachadon ichida qoladi. Uni joylashtirishda jinsiy yo’llarda kasalliklar yo’qligi, qinning tozaligi va boshqa turdagi har qanday kasalliklar e’tiborga olinadi.

Bachadon ichi spirali mexanik va gormonal turlarga bo’linadi. Mexanik spiral – bu oddiygina yot (himoya) jism, u bachadon bo’yinchasida joylashib homilador bo’lishdan himoya qiladi. Gormonal spirallarning 2 xil ta’sir effekti bor: yot (himoya) jism va gormonal modda. Gormonal spiralning davolovchi ta’siri ham bor, masalan bachadon miomasi va endometrioza gormonal moddalar davolovchi ta’sir ham ko’rsatadi.

Kalendar usuli bilan homiladorlikdan saqlanish

30 yoshlardan oshgan ayollar uchun kalendar usuli ham ancha qulay va samarali hisoblanadi. Bu



usuldan foydalanish uchun ayolda hayz sikli normal, muntazam ravishda bo‘lishi kerak. Kalendar usulining ishlash mexanizmi quyidagicha: buning uchun “xavfli” kunlarni, ya’ni hayz siklining yarmiga to‘g‘ri keladigan kunni belgilab oling. Odatda bu kun hayz siklining 14 kuniga to‘g‘ri keladi va tuxum hujayra ajralib chiqib 24 soat ichida faol bo‘ladi. Agar shu vaqt ichida tuxum hujayra urug‘lanmasa, u nobud bo‘ladi. Hayz siklining 16 kunidan boshlab homilador bo‘lish darajasi minimal bo‘ladi. Hayz siklining birinchi kunlarida va hayz ko‘rish vaqtida ham deyarli homilador bo‘lish imkoniyati yo‘q. Hayz siklining o‘rtalariga kelib tuxum hujayra urug‘lanish imkoniyati yuqori. Gap shundaki, erkak spermatozoidlari ayol jisniy yo‘llarida bir necha kun yashash xususiyatiga ega. Masalan, hayz siklining 10-kunida jinsiy aloqa qilingan bo‘lsa, 14 kunga kelib tuxum hujayra urug‘lanishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. “Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi” G. A Ixtiyarova 2019 y
2. “Akusherlik asoslari” Allayorov I.I 2015 y
3. “Reproduktiv salomatlik” Salomova H. J 2016 y



ЖИДКОСТИ ПОЛОСТИ РТА, АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД СДАЧИ КРОВИ ДЛЯ АНАЛИЗА

Ахунджанова Фарангиз Фуркат кизи,
“ТДСИ” Магистр второго курса,
Факультета “Медицинской Биохимии”
Телефон: +998931058888
Fgiz0893@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Уже с рождения каждому ребенку необходимо сдавать кровь для анализов, и многие дети реагируют на это криком и плачем. В детском возрасте эту процедуру проводят регулярно, и это становится для родителей настоящим испытанием. Закатывая истерики, дети заставляют своих родителей краснеть перед всеми. Не для кого, не секрет: дети боятся уколов, но очень трудно объяснить детям, что это необходимо для их здоровья. И на помощь к нам придет жидкости полости рта. Ведь это является альтернативным методом этой процедуры.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Определение микроэлементов, роль микроэлементов в организме человека, анализ слюны, дети школьного возраста.

Состав ротовой и десневой жидкостей в полной мере отражает процессы, протекающие в организме, и может с успехом использоваться в лабораторной диагностике, дополняя или заменяя классические исследования крови. Ротовая жидкость обладает рядом неоспоримых достоинств перед кровью: неинвазивность и доступность ее получения открывают широкие перспективы для саливадиагностики. Привлекают также простота забора проб, возможность повторного взятия биоматериала в физиологических условиях и полная безопасность при этом для здоровья пациента и медперсонала.

Материалы и методы. Объектом исследования являются школьники средних классов (около ста детей) в возрасте от семи до двенадцати лет, учащихся общеобразовательных школ Ташкентской области.

Использованные методы:

- а) социально-гигиенические (анкетирование детей и их родителей)
- б) биохимические (определение микроэлементов – Mg, Ca, P и Zn в слюне)
- в) статистические

Результаты и обсуждения. Определение микроэлементов через сыворотку слюны одинаково достоверно как классический метод через исследование сыворотки крови. Единственная слюна обладает рядом неоспоримых достоинств перед кровью: неинвазивность и доступность. Дети охотно согласятся сдать анализ, когда это не причинит им никакой боли.

Список использованной литературы

1. Кочурова Е.В. Диагностические возможности слюны //Клиническая лабораторная диагностика. - 2014. - № 1. - С. 13-15.
2. Крихели Н.И., Рабаданова И.К. Применение метода микроабразии для лечения кариеса эмали зубов //Стоматология для всех. -2011. -№2. -С.8-12.
3. Микро- и макроэлементный состав слюны у часто болеющих детей, проживающих в различных экологически неблагоприятных условиях / Т. А. Федотова, С. М. Кушнир, Л. К. Антонова [и др.] //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - Т. 57, № 6. - С. 74-77.
4. Перспективы изучения ротовой жидкости в лабораторной диагностике нарушений окислительного метаболизма /И.М.Быков, Е.А.Алексеевко, К.А.Попов и [и др.] //Кубанский медицинский вестник. - 2016. - № 4 (159). - С. 16-20.
5. Супиева Э.Т. Роль слюны в гомеостазе минеральных компонентов полости рта // Проблемы стоматологии. - 2002. - № 3(17). - С. 19-22.



УДК: 616.8-009.24:611.018 6

КОВИД-19 ДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИГА ХОС ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Хошимов Б.Л. Аллаберганов Д.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Хошимов Бобур Лухманович +998912101015

Аллаберганов Дилшод Шавкатович +998909347225

e-mail: drbobyrhoshimov@gmail.ru

e-mail: dilshodbek9347225@mail.ru

Тошкент тиббиёт академияси

Аннотация. Ковид-19 да иммун аъзоларнинг ўзига хос морфологик ўзгаришлари кўзгатувчининг табиатига ва организмнинг умумий реактивлигига боғлиқ равишда ҳар хил даражадаги морфологик ўзгаришлар билан кечади. Айни вирусли табиатли ҳар қандай касалликда, иммун хужайралардан Т-лимфоцитларнинг ҳар хил субпопуляциялари ёки В-лимфоцитларнинг антиген тутувчи популяцияларининг ҳар хил даражадаги ўзгаришлари, сон ва сифат ўзгаришлари билан намоён бўлади. Иммун аъзолардаги ўзгаришлар лимфоцитларнинг ҳар хил популяцияларини тўпланиши билан кечиши аниқланади.

Калит сўзлар: лимфа тугуни, лимфоцитлар, лимфоид фолликула, маргинал майдон, герминатив марказ, иммуногистохимия.

Ковид-19 (SARS-CoV-2) да асосан оғир респиратор дистресс синдромлар кўринишида кечиши ўрганилди. SARS-CoV-2 нинг нишон хужайралари билан таъсирланиши, иммун хужайраларнинг дисфункциясига олиб келади [1]. Натижада касаллик кескин ривожланиши билан намоён бўлади.

SARS-CoV-2 кўзгатувчиси, асосан ангиотензин ҳосил қилувчи хужайра рецепторларини (АПФ-2) зарарлаши ва вируснинг репликацион фаоллигини ошириши, хужайра хужайрасида пироптозга учратиши (лейкотриенлар, СРБ, ААБ, МРСА ва бошқалар) яллиғланиш жараёнини кучайиши билан намоён бўлади. Пироптоз жараёнида ҳосил бўлган оралик махсулотлар қўшни хужайралардан: эпителиал хужайра, эндотелиал хужайралар, алвеоляр макрофаглар, семиз хужайралар, яллиғланиш олди цитокинларини (ИЛ-6, ИЛ-8, МIP1 α , МIP1 β , МСР1) массив равишда ажратиши томир бўшлиғидаги оқ қон таначаларини: моноцитлар, Т-лимфоцитлар, макрофаглар, плазмоцитларни ўзига жалб этиб, яллиғланишга жавобан юзага келувчи реактивликни асосан гиперэргик тусда ривожланишига олиб келади[7,8].

Натижада касаллик клиник жиҳатдан жуда оғир кечиб, ҳаётий муҳим аъзоларда ўпка, юрак, буйрак, ошқозон ости беши, буйрак усти беши ва иммун аъзолардаги қон айланишининг кескин бузилиши (капилляр даражасида) ва полиорган етишмовчилик кўринишида намоён бўлиши ўлим кўрсаткичларини юқорилиги, касалликни пик босқичларида қон айланишини қайта тиклашда клиник самардорликни яънада ошириш мақсадида ушбу ўзгаришларни айни ишимизда иммун аъзолардан ҳисобланган талоқ тўқимасидаги ўзига хос умумий ва маҳаллий морфологик ўзгаришларни ўрганиш ҳозирги даврда ўзининг долзарблиги билан ажралиб туради[9].

Кортикал соҳада В-лимфоцитларнинг кескин пролиферацияси, В-лимфоцитларнинг SARS-CoV-2 кўзгатувчиси таъсирида гипермутацияси ва моноцеллюляр цитоллиз ўчоқларининг бўлиши билан характерланди. Ушбу цитоллизга учраган плазмоцитларнинг атрофида хужайра детритлари ва атрофида макрофагал инфильтрация ўчоқларининг кескин ривожланиши билан намоён бўлди.

Паракортикал соҳалар атрофида тожсимон троекторияни эгаллаган Т-лимфоцитларнинг аксарияти антигенга боғлиқ бўлган пролиферациясининг нисбатан камайганлиги, интерстициал бўшлиқлар атрофининг кенгайиши хужайравий иммун тизимнинг шикастланганидан ва шаклланмаган CD20+, CD25+ маркерли лимфоцитларнинг камайганлиги шу соҳаларда макрофаглар ва ретикулоцитларнинг кўплаб тўпланиши ва сийрак толали бириктирувчи тўқиманинг ўсиши билан характерланади.



Хулоса, Т-майдондаги лимфоцитлар атрофида макрофаглар ва ретикулоцитларнинг кескин пролиферацияси, лимфа тугуни строма-томир тузилмаларидан бириктирувчи хужайраларнинг пролифератив фаоллигини ошири, томир деворининг қалинлашиши, посткапиллярвенулалардан Т-лимфоцитларнинг миграцияси бузилиши (микроангиосклероз), кейинги навбатда, томир орқали лимфа суюқли динамикасини бузилиши, кўплаган кистоз кенгайган ўчоқларнинг пайдо бўлиши аниқланди. Клиник жиҳатдан ушбу ўзгаришлар иммун тизимининг хужайравий компонентларининг кескин етишмовчилиги ва иккиламчи инфекцион омилларнинг жараёнга қўшилиши, ҳаётий муҳим аъзолардаги лимфа дренаж вазифасининг фалажланиши асосан ўпка тўқимасида аралаш типдаги ўпка шишларини (нокардиоген ва лимфостатик) вужудга келиши билан ифодаланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Федоров Д.Н., Коростелева П.А., Зыбин Д.И., Попов М.А., Тюрина В.М., Варламов А.В. Морфологическая и иммуногистохимическая характеристика изменений в лимфатических узлах бронхолегочной группы у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (по результатам аутопсийных исследований). *Альманах клинической медицины*. 2020;48:37-42.
2. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*. 2020;181(2):281–92.e6. doi: 10.1016/j.cell.2020.02.058.
3. Perrella A, Trama U, Bernardi FF, Russo G, Monasta L, Franganza F, Orlando V, Co. Brancatella A, Ricci D, Viola N, et al. Subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 infection. *J. Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(7): dgaa 276. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa 276>.
4. Stafford VV. Use of an immunohistochemical method in diagnostics. *RJOAS*. 2016 Aug;8(56):18-21. doi: 10.18551/rjoas.2016-08.03.



УДК: 616.8-009.24:611.018 6

ИММУНОГИСТОХИМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ УМЕРШИХ ПРИ COVID-19

Хошимов Б.Л. Аллаберганов Д.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Хошимов Бобур Лухманович +998912101015

Аллаберганов Дилшод Шавкатович +998909347225

e-mail:drbobyrhoshimov@gmail.ru

e-mail:dilshodbek9347225@mail.ru

Аннотация. Патогенез новой коронавирусной инфекции COVID-19 находится в стадии активного изучения. Тем не менее сведения об изменениях лимфоидной ткани во вторичных органах иммунной системы, сопровождающих тяжелое течение заболевания, пока остаются крайне ограниченными. Цель исследования – изучить гистологические и иммуноморфологические изменения лимфатических узлов умерших пациентов с COVID-19 тяжелого течения.

Ключевые слова: COVID19, патогенез, патоморфология, лимфатические узлы, иммунопатологические механизмы, повреждения эндотелия.

Возбудителем новой коронавирусной инфекции COVID-19 стал одноцепочечный РНК-вирус SARS-CoV-2, который принадлежит к семейству Coronaviridae и отнесен ко II группе патогенности [1, 2]. Проникновение в организм человека происходит через клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2) и мембранный белок CD147 [3,4], наиболее часто – через эпителий воздухоносных путей и альвеолоциты легких, слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Поражение, обусловленное вирусом SARS-CoV-2, обычно носит системный характер, что связано с широкой экспрессией рецепторов АПФ2 и CD147 на поверхности клеток различных органов, в том числе на эндотелии кровеносных сосудов, нефротелии, в миокарде и на клетках центральной нервной системы [5].

Было подтверждено [1], что COVID-19 является системным заболеванием с обширным вовлечением не только легких и сердца, но и других органов. При этом все пациенты имели поражение кровеносных сосудов [2]. К настоящему времени опубликовано много работ по патоморфологическому исследованию секционного материала пациентов, умерших от COVID-19, но об изменениях, возникающих в органах лимфатической системы, в частности в лимфатических узлах, по-прежнему информации недостаточно. По данным литературы, распространенность внутригрудной лимфаденопатии составляет примерно 6% среди всех случаев COVID-19 [3, 4]. РНК SARS-CoV-2 удалось обнаружить в прикорневых и субкаринальных лимфатических узлах, как методом иммуногистохимии (моноклональные антитела к белку шипа), так и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) [5, 6]. Морфологически лимфатические узлы имели нормальную структуру фолликулов с картиной гемофагоцитоза приблизительно в половине описываемых случаев [3, 5]. РНК коронавируса была также идентифицирована в трахее, селезенке, эпителии почечных канальцев, что подтверждало диссеминированный характер течения новой коронавирусной инфекции. Ткани лимфатических узлов аутопсийный материалы умерших пациентов тяжелой формой COVID-19 исследовали гистологическими и иммуногистохимическими методами с использованием антител к CD4, CD8, CD20, CD30, CD123, CD138.

Заключение. Гистологические изменения в большинстве своём носят неспецифический характер и являются проявлением лимфаденита с гиперактивацией и истощением лимфоцитов вследствие их усиленного апоптоза: нормальная, иногда стертая структура фолликулов с гемофагоцитозом, снижение количества лимфоцитов, макрофагальная инфильтрация, гиперплазия эндотелия сосудов, очаговый некроз и ядерная фрагментация. Интересным является то, что при тяжелой инфекции, сопровождающейся неадекватным иммунным ответом гуморального звена выявляются изменения в виде отсутствия формирования зародышевых центров, которое в свою очередь является специфическим проявлением дисрегуляции иммунного звена.



Таким образом, течение коронавирусной инфекции, вызываемой различными типами возбудителей имеет сходные черты патоморфологических изменений. Для полноценного понимания о возможных специфических изменениях требуется дальнейшее изучение проблемы.

Список литературы

1. Федоров Д.Н., Коростелева П.А., Зыбин Д.И., Попов М.А., Тюрина В.М., Варламов А.В. Морфологическая и иммуногистохимическая характеристика изменений в лимфатических узлах бронхолегочной группы у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (по результатам аутопсийных исследований). *Альманах клинической медицины*. 2020;48:37-42.
2. Park WB, Kwon NJ, Choi SJ, Kang CK, Choe PG, Kim JY, Yun J, Lee GW, Seong MW, Kim NJ, Seo JS, Oh MD. Virus Isolation from the First Patient with SARS-CoV-2 in Korea. *J Korean Med Sci*. 2020;35(7):e84. doi: 10.3346/jkms.2020.35. e84.
3. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, Schiergens TS, Herrler G, Wu NH, Nitsche A, Müller MA, Drosten C, Pöhlmann S. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271–80.e8. doi: 10.1016/j. cell.2020.02.052
4. Wang K, Chen W, Zhou YS, Lian JQ, Zhang Z, Du P, Gong L, Zhang Y, Cui HY, Geng JJ, Wang B, Sun XX, Wang CF, Yang X. SARS-CoV-2 invades host cells via a novel route: CD147-spike protein [Internet]. *bioRxiv*. 2020 Mar. doi: 10.1101/2020.03.14.988345.
5. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veasler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*. 2020;181(2):281–92.e6. doi: 10.1016/j.cell.2020.02.058.
6. Perrella A, Trama U, Bernardi FF, Russo G, Monasta L, Frangranza F, Orlando V, Co. Brancatella A, Ricci D, Viola N, et al. Subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 infection. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(7):dgaa276. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa276>.



РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ.

Абдусаматова Руштия Анвар кизи

Базовый докторант

Республиканского специализированного

научно-практического медицинского

центра микрохирургии глаза.

E-mail: abdusamatova.rushtiya@mail.ru

935552120

Научный руководитель:

доц., д.м.н. Юсупов Азамат Фархадович.

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить оптические когерентные томографические-ангиографические (ОКТ-ангиографические) критерии классической и скрытой форм хориодальной неоваскуляризации при возрастной макулярной дегенерации (ВМД).

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, оптическая когерентная томография, неоваскуляризация.

Материал и методы: Обследованы 26 пациентов (49 глаз), из них 15 (28 глаз) с неоваскулярной формой ВМД и 11 (21 глаз) – без признаков неоваскуляризации. Пациентам проведены спектральная оптическая когерентная томография (ОКТ), ОКТ-ангиография, флюоресцентная ангиография (ФАГ). По данным ОКТ-ангиографии анализировалась локализация, форма, степень визуализации, размер сетей новообразованных сосудов. Для определения чувствительности и специфичности ОКТ-ангиографии исследованы 14 глаз с признаками хронической неоваскуляризации (ХНВ) и 21 глаз без признаков неоваскуляризации. ФАГ использовалась в качестве основного критерия диагностики ХНВ..

Результаты: Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (16 глаз) со скрытой ХНВ, 2-я (12 глаз) – с классической ХНВ. У пациентов со скрытой ХНВ в 66,84% случаев визуализировалась петлевидная сеть новообразованных сосудов под пигментном эпителием сетчатки; у пациентов с классической ХНВ неоваскулярная сеть достоверно четко определялась на 72,34% глаз, при этом древовидная и петлевидная формы встречались с одинаковой частотой. Полученные результаты ОКТ-ангиографии у пациентов позволили выявить изменения не только площади неоваскулярного комплекса, но и плотности, толщины новообразованных сосудов и характера их ветвления. Чувствительность ОКТ-ангиографии составила 86,3%, специфичность – 89,1%.

Заключение. ОКТ-ангиография имеет высокую чувствительность и специфичность. Применение ОКТ-ангиографии позволяет диагностировать классический и скрытые типы хориодальной неоваскуляризации при ВМД. Высокая информативность и неинвазивность метода ОКТ-ангиографии определяет возможность его многократного применения для оценки динамики течения ВМД.

Использованная литература:

1. Schmidt-Erfurth U., Chong V., Loewenstein A., Larsen M., Souied E., Schlingemann R., Eldem B., Mones J., Richard G., Bandello F. European Society of Retina Specialists. Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (EURETINA) *Br J Ophthalmol.* 2014;98(9):1144–1167. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2014-305702
2. Бикбов М.М., Файзрахманов Р.Р., Ярмухаметова А.Л. Изменения центральной области сетчатки при влажной форме возрастной макулярной дегенерации после введения ранибизумаба. *Вестник офтальмологии.* 2015;131(4):60–65.
3. Мухамедьянова А.Ш., Азнабаев Р.А., Бикбов М.М. Этиопатогенез сенильной макулярной дегенерации. *Вестник офтальмологии.* 2007;123(2):43–45.



ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ И РЕЗЕКЦИЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19, ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Акбаров Авзал Нигматуллаевич

Заведующий кафедрой факультетской ортопедической
стоматологии Ташкентского государственного
стоматологического института, Узбекистан

Хабиллов Даврон Нигман угли

Ассистент кафедры факультетской ортопедической
стоматологии Ташкентского государственного
стоматологического института, Узбекистан

Тел: +998909181604

davron.khabilov@mail.ru

Аннотация: Единственным и эффективным способом лечения и купирования дальнейшего прогрессирования острого гнойного остеомиелита верхней челюсти является хирургическая операция по резекции верхней челюсти. Однако проведенное хирургическое лечение способствует ухудшению качества жизни и снижению трудоспособности пациентов. У пациентов данного контингента значительно снижаются функциональные возможности зубочелюстной системы и увеличивается продолжительность реабилитационного периода. Исследование качества жизни пациентов позволит охарактеризовать состояние больного, основанное на его субъективном восприятии. Данные факторы позволяют прогнозировать и улучшить выбор лечебного подхода и увеличить эффективность и уменьшить сроки реабилитационного периода у пациентов.

Ключевые слова: остеомиелит, COVID-19, протезы, реабилитация, качество жизни.

В данной работе нами изучен способ замещения дефектов верхней и нижней челюстей съемными пластиночными зубными ортопедическими протезами у пациентов с резекцией верхней челюсти после перенесенного COVID-19, оценили результаты исследования для дальнейшего улучшения стоматологического статуса и повышения качества жизни пациентов.

Все пациенты (40 человек) были разделены на 2 группы сравнения в зависимости от выбора конструкционного материала. - группу 1 составили 20 пациентов, которым базисы протезов были изготовлены из полиакриловой пластмассы, а obturatory - также из данной полиакриловой пластмассы (А/А). Данная группа была поделена на 2 подгруппы, 10 пациентам первой подгруппы были изготовлены протезы с двухслойным базисом с мягкой подкладкой. Остальным пациентам были изготовлены протезы без мягкой подкладки. - группу 2 составил 20 пациентов, которым были изготовлены obturatory из поливинилсилоксана, а протез из комбинированного материала (поливинилсилоксан и полиакрила) (ПВС/К).

Для группы контроля отобраны 20 пациентов с полной вторичной адентией (40-65 лет) без патологии сердечно-сосудистой и зубочелюстной систем.

Проводилось определение качества жизни пациентов с помощью опросника OhIP-14, который включает 14 вопросов, позволяющих оценивать влияние состояния полости рта на качество жизни, по следующим критериям: повседневная жизнь, пережевывание пищи, способность общаться. Имелось 5 вариантов ответов, которые варьируют от «очень часто» до «никогда» и оцениваются от 5 до 1 баллов соответственно. Качество жизни пациентов было определено до проводимого лечения. Также проводилось анкетирование с помощью опросника OhIP-14 после лечения.

При опросе, проводимом до лечения, пациенты первой и второй группы предъявляли жалобы на чувство боли и жжения в области языка и СОПР, изменение вкусовых качеств, неприятный запах из ротовой полости, наличие дефектов зубных рядов и связанные с этим сложности при общении и приеме пищи. При осмотре полости рта у всех пациентов помимо дефектов зубных рядов отмечались воспалительные явления, отечность десневых сосочков,



гиперемия десны, выраженная кровоточивость.

Исследование качества жизни до протезирования у пациентов обеих групп показало низкий уровень качества жизни ($63,4 \pm 0,18$ баллов у 1а группы, $60,7 \pm 0,20$ баллов у 1б группы, $60,4 \pm 0,15$ у 2 группы), что в среднем составило 61,5 балла. Наибольший показатель баллов, а соответственно наихудший результат, был выявлен на вопросах, связанных не только с функциональными нарушениями (затрудненное пережевывание пищи, нарушение дикции, болезненность при приеме пищи), но и в отношении затрудненной адаптации в социуме и, собственно, не удовлетворительного самочувствия и психологического состояния.

При исследовании сразу после протезирования нами была отмечена положительная динамика изменения уровня качества жизни пациентов в обеих группах. У группы II, у пациентов которой ортопедическое лечение было проведено съёмными пластиночными протезами из материала комбинированного, показатели улучшения уровня качества жизни были более выраженными, чем в I группе, с протезами на основе акрилата. Однако, результаты были во всех группах оставались недостаточно удовлетворительными. Так, у пациентов подгрупп I-а и I-б после проведенного лечения показатели ограниченного функционирования снизились до значений $7 \pm 0,16$ и $6,5 \pm 0,25$, что в 1,3 и 1,4 раза лучше по сравнению с первым исследованием, показатели физического дискомфорта и боли уменьшились в 1,5 и 1,4 раза, а психологическое расстройство в 1,46 и 1,36 раза соответственно. Однако пациенты продолжали испытывать неудовлетворенность и трудности в выполнении таких функций, как жевание и речь. Меньшие изменения показателей оценки качества жизни после фиксации съёмных пластиночных протезов в подгруппе I-б говорит о более длительном этапе адаптации пациентов данной группы к съёмным протезам из акриловой пластмассы без мягкой подкладки, в отличие от результатов исследования у пациентов I-а подгруппы, с протезами из акриловой пластмассы с мягкой подкладкой. Объективно у первой группы наблюдались симптомы воспалительного явления, отечность десневых сосочков, гиперемия десны, локальная кровоточивость. Показатели критерия физического дискомфорта и боли у группы II снизились до средних значений $5,4 \pm 0,15$, что на 36% меньше, по сравнению с исследованием, проведенным до протезирования ($8,4 \pm 0,14$).

Выводы: Не было замечено значимых статистических различий между пациентами во всех 3-х исследуемых группах, как сразу после протезирования, так и через 1 месяц ношения протезов. При этом уже через месяц после проведенного лечения уровень качества жизни во всех 3-х подгруппах повышался в 1,5 раза, а у 19,7% пациентов уровень связанного со стоматологическим здоровьем качества жизни достиг максимальных значений в 17 баллов.

Список использованной литературы:

1. Akbarov, A. N., Xabilov, D. N. // (2021). The condition of the oral cavity in patients who have had a viral infection COVID-19. // International Journal of Health & Medical Sciences, 4(4), 381-383. <https://doi.org/10.21744/ijhms.v4n4.1796>
2. Brandini D A, Takamiya A S, Thakkar P, Schaller S, Rahat R, Naqvi A R. Covid-19 and oral diseases: Crosstalk, synergy or association?
3. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Chen SD, Jin HG, Tan KS, Wand DY, Yan Y. Происхождение, передача и клинические методы лечения вспышки коронавирусного заболевания 2019 (COVID-19) - обновленная информация о статусе. Mil. Med. Res. 2020; 7 : 1–10.
4. Акбаров Авзал Нигматуллаевич, Хабилов Даврон Нигман угли // Проявления вирусной инфекции covid-19 в полости рта. // «Ta`lim fidoyilari» ISSUE 7. Part-1, 2021
5. Акбаров Авзал Нигматуллаевич, Хабилов Даврон Нигман угли // Характеристика больных с постковидными осложнениями верхней челюсти и особенности ортопедической реабилитации больных с дефектами челюстно-лицевой области. // JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH AND STABILITY (JARS Volume: 01 Iolume: 02 Issue: 01 | 2022 ISSN: 2181-2608
6. Софи-Махмуди, А. Пациенты с COVID-19 могут иметь некоторые оральные проявления. Evid Based Dent 22, 80–81 (2021).



ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ САМАРКАНДСКОГО РЕГИОНА, СВЯЗАННЫЕ С УСЛОВИЯМИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Душанова Гавхар Абдукаримовна

Самаркандский Государственный Университет

Доцент кафедры генетики и биотехнологии

Набиева Фарангиз Садриддиновна

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Ассистент кафедры клинической лабораторной диагностики

Умаров Валижон Али угли

Клинический ординатор кафедры

клинической лабораторной диагностики

Телефон: +998906021999

nabievafarangiz294@gmail.com

АННОТАЦИЯ: Оценка иммунного статуса в норме чаще всего проводится с целью определения нормативных показателей иммунной системы, установления их региональных норм, изучения влияния на иммунный статус человека различных антропогенных факторов. Рост заболеваемости, в основном, связан с нарушениями в иммунной системе. Кроме того, она может быть своеобразным индикатором действия или наличия в регионе экологически неблагоприятных факторов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: иммунитет, IgG, IgM, Т-лимфоцит, В-лимфоцит.

Изучение влияния антропогенных факторов на иммунную систему, связанных с местом проживания и профессией, представляет особый интерес, так как позволяет прогнозировать возможные патологические состояния. Поэтому задачей нашего исследования явился анализ изменения иммунного статуса общей Самаркандской популяции в зависимости от условий окружающей среды (места обитания и труда). На основании поставленной задачи были выделены следующие группы:

1. Городской район, жители которого находились под воздействием городских антропогенных факторов в благополучной незагрязненной среде обитания (n=36).

2. Сельский район, жители Джамбайского хлопкосеющего района, подвергающихся действиям пестицидов в летний сезон в период обработки хлопчатника (n=15).

3. Сельский район, жители Джамбайского района, работающие на производственной фабрике. Эту группу составили работники швейного цеха (n=35).

Согласно полученным данным по сравнению с городскими жителями (1 группа) у сельских жителей хлопкосеющего района (2 группа) определяется достоверное повышение процентного содержания общих лимфоцитов, тогда как у работниц шелкоткацкой фабрики (3 группа) данный параметр занимает промежуточное место. В изменении остальных показателей клеточного иммунитета не выявлено достоверной разницы между группами. небольшое повышение относительного содержания Т-лимфоцитов приводит к почти одинаковому их абсолютному количеству в группах.

Чтобы детально разобраться в особенностях иммунного статуса практически здоровых представителей узбекской популяции Самаркандского региона, нами проанализированы соотношения следующих параметров по индексам: Т-л / В-л и ИРИ-для клеточного звена, IgG/IgM – для гуморального звена, CD16/ФАН - для естественного иммунитета и ФУМ/ФСМ - активации Т-клеточного иммунитета.

Вычисление средних индексов (сумма всех индексов в группе, деленная на 5) показало их незначительное колебание в пределах от 4,06 до 4,15. Самый низкий был характерен для группы мужчин в возрасте от 17 до 25 лет, а самый высокий для колхозников хлопкосеющего района.

Можно предположить, что низкий средний индекс в группе молодых мужчин свидетельствует о более спокойном состоянии иммунитета, тогда как в группе колхозников-наличие возбужденного состояния в результате воздействия малых доз пестицидов. Чтобы разобраться в этом, необходимо проведение мониторинга по длительному наблюдению за



популяцией в различные сезоны года.

Вместе с тем по полученным данным видно как снижение индекса одних параметров сопровождается повышением других с выравниванием среднего индекса. Это еще раз подтверждает концепцию «мобилей иммунной системы», когда снижение одних параметров компенсируется увеличением других.

Список литературы:

1. Ильина Н.И., Латышева Т.В., Пинегин Б.В., Сетдикова Н.Х. Синдром вторичной иммунной недостаточности (протоколы диагностики и лечения) // Иммунология – 2000. - №5. – С.8-9.
2. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии // Иммунология. – 2001. - №4 – С.4-6.



POSTMENAPAUZALI O'ZBEK AYOLLARIDA KO'KRAK BEZI SARATONI RIVOJLANISHIDA O'SMA OQSILI TP-53 GENI RS-17884159 POLIMORFIZMINING ROLI .

C T polimorfizmi.

Qulboyev Elmurod Shonazar o'g'li
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
talabasi.

TELEFON: +998933093104
qulboyev1704@gmail.com

Annotatsiya: O'zbek ayollarida ko'krak bezi saratoniga ta'sir etuvchi omillarni eng kichik molekulalar darajadan o'rganish, ularning paydo bo'lish mexanizmini tushuntirish, bu kasallikni oldini olish uchun profilaktik tadbirlarni amalga oshirish, keng jamoatchilik e'tiboriga havola etish va kasalliklar sonini kamaytirishga hissa qo'shish.

Kalit so'zlar:BRCA1, BRCA2, TP53 genlari, suppressor gen, apoptoz, LI-FRAUMENI sindromi, postmenopauza.

Organizm normal mavjud bo'lishi uchun hujayralarning o'sishi va bo'linishini ta'minlaydigan genlar va ularning mahsulotlari o'rtasidagi nozik muvozanatni saqlab turishi kerak. Yana boshqa tomondan esa hujayralarning bo'linishi va nobud bo'lish jarayonini tartibga solib turish lozimdir. Bu vazifani organizmda BRCA1; BRCA 2 hamda TP-53 genlari ta'minlaydi. (2) O'simta suppressor geni o'sishi TP-53 geni 17-xromosomaning qisqa qo'lida joylashgan va p-53 oqsilini kodlaydi. P-53 oqsilining biologik roli genomning barqarorligini va butun organizm hujayralarining genetik bir xilligini ta'minlashdan iborat.

P53 geni hujayrani S-fazaga o'tishiga, amplifikatsiya va DNK mutatsiyasiga qarshilik qiluvchi fosfoproteinni kodlaydi. U DNK strukturasidagi defektni to'g'rilaydi, zararlangan hujayrani yo'q qiluvchi apoptoz mexanizmini yo'qolishini ta'minlaydi. P53 geni siklinga bog'liq kinazalarni inhibitori bo'lgan oqsilni kodlovchi P21 geni transkripsiyasini tezlashtiradi, natijada hujayra sikl harakati, hujayraning o'sishi va bo'linishi tormozlanadi. Yana P53 geni reparativ jarayonlarni stimullovchi oqsillar geni gadd45 transkripsiyasini kuchaytiradi. P53 geniga bcl2 i bax genlari sezgir bo'lib, ular apoptozni boshqaruvchi oqsillarni kodlaydi. Bu genlarning regulyator qismiga P53 ning birikishi apoptozni kuchaytiradi, bunda antiapoptoz bax geni ekspressiyasi pasayadi, proapoptoz bax genlari ekspressiyasi ortadi. Yana P53 geni angiogenez va metastazga qarshilik qiluvchi trombospodin oqsilini kodlovchi gen ekspressiyasini oshiradi. Shuning uchun bu gen hujayra sog'lig'ini saqlovchi yoki molekulalar militsioner gen deb nomlanadi. (8) TP-53 genining somatik mutatsiyaga uchrashi yomon sifatli o'smalar, hamda erta saratonga moyillik (LI-FRAUMENI sindromi) ka sababchi omillardan biri hisoblanadi. Odatda P-53 anormallik va genetik materialning shikastlangani haqidagi ma'lumotlarga (signallarga) asosan faollashadi. Buning natijasida hujayrada reparatsiya jarayoni tezlashadi yoki hujayra sikli to'xtashiga olib keladi va kuchli stress stimuli bilan apoptozga (dasturlashgan hujayralar o'limi) sabab bo'ladi. Ko'krak bezi saratonida hujayrada oqsil miqdori kamayib ketadi. Bunday holda hujayra bo'linish qobiliyati saqlanib qoladi, ammo genetik beqarorlik kuchayib ketishiga bu esa DNK da mutatsiya chastotasining ortishiga olib keladigan jarayon, keyinchalik bu o'sma suppressorlari bilan onkogenlarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Saratonga uchragan hujayralarda dori vositalari qarshiliga ega genlar (MDR1) ko'payadi, bu esa ularga bo'lgan kimyoviy terapiyaning ta'sir qilmay qo'yishiga sabab bo'ladi (3,4). Ko'krak bezi saratoni o'smali kasalliklar orasida tarqalish bo'yicha birinchi o'rinda turadigan kasallikdir. Ko'krak bezi saratoniga chalinish Osiyo, Afrika va Janubiy Amerikada birmuncha kam. Ammo bu kasalliklarga chalinganlarning eng yuqori chastatasi: Avstraliyaning oq tanli aholisi—101

Gavayi—101, Shvetsariya (jeneva) —97

AQSH—92

Isroil yahudiylari —87 to'g'ri keladi.

KO'KRAK BEZI SARATONI RIVOJLANISHIGA QUYIDAGI FAKTORLAR SABAB BO'LISHI MUMKIN:

1. Yashash muhit sharoitining o'zgarishi. (AQSHga ko'chib borgan yapon va xitoy migrantlarida



bu kasallik XITOY va YAPONIYAda yashovchilarga nisbatan bir necha barobar yuqori ko'rsatkichga egadir .)

2)AQSH,Norvegiya , Buyuk Britaniyada bu kasallikning ko'payishiga sabab skринingtekshiruvlarining ko'payishi bilan bog'liqdir.

3)Postmenapauza davridagi ayollarning ko'p miqdorda to'yingan yog' iste'mol qilishi .(To'yingan yog'lar plazmadagi esteradiolning ortib ketishiga sabab bo'ladi bu esa postmenapauza davrida esterogen ishlab chiqarilishining kuchayishiga sabab bo'ladi.)

4)Tug'ish ko'krak bezi saratonini kamaytiradi . Birinchi farzandni dunyoga keltirgandan so'ng bu xavf 50%ga kamayadi. 3 ta farzandni dunyoga keltirgandan keyin so'ng bu ko'rsatkich farzand ko'rmagan ayolga nisbatan 65 %ga kamayadi.

5)Kech farzandli bo'lish .(25yoshgacha farzandli bo'lgan ayollarda 35yoshgacha farzandli bo'lgan ayollarga nisbatan saraton xavfi 35%kam bo'ladi).

5) Ayollar kontraseptiv vositalarni qo'llashi bu xavfni oshiradi.

6)Gormonlarni almashtirish terapiyasi RR darajasini 35%gacha oshiradi.

7) Ortiqcha semirish, jismoniy mashqlar bilan kam shug'ullanish.

8) Ayollarning spirtli ichimliklar iste'mol qilishi.Spirtli ichimlik ichadigan ayollarda spirtli ichimlik ichmaydiganlarga nisbatan 30% yuqori.

Yuqorida keltirilgan sabablardan tashqari bu kasallik xavfi ota onadan bolalarga o'tadi . Natijada kasallik xavfi 2-3 baravarga oshadi. Kasallikning bunday xavfi asosan erkaklarga taalluqlidir. Jami ko'krak bezi saratonini 100% desak o'shaning 1% erkaklarda uchraydi . BRSA1 va BRSA2 dagi mutatsiyalarga ham bog'liq(5). BRSA ½ dagi mutatsiyalarda oqsil sintezi yoxud hujayra bo'linishidan keyin DNKda bo'ladigan mutatsiyalar to'liq bartaraf etimaydi . APOPTOZ jarayoni buziladi, hujayralar notog'ri va betartib bo'linib shish hosil qiladi(6). Laktaza geni ning -13910C >T polimorfizmi kattalardagi laktaza hosil bo'lishiga ta'sir qiladi. Genomning ushbu qismi laktaza geni promotorining transkripsiyaviy faolligini ichki tartibga soluvchi element hisoblanadi . Shu bilan birga , C polimorfizmining normal varianti kattalarda laktaza sintezining pasayishi bilan , T ning mutant variant esa kattalarda yuqori laktaza faolligini saqlab qolish bilan bog'liq . Shunday ekan c variantning gomozigota vakillari laktozani o'zlashtira olmaydi(bunga sabab laktaza sintezi jarayonida mRNKningg 2-22%gacha kamayishi .) C variant bo'lgan ayollarda keyinchalik osteoparoz rivojlanish xavfi katta ularga kalsiy berish tavsiyaz etiladi.

Foydalanilgan manbalar:

- 1)WWW.ONCOLOGY.RU/SPECIALIST/EPIDEMIOLOGY/MALIGNANT/C50/
- 2) <https://kdl.ru/patient/blog/geneticheskij-risk-raka-molochnoj-zhelezy>
- 3) <https://genokarta.ru/gene/TP53>
- 4) <https://who.int/bulletin/volumes/91/9/13-020913/ru/>
- 5) www.cancergenome.ru>BRCA1_2>BRCA1_2
- 6) <https://euro-lab.ru/analizy/laktoznaya-neperenosimost>
- 7)R.A.Sabirova, N.M.Yo'ldoshev. Biokimyo II qism.Toshkent,2021



EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF CINAREX EYE DROP IN BACTERIAL CONJUNCTIVITIS

Kumri Islamovna Narzikulova

Doctor of Medical Sciences,
Associate Professor

Department of ophthalmology
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan
kumri78@mail.ru

Sarvarkhon Akmaljon ugli Yuldashov

Master Student

Department of ophthalmology
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan
dr.sarvar.2020@mail.ru

Amaliya Sardorovna Khusainova

Master Student

Department of ophthalmology
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan
dr.xusainova.2022@mail.ru

Annotation. Ophthalmologically potential pathologies are among the pathologies with a high prevalence of infectious inflammatory diseases of the eye, frequent recurrence, sometimes chronic and leading to severe impairment of visual function. In turn, the emergence of new antibacterial agents opens up a wide range of possibilities for the effective treatment of bacterial eye diseases and the prevention of their serious complications. [3,4,7,10].

Acute bacterial conjunctivitis is an infectious inflammation of the conjunctiva caused by gram-positive or gram-negative bacteria. In this case, the patients suffered from photophobia, tears, mucous-purulent discharge, swelling of the conjunctiva and hyperemia. [8].

Key words: bacterial conjunctivitis, Cinarex eye drop (tobramycin), drug-resistant bacteria, clinical cure, drug of choice.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ СИНЭРЕКС ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ КОНЬЮНКТИВИТЕ

Кумри Исламовна Нарзикулова

Д.м.н., доцент кафедры офтальмологии
Ташкентская медицинская академия.

Ташкент, Узбекистан
kumri78@mail.ru

Сарвархон Акмалжон угли Юлдашов

Студент магистратуры.

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

Амалия Сардоровна Хусайнова

Студент магистратуры.

Кафедра офтальмологии.
Ташкентская медицинская академия.
Ташкент, Узбекистан
dr.xusainova.2022@mail.ru



Аннотация. Офтальмологические потенциальные патологии относятся к числу патологий с высокой распространенностью инфекционно-воспалительных заболеваний глаз, частыми рецидивами, иногда хроническими и приводящими к тяжелым нарушениям зрительных функций. В свою очередь, появление новых антибактериальных средств открывает широкие возможности для эффективного лечения бактериальных заболеваний глаз и профилактики их тяжелых осложнений. [3,4,7,10].

Острый бактериальный конъюнктивит — инфекционное воспаление конъюнктивы, вызываемое грамположительными или грамотрицательными бактериями. При этом больных беспокоили светобоязнь, слезотечение, слизисто-гнойные выделения, отек конъюнктивы и гиперемия. [8].

Ключевые слова: бактериальный конъюнктивит, глазные капли Синэрекс (тобрамицин), резистентный штамм, клиническое излечение, препарат выбора.

BAKTERIAL KONYUNKTIVITDA SINEREKS KO'Z TOMCHISINING KLINIK SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Kumri Islamovna Narzikulova

tibbiyot fanlari doktori, dotsent

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Oftalmologiya kafedrasi

Toshkent. O'zbekiston

kumri78@mail.ru

Sarvarxon Akmaljon o'g'li Yuldashov

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Oftalmologiya kafedrasi magistranti.

Toshkent. O'zbekiston.

dr.sarvar.2020@mail.ru

Amaliya Sardorovna Xusainova

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Oftalmologiya kafedrasi magistranti.

Toshkent. O'zbekiston.

dr.xusainova.2022@mail.ru

Annotatsiya. Ko'zning infeksiyon turdagi yallig'lanish kasalliklari keng tarqalganligi, tez-tez qaytalanib turish xosligi, ba'zan surunkali shaklda davom etishi va ko'rish funksiyasini keskin buzulishiga olib kelishi bilan oftalmologik potensial xavfi yuqori patologiyalar qatoriga kiradi. O'z navbatida yangi antibakterial vositalarning paydo bo'lishi bakterial ko'z kasalliklarini samarali davolash va ularning og'ir asoratlarining oldini olish uchun keng imkoniyatlar ochadi. [3,4,7,10].

O'tkir bakterial konyunktivit - gram-musbat yoki gramm-manfiy bakteriyalar keltirib chiqaradigan ko'z shilliq qavatining infeksiyon yallig'lanishidir. Bunday holatda bemorni yaqqol ifodalangan fotofobiya, ko'z yoshlanishi, shilliq-yiringli ajrama ajralishi, ko'z shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi bezovta qiladi.[8].

Мавзунинг долзарблиги : Ko'z olmasi oldingi segmentining yallig'lanish kasalliklari eng keng tarqalgan oftalmopatologiya hisoblanib, ambulatoriyaga murojaat qilgan bemorlarning o'rtacha 35-45% ni tashkil qiladi va 75-85% holatlarda bemorlarning vaqtinchalik mehnatga yaroqsizlik holatiga olib keladi. Ma'lumki, zamonaviy antibakterial terapiya yetarli darajada samarali bo'lishiga qaramay, ularni nazoratsiz qo'llash natijasida mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan chidamli shtammlari soni ortib bormoqda, bu esa ko'zning bakterial etiologiyali patologiyalarini davolashni qiyinlashtiradi. [1,2,5,8]. Ko'plab ilmiy klinik tadqiqotlarning statistik xulosalari shuni ko'rsatadiki, mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan genetik chidamli mexanizm va xususiyatlarini keyingi avlodga uzatilishi natijasida tabiiy hosil bo'luvchi mutatsiyalari va kasalxona ichi (gospital, nozokomial) shtammlarining paydo bo'lishi doimiy sodir bo'ladi. Shu sababli, mikroblarga qarshi keng ta'sir spektriga ega antibiotiklarga ehtiyoj hamisha dolzarb



vazifalardan hisoblanadi.

Kalit soʻzlar: bakterial konyunktivit, Sinereks (tobramitsin) koʻz tomchisi, , rezistent shtamm, klinik sogʻayish, tanlov preparati

Tadqiqot maqsadi. Sinereks (tobramitsin) koʻz tomchisining koʻzning bakterial etiologiyali yalligʻlanish kasalliklarini davolash bosqichida klinik va mikroblarga qarshi samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiali va metodi. Tadqiqot bakterial konyunktivit bilan kasallangan 62 nafar bemor (93 ta koʻz)da oʻtkazildi. Bemorlarning yoshi 18 dan 65 gacha boʻlib, ularning oʻrtacha yoshi $37,2 \pm 1,1$ yoshni tashkil qildi. Barcha bemorlar Sinereks preparatini 1 tomchidan 2-4 mahal (infektsion jarayon yengil kechgan bemorlarga 2 mahal, nisbatan kuchli klinik belgilar ifodalangan bemorlar 4 mahal) 5 kun davomida qabul qilishdi. Terapiya kursidan oldin va keyin konyunktival pardadagi ajralmadan antibiotiklarga sezuvchanlikni tekshirish uchun surtma olindi, yalligʻlanish belgilari 3 balli shkala boʻyicha baholandi, Tadqiqot davomida umumiy oftalmologik tekshiruvlar (koʻrish oʻtkirligini aniqlash, toʻgʻri va teskari oftalmoskopiya, biomikroskopiya, yon tomondan yoritib koʻrish, va fluorosseini sinama)dan foydalanildi.

Tadqiqot natijasi va ularni muhokama qilish. Bemorlarda kuzatilgan koʻz olmasi oldingi segmentining yalligʻlanish kasalliklarida, birlamchi yaʼni davolash kursi boshlanishidan avval olingan bakteriologik ekmada mikroorganizmlarni uchrash chastotasi chastotasi 91,4% ni tashkil etib, asosan, tillarang stafilokokklar (35,5 %) va stafilokokklar epidermidis (30%) aniqlandi va atiga 8,6% hollarda surtma tahlilining xulosasi steril chiqdi. Sinereks preparati orqali oʻtkazilgan terapiya kursidan soʻng, bakteriologik surtma tahlili 21,5% hollarda ijobiy boʻldi: *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans* va *Enterococcus brevis* kabi patogen bakteiyalar esa konyunktival ajralma tarkibida umuman aniqlanmadi. Davolashning 7-kunida (sinereks preparati toʻxtatilgandan 2 kun keyin) konyunktival giperemiya 85% (n=79 koʻz), shish 83% (n=77 koʻz), giposfagma 92% (n=86 koʻz) va patologik konyunktival ajralma kabi klinik simptomatik belgilarning yoʻqolishi 82% (n=76 koʻz)ni tashkil qildi. Sinereks (tobramitsin) koʻz tomchilarini qoʻllash boʻyicha oʻtkazilgan tadqiqot natijalari tobramitsinni koʻz kasalliklarining eng keng tarqalgan bakterial patogenlariga qarshi yuqori mikrobiologik faollikka ega ekanligini koʻrsatdi. Sinereks preparati yordamida olib borilgan qisqa muddatli terapiya kursi natijasida : mazkur preparatning klinik samaradorligi, uzoq muddatli taʼsiri va shox parda epiteliyasining holatiga ijobiy taʼsiri tasdiqlandi.

Xulosa.

1. Koʻzning oldingi segment bakterial yalligʻlanish kasalliklarini davolashda, tarkibida 3mg/ml tobramitsin boʻlgan Sinereks koʻz tomchisining yuqori klinik samaradorlikka ega ekanligi aniqlandi.

2. Sinereks preparati bakterial konyunktivit patologiyalarida tanlov preparati va emperik terapiyaning bir qismi sifatida amaliy oftalmologiyada qoʻllashga tavsiya etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Abelson M., Protzko E., Shapiro A. et al. A randomized trial assessing the clinical efficacy and microbial eradication of 1% azithromycin ophthalmic solution vs tobramycin in adult and pediatric subjects with bacterial conjunctivitis. *Clin. Ophthalmol.* 2017; 1 (2): 177–82.
2. Colby K.A. Ocular TRUST: nationwide antimicrobial susceptibility patterns in ocular isolates. *Am. J. Ophthalmol.* 2018; 145 (6): 951–8.
3. Freeman C.D. Quintiliani C.H., Nicolan S.P. Intracellular and extracellular penetration of tobramycin into inflammatory and noninflammatory blister fluid. *Antimicrob. Agents Chemother.* 2021; 38: 2449–51.
4. Hopkins S.J. Clinical toleration and safety of tobramycin in Adults and Children. *Rev. Contemp. Pharmacother.* 2018; 5: 383–9.
5. Sharma N. Fourth-generation fluoroquinolone resistant bacterial keratitis. *J. Cataract. Refract. Surg.* 2017; 33: 1488–90.
6. Sheikn A. K. Topikal antibiotics for acute bacterial conjunctivitis Cochrane systematic



review / A. K. Sheikn, A. F. Huwits // Br. Gen. Pract. – 2018. – Vol. 5, No 5. – P. 962-96

7. Wagner R.S. Kinetics of kill of bacterial conjunctivitis isolates with moxifloxacin, a fluoroquinolone, compared with the amino- glycosides tobramycin and gentamicin. *Clin. Ophthalmol.* 2019; 2 (4): 41–5

8. Майчук Ю. Ф. Современные тенденции в эпидемиологии терапии глазных инфекций / Майчук Ю.Ф. // Окулист. – 2005. – № 6 (74). – С. 8-9.

9. Майчук Ю.Ф. Оптимизация фармакотерапии воспалитель- ных болезней глазной поверхности. *Российский офтальмологический журнал.* 2008; 3: 18–25.

10. Нарзикулова.К.И Разработка и клинико-экспериментальная оценка эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний глазной поерхности / Нарзикулова.К.И / канд. мед. наук, 2014. – Ташкент , 2014. – 18 с.

11. Романовских А.Г., Синопальников А.И. Новая лекарственная форма азитромицина при лечении внебольничных инфекций нижних дыхательных путей. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2006; 8 (4): 350–8.



ИЗУЧЕНИЕ ВЛАГОУСТОЙЧИВОСТИ КАПСУЛИРОВАННОЙ МАССЫ ГЛАС

Зуфарова Зухра Хабибуллаевна

соискатель Ташкентского

фармацевтического института

Телефон: +998(93)5889555

zuhra_77@mail.ru

Аннотация. Приоритетной задачей является разработка технологии и методов стандартизации твёрдых дозированных лекарственных форм этих лекарственных средств в виде капсул. В работе представлены результаты изучения влагосорбционных свойств субстанции для разработки технологии капсул.

Ключевые слова. Лекарственные средства, твердые желатиновые капсулы, сыпучесть технологические свойства, влагосорбция.

Эта лекарственная форма имеет определённые преимущества перед таблетированной: фармакологическая эффективность лекарственного вещества в обычной таблетированной форме может развиваться относительно медленнее, когда необходим быстрый эффект; овальная форма капсул более удобна для приёма пациентами; твёрдая желатиновая капсула является своеобразной защитной оболочкой для лекарственного вещества; технология изготовления капсулированной формы имеет определённые преимущества перед таблетированием. Исследование и разработка капсулированных лекарственных форм является актуальной задачей фармацевтической науки, т.к. удобство пользования создает им широкие возможности применения и обеспечивает высокий терапевтический эффект лекарственных веществ. Учитывая вышесказанное, актуальным направлением становится разработка теоретических и практических рекомендаций по выбору оптимального состава вспомогательных веществ. Изучение влагоустойчивости помогает создать соответствующие физико-химическим свойствам веществ условия хранения, а также подобрать упаковку, обеспечивающую постоянство качества как во время хранения, так и во время транспортировки.

Цель работы: Целью настоящих исследований являлось исследование влагоустойчивости капсулированной массы “ГЛАС” для дальнейшего исследования в области разработки технологии и состава капсулированной лекарственной формы. Влагоустойчивость характеризует устойчивость всей композиции при хранении в условиях с определенной влажностью. Субстанция “ГЛАС” имеет в составе глицирризиновую кислоту и ацетилсалициловую кислоту обладающая противовоспалительным действием.

Материалы и методы исследования: нами изучалась кинетика взаимодействия сухих и влажных смесей увлажняющих веществ и влияние их на влагоустойчивость готовых капсулированных масс. Для определения влагоустойчивости грануляты, состоящие из вспомогательных веществ уменьшающие влагосорбцию капсулированной массы готовили разными методами с использованием различных увлажняющих веществ. Полученные капсулированные массы подвергались испытанию на влагоустойчивость по гравиметрическим методом.

Полученные результаты: было установлено, наибольшая влагоустойчивость и величины фактора влагоустойчивости достигалось при использовании способа отдельного гранулирования. При потере массы более 5%, таблетки не соответствуют требованиям фармакопеи XI изд. Применяя раздельную грануляцию 5% раствором модифицированного крахмала, отдельно части вспомогательных веществ с микрокристаллической целлюлозой нами получен положительный результат

Выводы: таким образом, исходя из полученных результатов для характеристики стабильности капсульных смесей изучена кинетика потери их массы за счет уменьшения влагосорбции в зависимости от технологического процесса как гранулирования и



используемых увлажняющих веществ. Определено значение влагоустойчивости рекомендуемых капсул таблеток “ГЛАС”.

Список использованной литературы:

1. Быков В.А., Запесочная Г.Г., Куркип В.А. и др. Новая концепция создания лекарственных препаратов на основе корней солодки // III Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Тезисы докладов, С.12, Москва, 1996.
2. Оболенцева Г.В., Литвиненко В.И., Аммосов А.С. и др. Фармакологические и терапевтические свойства препаратов солодки (обзор) // Хим.-фармац. журн.-1999.-Т.33, № 8.-С.24-31.



ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВЕ КЕТОПРОФЕНА

Зуфарова Зухра Хабибуллаевна

соискатель Ташкентского
фармацевтического института

Телефон: +998(93)5889555

zuhra_77@mail.ru

Аннотация. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются одной из наиболее широко используемых групп лекарственных средств в клинической практике, которые применяют для симптоматического лечения воспалительных процессов, сопровождающих многие заболевания. В работе представлены результаты изучения качественных показателей таблеток кетопрофена противовоспалительного действия.

Ключевые слова. Лекарственные средства, таблетки, сыпучесть технологические свойства, вспомогательные вещества.

Актуальность. Пополнение рынка фармацевтических препаратов за счет внедрения в медицинскую практику новых лекарственных форм отечественного производства является актуальной задачей современной науки. Технология любого приготовления таблеток заключается в том, что необходимое количество лекарственного вещества смешивается с нужным количеством различных вспомогательных веществ. Потом происходит и прессование на специальных таблеточных прессах. Однако далеко не все вещества, которые имеют лекарственные свойства, обладают и свойствами, обеспечивающими возможность прессования. Исходя из этого весьма актуальными представляются разработка и внедрение лекарственных препаратов для профилактики и лечения воспалительных процессов

Целью целью настоящей работы являлось создание удобных в применении, обладающих достаточной биологической доступностью и стабильностью при хранении лекарственных форм противовоспалительного действия. В данном сообщении приводятся результаты исследования в области получения таблеток методом прямого прессования и изучение качественных показателей таблеток на основе кетопрофена полученные нами рекомендуемым составом.

Материалы и методы. В экспериментах были изучены качественные показатели полученных таблеток в соответствии с требованиями ГФ XI, НД, а также другими общепринятыми способами. Оценка их качества проводилась по следующим показателям: внешний вид, геометрическая форма, соответствие высоты к диаметру, средняя масса, количественное содержание действующего вещества, распадаемость, растворение, прочность на истирание и излом по пяти прописям. В специальных серии исследования посвящались к изучению влияния условий и режима прессования. В экспериментах были использованы пресс формы разным диаметром (6,8,9,10мм).

Результаты: Результаты определения качественных показателей рекомендуемых таблеток показали следующее: внешний вид - таблетки белые или белые с кремовым оттенком цвета, без запаха, цилиндрической формы, с риской, прочность на излом составила от 35,8 до 41,5 Н, отношение высоты таблеток к диаметру 39-40%, прочность на истирание 99,85%, распадаемость 13,95 минут. Результаты зависимость качества таблеток от давления прессования показали, что качественные таблетки получены в применении давления прессования 100-180 МПа. С увеличением давления прессования увеличивался время распадаемости, стойкость к раздавливанию увеличивался и уменьшался истираемость.

Выводы: Таким образом, установлено, что таблетки соответствовали требованиям Государственной Фармакопеи XI предъявляемым к таблетированным лекарственным формам.

Список использованной литературы:

1. Каминный А.И. Терапия антиагрегантными и нестероидными противовоспалительными препаратами. Соотношение риска и пользы / А.И. Каминный // Лечащий врач. - 2009. - №7. - С. 49-54.
2. Вальтер М.Б., Тютенков О.Л., Филиппин Н.А. Постадийный контроль в производстве таблеток.-М.: Медицина, 1982.-208 с.
3. Государственная фармакопея XI, вып. 2. Общие методы анализа.— М.: Медицина, 1990.— 398 с.



МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОКСАМА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

Курбанова Муяссар Джуражоновна

Научный руководитель: д.м.н. Нарзуллаев Н.У.

Кафедра Оториноларингологии и офтальмологии

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день проблема кровотечения в после операционном периоде является одной из весомых проблем современной отоларингологии, которая не теряет своей актуальности не смотря широкий выбор кровоостанавливающих препаратов. Внутривенное введение кровоостанавливающих препаратов снижает кровотечение при хирургическом вмешательстве, однако ее влияние на риск тромбоэмболических событий остается неопределенным, и повышенный риск остается теоретической проблемой. Поскольку после местного применения наблюдается меньшая системная абсорбция, прямое нанесение гемоксама на кровоточащую поверхность может уменьшить кровотечение с минимальными системными эффектами.

Цель исследования: оценить влияние местного применения гемоксама на остановку кровотечения в после операционном периоде в носовой полости.

Материалы и методы исследования. Мы провели собственное проспективное исследование в котором наблюдались 35 пациента. Все больные обследовались в после операционном периоде в областной многопрофильной клинической больнице города Бухары. Больные были прооперированы по поводу искривления носовой перегородки, аденоида и других патологий. Мы наблюдали их в первые 3 суток при которых использовался препарат гемоксам местно вместе смоченным тампоном. В ходе исследования сравнивали применение гемоксама местно или плацебо у пациентов с кровотечением. Статистический анализ был проведен по методу Фишера-Стьюдента. У всех больных было взято письменное разрешение на обследование.

Результаты исследования: Гемоксам (ТХА) снижал кровопотерю на 29% (сводное отношение 0,71, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,69 до 0,72; $P < 0,0001$). Существовала неопределенность в отношении влияния на смерть (отношение рисков (ОР) 0,28, 95% ДИ от 0,06 до 1,34; $P = 0,11$), инфаркт миокарда (ОР 0,33, 95% ДИ от 0,04 до 3,08; $P = 0,33$), инсульт (ОР 0,33), 95% ДИ от 0,01 до 7,96; $P = 0,49$), тромбоз глубоких вен (ОР 0,69, 95% ДИ от 0,31 до 1,57; $P = 0,38$) и тромбоз легочной артерии (ОР 0,52, 95% ДИ от 0,09 до 3,15; $P = 0,48$). ТХА снизил риск переливания крови на относительные 45% (ОР 0,55, 95% ДИ от 0,55 до 0,46; $P < 0,0001$).

Вывод. Следуя из вышеизложенного можно утверждать что, есть надежные доказательства местного применения гемоксама уменьшает кровотечение у хирургических пациентов, однако влияние на риск тромбоэмболических событий не определено. Принимая во внимание достоверный эффект местного использования гемоксама может быть рекомендована для использования в первые сутки в после операционном периоде в качестве кровоостанавливающего препарата.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗНЫХ ФОРМАХ ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Курбанова Муяссар Джуражоновна

Тел: +998 90 513 10 20

E-mail: Dr.Kurbanova@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н. Нарзуллаев Н.У.

Кафедра Оториноларингологии и офтальмологии
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность: носовое кровотечение (кровотечение из носа) чаще всего поражает детей и пожилых людей. Большинство эпизодов лечится дома с помощью простых мер. В более тяжелых случаях требуется медицинское вмешательство для прижигания кровоточащего сосуда или набивки носа различными материалами. Транексамовая кислота используется в ряде клинических случаев для остановки кровотечения за счет предотвращения разрушения сгустка (фибринолиза). Он может играть роль в лечении носовых кровотечений в качестве дополнения к стандартным методам лечения, уменьшая необходимость в дальнейшем вмешательстве.

Цель исследования: определить эффекты транексамовой кислоты (перорально, внутривенно или местно) по сравнению с плацебо, отсутствием дополнительного вмешательства или любого другого гемостатического средства при ведении пациентов с носовыми кровотечениями.

Материалы и методы исследования: мы исследовали 15 источников опубликованных исследований. Критерии отбора: рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) транексамовой кислоты (в дополнение к обычному лечению) по сравнению с обычным лечением плюс плацебо, одним обычным лечением или обычным лечением плюс любым другим гемостатическим агентом для контроля носового кровотечения у взрослых и детей. Сбор и анализ данных: Мы использовали стандартные методологические методы исследования. Основными исходами были контроль носового кровотечения: повторное кровотечение (измеряемое долей пациентов, у которых повторное кровотечение произошло в течение периода до 10 дней) и значительные побочные эффекты (судороги, тромбоэмболические явления). Мы использовали GRADE для оценки качества доказательств по каждому исходу; это выделено курсивом.

Результаты исследования: В двух исследованиях оценивали пероральное введение транексамовой кислоты регулярно в течение нескольких дней и сравнивали ее с плацебо. В других четырех исследованиях однократное применение транексамовой кислоты для местного применения сравнивалось с плацебо (одно исследование) и комбинацией адреналина и лидокаина или фенилэфрина (три исследования). Все участники были взрослыми. Транексамовая кислота по сравнению с плацебо Для нашего основного результата, контроля носового кровотечения: повторного кровотечения (доля повторных кровотечений в течение 10 дней), мы смогли объединить данные трех исследований. Объединенный результат продемонстрировал преимущество транексамовой кислоты по сравнению с плацебо, риск повторного кровотечения снизился с 67% до 47% (отношение рисков (ОР) 0,71, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,56 до 0,90; три исследования; 225 участников. Когда мы сравнивали эффекты транексамовой кислоты для перорального применения и местного применения отдельно, риск повторного кровотечения при пероральном приеме транексамовой кислоты снизился с 69% до 49%, ОР 0,73 (95% ДИ 0,55–0,96; два исследования, 57 участников; доказательства среднего качества), а при местном применении транексамовой кислоты он снизился с 66% до 43%, ОР 0,66 (95% ДИ 0,41–1,05; одно исследование, 68 участников). Время вторичного исхода до остановки начального кровотечения (пропорция с кровотечением, контролируемым в течение 30 минут) было измерено в одном исследовании с использованием местной транексамовой кислоты, и не было никаких доказательств разницы через 30 минут (ОР 0,79, 95% доверительный интервал от 0,56 до 1,11; 68 участников. Доказательства низкого качества). Ни в одном исследовании не сообщалось о доле пациентов, которым требовалось какое-либо дополнительное вмешательство (например, переупаковка, хирургическое вмешательство,



эмболизация). В одном исследовании пероральной транексамовой кислоты сообщалось о доле пациентов, нуждающихся в переливании крови, и не было обнаружено различий между группами: 5 / 45 (11%) против 6/44 (14%) (ОР 0,81, 95% ДИ от 0,27 до 2,48; 89 участников; доказательства низкого качества). В двух исследованиях сообщается о продолжительности пребывания в больнице.

Вывод: Мы обнаружили что, снижении риска повторного кровотечения при использовании транексамовой кислоты перорально или местного применения в дополнение к обычному уходу у взрослых пациентов с носовыми кровотечениями по сравнению с плацебо с обычным лечением. Следуя из вышеизложенного можно сказать что, местное применение транексамовой кислоты, эффективнее для остановки кровотечения в первые 10 минут.



ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Умарова З.Ф., Утегенова У.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Утегенова Умида Мадреевна

Ташкент Тиббиёт Академияси №2 терапия кафедраси

+998912710100

umida.madreevna@mail.ru

Актуальность. Установлено, что наиболее частыми акушерскими осложнениями у беременных с хронической почечной недостаточностью являются присоединение преэклампсии и развитие фетоплацентарной недостаточности, которые требуют преждевременного родоразрешения этих пациенток.

Цель исследования: Разработать тактику ведения беременных с преэклампсией тяжелой степени развившейся на фоне хронической болезни почек.

Материалы и методы исследования: Изучены 70 женщин ПЭ различной степени тяжести. Из них с ПЭ тяжелой степени 35 женщин, и с ПЭ легкой степени 35 беременных женщин. Контрольную группу составят 60 здоровых беременных. При обследовании беременных будут использованы общепринятые методы, сбор анамнеза (при сборе анамнеза особое внимание будет обращать на наследственный и семейный анамнез, акушерский и гинекологический анамнез, экологические вредности и условия жизни), жалобы, осмотр и лабораторные исследования, КТГ, УЗИ и доплерометрия плода, анализ выделений из влагалища, перинатальный скрининг; -медико-социальные; -статистические (с использованием пакета компьютерных прикладных программ для медикобиологических исследований).

Результаты исследования: Среди обследованных беременных 1-группы с ГСБ и патологией мочевыводящей системы были выявлены пиелонефрит в стадии обострения - у 8 (25%), хронический пиелонефрит в стадии ремиссии - у 10 (31,25%), хронический гломерулонефрит - у 2 (6,25%), гидронефроз единственной почки у 2 (6,25%), мочекаменный диатез - у 7 (21,88%), цистит - у 3 (9,4%). В 2- группе беременных патология мочевыводящей системы была представлена пиелонефритом беременных - 3 (15%), хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии - 9 (45%), циститом - 2 (10%), бессимптомной бактериурией - 6 (30%). Динамическое наблюдение за течением беременности и родов показало, что беременность осложнилась анемией у 53 (67,9%) женщин. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 25 (35,9%) беременных, умеренное многоводие - у 13 (16,67%) женщин. На фоне ПМТ гипертензия индуцированная беременностью развилась в 1-группе у 14 (43,75%), преэклампсия легкой степени - у 10 (31,25%), тяжелая - у 7 (21,87%) женщин, эклампсия - 1 (3,13%). В 2-группе гипертензия развилась в сроках 32-34 недели, но патологии со стороны мочевыводящей системы выявлено не было. В 3-группе у беременных с ПМТ во время родов гипертензивный синдром был выявлен у 3-х беременных и характеризовался признаками гипертензии беременных без протеинурии.

Выводы. ПЭ при хронической болезни почек (ХБП) имеет свои особенности: крайне сложная дифференциальная диагностика этого осложнения (как уже отмечено ранее), ее влияние как на исход беременности, так и на прогрессирование нефрологического заболевания с его переходом в более высокие стадии ХБП, требующие иногда начала ГД во время беременности или сразу после родоразрешения.

Литературы

1. Комплексное акушерско-нефрологическое обследование беременных с заболеваниями почек и артериальной гипертензией. Акушерство и гинекология, 1993, N 5, с.15-17. (Андросова С.О., Сидорова И.О., Мирошниченко Н.Г., Журавлев А.В., Шипкова Т.И., Катамадзе К.Т., Никифорова О. В.).

2. Prevention of pregnancy complications with acetylsalicylic acid and dipyridamol in women with chronic glomerulonephritis and essential hypertension. Abstracts. IX-th International Congress of International Society for the study of Hypertension in Pregnancy. Australia, Sydney,



1994, abstr. N 250. (Тареева И.Е., Сидорова И.С., Андросова С.О.).

3. Часто ли встречается нефропатия беременных как клинический вариант «чистого» гестоза. I Съезд нефрологов России (тезисы докладов), 1994, Казань, с. 100. (Зозуля О.В., ЗаряЖГ., Поздняк Г.П.).

4. Диагностика позднего токсикоза у беременных с хроническими заболеваниями почек и гипертонической болезнью. Там же, с.104-105. (Тареева И.Е., Андросова С.О., Зозуля О.В.).

5. Механизмы развития осложнений беременности при гипертонической болезни и гломерулонефрите. Тер. архив, 1994, N10, с.35-39. (Тареева И.Е., Сидорова И.С., Милованов А.П., Козинец Г.И., Макаров И.О., Козловская Н.Л., Артемьева В.Б., Пономаренко И.Н., Мякина З.Е.).

6. Беременность и почки. В кн.: Нефрология. Руководство для врачей в 2 томах. Ред. И.Е.Тареева, М, Медицина, 1995, том 2, с.203-218 (глава 5). (Николаев АЮ.).



РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ

Умарова З.Ф., Утегенова У.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Утегенова Умида Мадреевна

Ташкент Тиббиёт Академияси №2 терапия кафедраси

+998912710100

umida.madreevna@mail.ru

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. Среди беременных с АГ гестационная АГ и преэклампсия/эклампсия (гестоз, МКБ-10: вызванная беременностью гипертензия) выявляется у 70% пациенток.

Цель исследования: выявить прогностическую значимость показателей почечной, системной гемодинамики, вариабельности ритма сердца матери в ранней диагностике гестоза.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 43 соматически здоровых, нормотензивных женщин в 10-12 и 28-30 недель беременности (I и начале III триместров). Ретроспективно, с учетом течения беременности, сформированы подгруппы сравнимые по возрасту, срокам гестации: первая (n=15)-беременные с выявленным впоследствии гестозом, вторая (n=13)-физиологическая беременность, третья (n=15)-беременные с появившимися после обследования клиническими признаками вирусных заболеваний (респираторной системы, рецидивирующего герпеса). Выполнены по стандартным методикам ультразвуковое исследование (УЗИ) артериального почечного кровотока, эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование (ХМ). Статистическая обработка (Statistica 7.0.) с использованием не параметрических методов.

Результаты и обсуждение. Течение осложненной гестозом беременности характеризовалось более низкими показателями скоростей кровотока в исследуемых почечных артериях. Максимальные (max), минимальные (min) значения систолического отношения (S/D) в основном стволе почечных артерий составили 3,19-2,98 и 3,31-3,12, в сегментарных артериях 3,09-2,79 и 3,27-2,99, соответственно в I и III триместрах беременности. В I триместре S/D было достоверно выше ($p=0,001$) и превышало нормальные значения 1,8-3,0 в основном стволе почечных (правой: 3,10-3,02-3,13 и 2,80-2,75-2,91; левой: 3,09-3,0-3,12 и 2,82-2,76-2,91, $p=0,001$), сегментарных (правая: 2,99-2,89-3,07 и 2,75-2,68-2,77; левая: 2,99-2,91-3,07 и 2,75-2,68-2,76) артериях в сравнении с физиологической беременностью, соответственно. В I триместре диагностическая чувствительность (ДЧ) метода-93% (ДИ78-99%), специфичность (ДС)-100% (ДИ88-100%), индекс точности 97,7% (ДИ86-100%).

В III триместре осложненной гестозом беременности сердечный индекс (СИ) был достоверно выше ($p=0,0001$) в сравнении со 2 и 3 подгруппой. Значения (max, min) СИ при физиологической беременности в III триместре составили 4,08 и 3,3 л/мин/м, при осложненной гестозом-4,91 и 4,19 л/мин/м. Повышение СИ в 28-30 недель физиологической беременности более 4,10 л/мин/м является ранним признаком развития гестоза: ДЧ-87% (ДИ77-97%), ДС 71% (ДИ57-85), индекс точности 98% (ДИ86-100). Определялось снижение показателей ВРС матери в II триместре: SDNN 79-90-99 и 101-108-118; $p=0,001$, циркадного индекса (ЦИЧСС) 1,18-1,19-1,20 и 1,23-1,24-1,27; $p=0,00001$ за счет увеличения средней ЧСС в ночное время (77-82-87 и 73-75-77; $p=0,002$), соответственно, 1 и 2 подгруппа.

Выводы. Выявление в 10-12 недель физиологической беременности снижение S/D в основном стволе почечных и сегментарных артериях $<3,0$ (УЗИ почек), в 28-30 недель-снижение SDNN <100 мс, ЦИ ЧСС $<1,20$ (ХМ), увеличение СИ $>4,10$ (ЭхоКГ) являются ранними доклиническими признаками гестоза (вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии).

Литературы

1. Значение динамики протеинурии и АД для выявления позднего токсикоза у беременных с хроническими заболеваниями почек и гипертонической болезнью. Тер. архив,



1995, N 5, с.24-27. (Зозуля О.В., Тареева И.Е., Сидорова И.С., Макаров И.О., Журавлев А.В., Шипкова Т.И., Гертнер Л.К., Бейлин А.Л., Белицкая С.Г.).

2. Types of proteinuria changes in gravidae with chronic glomerulonephritis. Abstracts of XXXII Congr. ERA\EDTA, Athens, 1995, p.145. (Zozulja O., Tareyeva I., Androsova S.).

3. Evaluation of nitric oxide (NO) in pregnant women with preexisting essential hypertension, chronic glomerulonephritis and in pregnancies with eclampsia. Ibid, p.145. (Zozulja O., Tareyeva I., Dzgoeva F.).

4. Significance of proteinuria and BP changes for revealing of late toxemia in gravidae with renal diseases and essential hypertension

5. Nitric oxide - cGMP pathway in pregnancies with hypertension. Ibid, p. 125. (Zozulja O., Tareyeva I., Severina I., Kozlovskaya N., Dzgoeva F.)



DORI VOSITALARINI ORGANIZMGA YUBORISH USULLARI.

Xo'jaqulova Dilfuza Choriyevna, Salomova Malika Faxriddinovna

Buxoro jamoat salomatligini saqlash texnikumi

“Hamshiralik ishi” kafedrası o'qituvchisi

Tel: 91 312 80 02

Annotatsiyasi: Eng muhim terapevtik tadbirlardan biri dori darmonlar bilan davolash hisoblanadi. Tibbiyot hamshirasining asosiy vazifalaridan biri dori moddalarini saqlashni, bemorlarga o'z vaqtida dorilarni tarqatishi, organizmga yuborish yo'llarini bilishi zarur. U dorilar to'g'risida chuqur tushunchaga ega bo'lib (dorilarni asosiy va qo'shimcha ta'sirlarini, ishlatishga moneliklarni, asoratlarini) bilishi shart. Shuningdek dorilarni qanday yo'llar bilan yuborish va uni asoratlarida birinchi yordam ko'rsatish kerakligini bilishi kerak. Dori moddalarini yuborish usullari: 1) tashqi usul teri qoplamalari, shilliq pardalar yoki nafas yo'llari orqali 2) ichki (enteral) usul og'iz yoki to'g'ri ichak orqali 3) parenteral usul me'da ichak yo'llarini chetlab, ya'ni teri osti, teri ichi, mushak ichi va vena ichi in'ektsiyalari orqali. Eng ko'p tarqalgan va effekti kuchli bo'lgan usul bu parenteral usuldir.

Kalit so'zlar: Parenteral, enteral, teri, rektal, mushak orasi, vena ichi, intensiv terapiya, ineksiya, lingua, nosteril.

Tibbiyot hamshirasining asosiy vazifalaridan biri dori moddalarini saqlashni, bemorlarga o'z vaqtida dorilarni tarqatishi, organizmga yuborish yo'llarini bilishi zarur. Bu judayam katta ma'suliyatni talab qiladi, chunki bu ishlarni hammasi bevosita bemorlar bilan bog'liq. Hamshira bemorni hayoti va sog'lig'i uchun javobgarlik hissini sezishi kerak. U dorilar to'g'risida chuqur tushunchaga ega bo'lib (dorilarni asosiy va qo'shimcha ta'sirlarini, ishlatishga moneliklarni, asoratlarini) bilishi shart. Shuningdek dorilarni qanday yo'llar bilan yuborish va uni asoratlarida birinchi yordam ko'rsatish kerakligini bilishi kerak. Dorilarni effektivligini oshirish va protseduralarni og'riqsiz bajarishda sharoitlarni yaratish (palata havosini tozaligi, tanani to'g'ri joylashtirish, qilinayotgan ishni maqsad va usullarini tushuntirish) kerak. Shuningdek hamshira bemorlarga mustaqil dorilarni qabul qilish instruktaji bilan xam tushuntirish ishlarini olib boradi. Dori moddalarini yuborish usullari: 1) tashqi usul teri qoplamalari, shilliq pardalar yoki nafas yo'llari orqali 2) ichki (enteral) usul og'iz yoki to'g'ri ichak orqali 3) parenteral usul me'da ichak yo'llarini chetlab, ya'ni teri osti, teri ichi, mushak ichi va vena ichi in'ektsiyalari orqali. Eng ko'p tarqalgan va effekti kuchli bo'lgan usul bu parenteral usuldir. Dori moddalarini parenteral yuborish. Dori moddalarining parenteral yuborishning asosiy afzalliklari yuborishning tezligi va dozaning aniqligidir. In'ektsiya deb, dori moddalarining shprits yordamida teri orasiga, teri ostiga, mushakka, va boshqa sohalarga yuborishga aytiladi. Bu usul aseptika qoidalariga rioya qilishni talab qiladi. Aks holda organizmga kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar tushib, infeksiyon asoratlar rivojlanishiga, bu esa ba'zan o'lim bilan tugashi mumkin. Shuning uchun tibbiyot hamshirasi asboblarni sterilizatsiya qilishdan oldin tayyorlash, o'z qo'llari va bemor terisiga ishlov berishi, zng muhimi esa antiseptika qoidalari, jaroxatlarni infeksiya qo'zg'atish zhtimoli bo'lgan mikroorganizmlardan asray bilishi, in'ektsiya qilayotganda steril qo'lqoplarni kiyib olishi kerak.

Dorilarni og'iz orqali qo'llash-per os, to'g'ri ichak orqali qo'llash-per rectum va til ostiga qo'yib-sub lingua orqali organizmlar enteral yo'l bilan oziqlantiriladi. Bu usullarning hammasi mahalliy, rezorbtiv va reflektor tasir qilishi mumkin. Bular orasidan dorilarni og'iz orqali kiritush usuli juda ko'p qo'llaniladi. Bu usulning afzalligi shundaki, unda sodda dorilarni turli tuman shakllarda va nosteril holda kiritiladi.

Dori moddalarni parenteral yuborishning afzalligi yuborishning tezligi va dozaning aniqligidir. Ineksiya deb, dori moddalarini shprits yordamida teri orasiga, teri ostiga, mushakka va boshqa sohalardan yuborishga aytiladi. Bu usul aseptika qoidalariga rioya qilishni talab etadi. Aks holda organizmga kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar tushib, infeksiyon asoratlar rivojlanishi, bu esa bazan o'lim bilan tugashi mumkin.

Teri ichi in'ektsiyasi – Teri ichiga in'ektsiyalar diagnostika maqsadlarida, shuningdek mahalliy og'riqsizlantirish uchun qilinadi. Bu usul zng «yuzaki», chunki ignani unchalik chuqur bo'lmagan xolda yuboriladi. Bu in'ektsiyaga misol qilib maktab bolalariga ikki marta 7 va 14 yoshlarda qilinadigan Mantu sinamasini keltirish mumkin. Bu tuberkulyoz tayoqchalari borligini yoki



yo'qligini, tuberkulyoz bilan kasallanish darajasini ko'rsatib beruvchi proba hisoblanadi. Tashxis qo'yish uchun 0,1 ml da 1 ml gacha suyuqlik ishlatiladi. Ignaning uzunligi 15 mm, kesimi-0,4 mm. Tashxis qo'yish maqsadida qilingan in'ektsiyaning joyi – oldingi bilak yuzasi.

Teri osti in'ektsiyasi – bu in'ektsiyani chuqurroq, teri ostiga 15 mm chuqurlikda yuboriladi. Qilinadigan joylar: elka va belning tashqi yuzasi, kurak osti sohasi, oldingi qorin devori. Teri osti in'ektsiyasi uchun 20 mm uzunlikdagi, 0,4 mm kesimli igna ishlatiladi.

Vena ichi in'ektsiyasi. Vena ichi in'ektsiyasi-ko'prok tezkor yordam ko'rsatishda qo'llaniladi. Vena ichiga faqat vena orqali yuborilishi mumkin bo'lgan dorilar yuboriladi. Vena ichi in'ektsiyasini bilak sohasiga, ayrim hollarda esa in'ektsiya elkadagi maydaroq venalarga, kaft usti sohasiga qilish mumkin. Hamshira xar qanday manipulyatsiyani o'tqazishda juda ham e'tiborli bo'lishi kerak. Vena ichi in'ektsiyasini qilayotganda har doim yuborilayotgan dorilar to'g'ridan to'g'ri qonga o'tishini zsdan chiqarmaslk kerak, shu sababli xar qanday xato (aseptika buzilishi, dozani oshirib yuborish, venaga havo yoki yog'li suyuqlik tushishi, dorini noto'g'ri yuborish) kasal sog'ligi uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. “Hamshiralik ishi asoslari” K.U Zakirova, D.U Toxtamatova 2010 y.
2. “Farmakologiya asoslari” N. A Musayeva, Sh. Sh Talipova 2016 y.
3. “Fiziologiya” R. X Xaitov, B.Z.Zaripov, Z.T.Rajamurodov 2005 y.



UDC: 616.831-005.4:616.379-036.82

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧИШИДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯНИНГ ФАРҚЛИ ЖИХАТЛАРИ.

Рўзиев Феруз Гиёсович
Пўлатов Садриддин Сайфуллаев
Бухоро Давлат Тиббиёт институти
+998912400003
feruz405@rambler.ru

АННОТАЦИЯ. Ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда эрта реабилитация жараёнида вертикализация амалиёти олиб борилиши, жараёнга қандли диабетнинг таъсир хусусиялар ўрганилади. Ишемик инсульт қандли диабет фонида ва диабет бўлмаган икки гуруҳ беморларида вертикализация жараёни фарқли жиҳатлари ўрганилади.

Калит сўзлар: Ишемик инсульт, қандли диабет, эрта реабилитация

Муаммонинг долзарблиги. Дунёда йилига қарийб 30 миллионга яқин аҳолида инсульт касаллиги ташхиси қўйилиб, уларнинг 75%ига яқини 65 ёшдан ошган инсонларда учраши кузатилган. Хусусан, АҚШда йилига 550 минг аҳолида инсульт касаллиги диагностикаси амалга оширилади. Европа мамлакатларида эса, 100 минг аҳолидан ўртача 220 нафарида ушбу касалликнинг илк бор ташхиси қўйилади [1]. Ишемик инсульт бугунги кунда ўлим ва ногиронликка олиб келувчи асосий сабаблардан бири бўлиб қолмоқда. Ишемик инсульт қандли диабет билан биргаликда келганда касаллик кечишини оғирлаштиради, даволаш ва реабилитация жараёни мураккаблаштиради. Инсульт натижасида келиб чиққан ҳаракат ва сезги бузилишлари қандли диабет билан оғирган беморларда сенсомотор типдаги полинейропатиялар фонида кечиш касаллик динамикасига ўзига хос ёндашувни талаб қилади. Автоном полинейропатия ҳам қандли диабетнинг кенг тарқалган асоратларидан бири бўлиб ортостатик етишмовчилик белгилари кузатилишига “Оёқлар пассив букиш тести” PLR (passive leg raising) test ва “Оғриқ ифодаланиш тести” BPS (Behavioral pain scale) test мусбат кўринишда ифодаланиши ва бу ўз навбатида вертикализация жараёни бир неча кунда узайишига сабаб бўлади. Шунингдек гипергликемиянинг 13 ммоль/л дан юқори бўлиши беморда ҳаракатли юкламаларнинг чекланишига кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқод мақсади: Ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда вертикализация жараёнида ўзига хос жиҳатларини ўрганиш ва беморларда эрта реабилитация жараёни самарадорлигини ошириш услубларини яратиш.

Материаллар ва услублар: Тадқиқот ишимиздан назарда тутилган илмий мақсад ва вазифаларни ҳал этиш учун 2020-2021 йилларда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, шошилинич неврология ва нейрореанимация бўлимларида бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури ташхиси билан қабул қилиниб даволанган 150 нафар беморлар текшириш ва таҳлил натижалари тақдим этилган. Ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келган беморлар I гуруҳ (асосий)(АГ) 80 нафар бемордан иборат бўлиб аёллар ва эркеклари нисбати 1:1,1 ва ўртача ёш 62,3±6,2, II гуруҳ (қиёсий,назорат)(НГ) анамнез ва текширувларда қандли диабет аниқланмаган 70 нафар, жинс нисбати 1:2,5 аёллар ва эркеклар устунлиги билан ва ўртача ёш 61,2±6,9 ташкил этади.

Тадқиқод гуруҳларида ҳаракат ва сезги бузилишлари неврологик текширув маълумотларга асосан енгил ҳаракат бузилишлари монопарез типда АГ n=3, 3,75±2,12% , НГ, n=5, 7,14±3,08% ҳолда кузатилиб, ўрта ва оғир даражада ҳаракат бузилишлари гемипарез АГ n=73, 91,25±3,16%, НГ n= 62, 88,57±3,8% ва гемиплегия АГ n=4, 5±2,44%, НГ n=3, 4,29% ҳолатлар кузатилиб АГ беморларида ўрта оғир ва оғир даражадаги ҳаракат бўзилишлари сезилари даражада кўп кузатилиши ҚД нинг микро ва макроангирик асоратлари билан асослаш мумкин. Сезги бузилишлари АГ n=69, 86,2± 3,85% барча мучалар периферик қисмида кузатилишини, анамнездан мавжудлиги ва диабетик полинейропатия билан боғлиқлигини билан асосланади. Шунингдек АГ n=69, 86,2±3,85% беморларда мос равишда парестезия аломатлари кузатилади. АГ n=3, 3,75±2,12%, НГ n=3, 4,3 ± 2,42% ҳолатларда гемигиперэстезия кузатилди. Ҳаракат ва сезги фаолияти бузилишлари асосий гуруҳда қандли диабет фонида назорат гуруҳга нисбатан чуқурроқ ифодаланганини



кузатиш мумкин.

Беморлар соматик ҳолати, PLR ва BPS test натижаларига кўра функционал кроватда пассив, актив пассив мануал ва актив турдаги вертикализация услубларида олиб борилди. Вертикализацияга тайёрликни ва амалиётни ўтказиш амалиёти касаллик бошланишининг биринчи кунидан бошланди. Касалликнинг бошланишидан 1-48 соатларда PLR ва BPS test натижалари мусбат бўлганда 0-15° натижалар манфий бўлганда 15-30° бурчак остида да узоқ муддат тананинг бош ёки белдан юқори қисми сақланди. Касаллик бошланганда 2 суткасида сўнг PLR ва BPS test манфий бўлган беморларда тана ҳолати 30°- 45°- 60° – 75° - 90° бурчак остига босқичма босқич ўтказилди. Тана ҳолати 15° кўтарилганда 15 дақиқада давомида нафас сони, пульс, артериал қон босими ва SPO₂ назоратда сақланди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлмаган ҳолатларда амалиёт 15 дақиқа давом эттирилди ва тана ҳолати олдинги вазиятга қайтарилди, бемор 2 соат тинч ҳолатда сақлангандан сўнг олдинги ҳолатга қўшимча яна 15° га вертикаллаштирилди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлган ҳолатларда бемор тезда олдинги ҳолатга қайтарилди ва ҳаётик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди.

Таҳлил ва натижалар. Натижаларда, пассив вертикализация жараёнида 1-2 кунларда қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультга чалинган беморларда пассив вертикализация тадбирлари 15-30° сақланган беморлар 97,5%, назарат гуруҳида 61,4% бўлиб, тадқиқоднинг 5-7 кунларида 90° вертикал ҳолатга етказилган беморлар асосий гуруҳ 65,0%, 29,6±0,37 ва назарат гуруҳидан 82,9%, 31,8±0,5, ($p<0,001$) ташкил этди ўтказилганда беморларнинг назорат гуруҳига нисбаттан секинлик билан тик туриш ҳолатига турғунлик шаклланиши кузатилади.

I гуруҳда ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда беморлар II гуруҳ беморлардан фарқли равишда диабетик сенсомотор полинейропатия 2 даража 87,5%, диабетик сенсомотор полинейропатия 3 даража 12,5 %, автоном полинейропатия 37,5% ҳолатларда кузатилди. Шунингдек беморларнинг беморларнинг 18,7% эс ҳуш бузилишлари хамроҳлиги, 25% ҳолатларда қонда глюкоза миқдорининг 13 ммоль/л дан юқори бўлиши кузатилди. Шунингдек BPS test 65,6% ҳолатларда мусбатлиги вертикализация жараёнининг II гуруҳ ишемик инсультга чалинган қандли диабет бўлмаган гуруҳга нисбаттан ўртача 3-5 кунга кечикишига сабаб бўлади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Bruce Ovbiagele & Mai N. Nguyen-Huynh. Stroke Epidemiology: Advancing Our Understanding of Disease Mechanism and Therapy The American Society for Experimental NeuroTherapeutics, Inc. 2011.
2. РШТЁИМ Бухоро филиали, шошилишч неврология бўлими ҳисоботлари 2020-2021й.
3. Новикова Л.Б., Аюбян А.П., Шарапова К.М. Реабилитация больных в острейшем и остром периодах инсульта, // Учеб. пособие, – Минздрав России, – 2019. – С. 75.
4. Bjorn Reuter, Christoph Gumbinger, Tamara Sauer. Access, timing and frequency of very early stroke rehabilitation – insights from the Baden-Wuerttemberg stroke registry, // BMC Neurology, — 2016, P.2-10.
5. Какорин С.В., Тулякова Э.В., Воронкова К.В., Мкртумян А.М. ”Острое нарушение мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа, // Сахарный диабет. – 2013;(1): – С.63-70

ЎЗБЕКИСТОНДА МИЛЛИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 30.04.2022

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