

ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR:

DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIGI: 2018 | 2022

ZIGMUND FREYD
(1856-1939)

Mening dunyom befarqlik
ummonida suzib yuruvchi
kichik og'riq oroli!

2022

MAY

№40



CONFERENCES.UZ

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

+998 97 420 88 81

+998 94 404 00 00

www.taqqiqot.uz

www.conferences.uz



**ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ
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 илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” [Тошкент; 2022]

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” мавзусидаги республика 40-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 май 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 28 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)

Тўпلامга 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. Маджидова Якутхон Набиевна, Ахмеджанова Зумрад Бахрамовна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19.....	7
2. Ачилов Фируз Кодирович, Хашимов Азизхон Алишерович, Абдукодирова Нодира Миранваровна, Тулабоева Гавхар Мирокборовна, Талипова Юлдуз Шавкатовна ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	10
3. Юсупов Азамат Фархадович, Хусанбаев Хасанжон Шавкатович, Ражабова Махбуба Шамсуддин кизи СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕН- НОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ В СОЧЕТАНИИ С МАКУЛЯРНЫМ РАЗРЫВОМ.....	13
4. Астанакулов Дилмурод Йулдашович ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....	15
5. Бахриев Иброхим Исомадинович, Назиров Сирожиддин Назирович ДУШАНБЕ ШАҲРИ СУВ ҲАВЗАЛАРИ ДИАТОМ ПЛАНКТОНИНИНГ МАВСУМИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ	16
6. Давранов Эркин Анварович, Хасанова Мадинабону Хусниддиновна, Ахатамов Носиржон Нодирович ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭНДОЛИМФЫ УХА, ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	19
7. Турсунова Гулноза Джамшидовна, Тайлакова Дилдора Ибрагимовна КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДА- ЦИИ.....	22
8. Турсунова Юлдуз Жабборовна ИССИҚ ИҚЛИМНИНГ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ.....	24
9. Feruz G'iyosovich Ro'ziev, Fattoev Nozim Bahodirovich QANDLI DIABET FONIDA KECHUVCHI ISHEMIK INSULTLARDA ERTA REABILITASYA XUSUSIYATLARI	26



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19.

БОШ МИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИДА COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА НЕВРОЛОГИК АСОРАТЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF NEUROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA WHO HAD COVID-19.

Маджидова Якутхон Набиевна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Заведующая кафедрой неврологии,
детской неврологии и медицинской генетики, д.м.н., профессор
madjidova1@yandex.ru +998931712248

Ахмеджанова Зумрад Бахрамовна

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Соискатель кафедры неврологии, детской
неврологии и медицинской генетики.,
zumrad1987@gmail.com +998996176454

Ключевые слова: Хроническая ишемия мозга, COVID-19, неврологические осложнения, умеренные когнитивные расстройства.

Аннотация: В тезисе приводятся результаты исследования больных с COVID-19 с хронической ишемией мозга. Самым ранним и наиболее распространенным клиническим симптомом заболевания является нарушение когнитивных функций. Уже на самых ранних стадиях ХИМ у 85-90% пациентов выявляются когнитивные нарушения различной степени выраженности, которые при заболевании COVID-19 прогрессируют.

Аннотация: Тезисда COVID-19 билан хасталанган бош мия сурункали ишемияси бор беморларда текширув натижалари келтирилган. Белгилардан энг биринчи бўлиб беморларда когнитив бузилишлар намоён бўлмоқда. Сурункали бош мия ишемиясининг эрта босқичларида 85-90% беморларда ҳар хил кўринишдаги когнитив бузилишлар кузатилади ва COVID-19 таъсирида кучайиб боради.

Abstract: the thesis presents the results of a study of patients with COVID-19 with chronic brain ischemia. The earliest and most common clinical symptom of the disease is cognitive impairment. Even at the earliest stages of CIM, 85-90% of patients are diagnosed with cognitive disorders of varying severity, which progress with COVID-19 disease.

Введение: Когнитивные нарушения могут быть симптомами или осложнениями коронавирусной инфекции. Среди патогенетических механизмов рассматривается нейротропность вируса, эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, тромбообразование, системная воспалительная реакция, последствия искусственной вентиляции легких и медикаментозной седатации. Исследования показали риск возникновения нарушений в когнитивной сфере, связанных с COVID-19, выше у людей пожилого возраста или с предыдущим когнитивным ухудшением, а также у пациентов, имеющих сосудистые факторы риска (гипертония) и предшествующие сопутствующие заболевания. Больные с предшествующими неврологическими нарушениями и острыми респираторными



симптомами имеют более высокий риск развития неврологических осложнений при COVID-19. Формирование и прогрессирование цереброваскулярной недостаточности носит, как правило, многофакторный характер, а у больных старших возрастных групп имеется связь и с собственно инволюционными изменениями мозговой ткани. Как правило, у одного пациента сочетаются несколько факторов риска, при этом ни один из них не может целиком объяснить ни выраженность неврологических нарушений, ни характер течения заболевания, что подтверждает сложность механизмов возникновения и прогрессирования как острой, так и хронической сосудистой мозговой недостаточности [1,2]. Пациенты с COVID-19 страдают от тяжелой гипоксии, которая является фактором риска развития энцефалопатии. Происходит снижение компенсаторных возможностей вследствие длительного воздействия ишемии, ослабляется неспецифическая стрессоустойчивость, что способствует дальнейшему усугублению патологического процесса [1,5,6].

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) - хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной недостаточности, связанная с мелкоочаговым или диффузным поражением головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств [1, 3,4]. Когнитивный дефицит, в данном случае «сосудистые когнитивные расстройства», - симптом заболевания, развивающийся одним из первых, почти всегда сочетается с эмоциональными расстройствами [1,2,7].

Целью исследования явилось изучение когнитивных функций на основании клиничко-неврологического обследования больных с ХИМ 1-2 стадии, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 60 больных с ХИМ 1-2 стадии. Критериями включения в исследование был возраст больных от 38 до 75 лет, установленный диагноз ХИМ 1-2 стадии, соответствующий критериям МКБ -10; стабильное течение заболевания не менее 12 месяцев до скрининга. Согласно распределению по полу среди 60 обследованных установлено преобладание мужчин над женщинами (35 (58%) против 25 (42%)). Клиническая симптоматика у 19 (32%) больных соответствовала ХИМ 1 стадии, у 41 (68%) больных- ХИМ 2 стадии с легкими и умеренными когнитивными расстройствами. Основную группу составили 30 пациентов с ХИМ, перенесших коронавирусную болезнь, группу сравнения составили 30 пациентов с ХИМ 1-2 стадии.

Состояние когнитивной сферы изучалось с помощью краткого теста оценки психической сферы – Mini Mental State Examination (MMSE), позволяющего количественно оценить общий когнитивный дефицит, состояние психоэмоциональной сферы определялось по результатам Шкалы депрессии Гамильтона (ШДГ).

Результаты исследований: На момент включения в исследование среди жалоб пациентов преобладали психоэмоциональные нарушения, признаки астенизации в виде слабости и снижение работоспособности у 100% больных основной группы и 97% группы сравнения, быстрой утомляемости у 100% и 93% у пациентов с группы сравнения, пациенты жаловались на головную боль у 97% и 92%, головокружение у 68% и 60%, нарушение ночного сна у 80% и 67% , излишнюю раздражительность и нервозность в поведении у 73 % и 67%, соответственно, замкнутость у 20% обследованных больных с ХИМ, перенесших коронавирусную болезнь.

Анализ очаговой неврологической симптоматики показал: центральный парез VII пары черепно-мозговых нервов выявлен у 90% и 80%, центральный парез XII пары черепно-мозговых нервов имел место соответственно у 50% и 30% обследованных. Рефлексы орального автоматизма встречались соответственно у 30% и 20%, анизорефлексия диагностирована у 67% и 62% больных, шаткость в позе Ромберга у 67% и 57% и интенция при выполнении пальценосовой пробы у 32% и 20% соответственно у больных с ХИМ после коронавирусной болезни и ХИМ.

В процессе наблюдения у больных основной группы общий балл по MMSE составил $21,7 \pm 0,02$, тогда как в группе сравнения составил $23,8 \pm 0,04$ что подтверждает отрицательное влияние коронавирусной болезни на когнитивную сферу.

У всех больных на момент включения в исследование выявлялись нарушения в эмоциональной сфере. Исследование психоэмоционального состояния с помощью клинических шкал депрессии показало, что депрессивный синдром характерен в группе больных с ХИМ, но преобладает в основной группе. Результаты по Шкале депрессии Гамильтона (ШДГ) составили, в среднем, по группе сравнения $10,3 \pm 2,1$ баллов, что



соответствует легкой депрессии (8-16 баллов), тогда как в основной группе больных с ХИМ, перенесших коронавирусную болезнь составила $7,8 \pm 1,2$ баллов.

Выводы: При ХИМ нарастание неврологической симптоматики сочетается с углублением когнитивных и депрессивных расстройств. Формирование когнитивных и депрессивных расстройств соотносится с более обширным очаговым поражением головного мозга и более выраженными сосудистыми нарушениями, обусловленными COVID-19.

Литература:

1. Чуканова Е.И. , Чуканова А.С. Эффективность и безопасность препарата Мексидол ФОРТЕ 250 в рамках последовательной терапии у пациентов с хронической ишемией мозга © /журнал Неврологии и психиатрии им Корсакова 2019, vol. 119, no 9
2. Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Отдельные механизмы патогенеза формирования недостаточности мозгового кровообращения. *Фарматека (кардиология/неврология)*. 2014;13(286):14-20.
3. Левин О.С. *Диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии*. Методическое пособие. М. 2010.
4. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. //Неврологический журнал 2006 ,11(приложение 1); с. 4-12
5. Захаров В.В. с соавт. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения: описание клинического случая// Терапевтический архив, №4, 2016, с.93-98
6. Маджидова Ё.Н., Азимова Н.М., Нарзиева Г.Н., Бахрамов М.С., Таджиев Т.Р. Эффективность терапии когнитивных нарушений и депрессивных расстройств при хронической ишемии мозга//Неврология №1 2020
7. Румянцева С.А., и соавт. Проблемы и перспективы коррекции промежуточного метаболизма у больных с сосудистой коморбидностью//журнал Нейронews №1-2 2014.



ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ачилов Фируз Кодирович

соискатель кафедры

Хашимов Азизхон Алишерович

соискатель кафедры

Абдукодирова Нодира Миранваровна

ассистент

Тулабоева Гавхар Мирокборовна,

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой

Талипова Юлдуз Шавкатовна

д.м.н., доцент кафедры кардиологии
и геронтологии с курсом интервенционной
кардиологии и аритмологии.

Центра развития профессиональной
квалификации медицинских работников,

Телефон: +998909473006

y.Talipova@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Известно, что в ситуации с пандемией COVID-19 особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые часто встречаются в популяции [1-4]. Распространение коронавирусной инфекции представляет особую опасность в отношении декомпенсации имеющихся хронических заболеваний, специфического поражения сердечно-сосудистой системы особенно в случае тяжёлого течения коронавирусной инфекции и высокого риска неблагоприятных исходов у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [4].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: COVID-19, SARS-CoV-2, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии, острый респираторный дистресс синдром.

Распространение инфекции, ассоциированной с SarsCov2, остается серьезной проблемой для мирового здравоохранения. К началу августа 2021 года было зарегистрировано более 200 миллионов случаев заболеваний и более 4,3 миллионов случаев смерти от COVID-19. Однако в настоящее время долгосрочные последствия для здоровья пациентов, перенесших инфекцию в тяжелой форме, неизвестны [1, 2]. COVID-19 в преобладающем большинстве случаев манифестирует респираторными симптомами и лихорадкой, однако у некоторых пациентов могут отмечаться сердечно-сосудистые осложнения. Несмотря на тропизм SARS-CoV-2 к легким, при COVID-19 имеется высокий риск развития полиорганной недостаточности, в т. ч. из-за поражения сердечно-сосудистой системы. Повреждение миокарда достаточно часто выявляется у пациентов с COVID-19 и является неблагоприятным прогностическим маркером [3]. Основной механизм повреждения миокарда при данном заболевании является предметом изучения.

Цель: выявить предикторы сердечно-сосудистых осложнений на фоне острого респираторного дистресс синдрома и изучить особенности течения острых сердечно-сосудистых событий у лиц пожилого возраста перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Обследованы и взяты на динамическое наблюдение 128 пациентов, из них 68 пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда перенёсших COVID-19 (1 группа) и 60 пациентов также с инфарктом миокарда не переносивших COVID-19 (2 группа). Включенным в исследование пациентам с COVID-19 проводили оценку появления симптомов заболевания, качества жизни, связанном со здоровьем, также проводилось физикальное обследование, лабораторные анализы, у части больных выполнялась оценка функции внешнего дыхания и рентгенологическое исследование.

Результаты исследования показали, что в наблюдаемой когорте больных преобладает коморбидный фон, так в группе пациентов, инфицированных SARSCoV-2, выявляется более высокая коморбидность, частота которой увеличивается до 72 % при тяжелом



течении COVID-19. Из включенных в исследование у 95% отмечались сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (ИБС, АГ, ХСН и др.), в 76,6% сахарный диабет 2 типа, у 93,3% избыточная масса тела и/или ожирение, в 36,6% случаев отмечался впервые выявленный стероидный диабет и хроническая сердечная недостаточность – у 53,7%. В 1 группе больных преобладали больные с 3 функциональным классом стабильной стенокардии напряжения (62,5%), а во 2 группе в 40% случаях. При этом выявлено, что в 1 группе пациентов в 31,2% случаев определялись более высокие функциональные классы стабильной стенокардии (III-IV), тогда как у пациентов 2 группы в 57% ФК (I, II). Полученные данные показали более высокие показатели артериального давления, так у 57% больных 1 группы была выявлена 3 степень артериальной гипертензии, в 16,3% 1 степень и 2 степень в 26,5% случаев. Во 2-группе больных АГ 2 степени была выявлена в 51% случаях, а АГ 3 степени у 28,2% больных. У подавляющего большинства пациентов с COVID-19 (90,5%) определялась гипергликемия на фоне СД II типа. Декомпенсация СД в данной группе отмечалась в 37% пациентов, тогда как в группе без COVID-19 изучаемый показатель составил 18%. Среди основных осложнений СД выявлялась диабетическая ангиопатия в 1 группе пациентов и составила 18%, а во 2 группе в 9% случаях.

Результаты исследования биохимических показателей крови показали повышение 2,8 раза показателей коагуляционного гемостаза (фибриногена, МНО, ПТИ, Д-димера), в 3,2 раза С-реактивного белка, ферритина, прокальцитонина, на фоне панцитопении значения которой определялись на 8 – 10 сутки госпитализации. Исследование легких свидетельствовали об субтотальном поражении ($78 \pm 4,9\%$), с проявлениями двухсторонней интерстициальной пневмонией. Лечебная тактика проводилась согласно стандарту (8 протокол по ведению пациентов с COVID-19 в условиях стационара). При этом, согласно результатам исследования, отмечалось выздоровление у 51 (86,7%) с не полным восстановлением респираторной функции, в 5 (8,3%) случаях больные переводились на инвазивную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), 50 (83,3%) на не инвазивной ИВЛ, в 9 (15%) отмечался летальный исход. Основной причиной летального исхода являлась острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии на фоне острого респираторного дистресс синдрома.

Таким образом, инфекционное заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), зачастую возникает у больных с различными сердечно-сосудистыми факторами риска и сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые могут оказать влияние на течение инфекционного процесса с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, тромбоэмболии легочной артерии на фоне острого респираторного дистресс синдрома из-за тотального поражения легочной ткани в вероятным дополнительным повреждением сердца и сосудов, способствующее возникновению сердечно-сосудистых осложнений и утяжелению прогноза у пациентов с COVID-19.

Больные с сопутствующими ССЗ и/или традиционными кардиоваскулярными факторами риска, в особенности в пожилом возрасте относятся к особо уязвимой когорте, отличающейся тяжелым течением COVID-19, а воздействие вируса SARS-CoV-2 и других патогенных факторов, обладающих токсическим, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами, может привести к острым сердечно-сосудистым катастрофам.

Для оценки тяжести течения и риска развития осложнений наряду с оценкой классических клинических проявлений (ЧДД, сатурация кислорода, необходимость вентиляции, состояние сознания, температура тела, ЧСС и САД), важно учитывать длительность заболевания, время, сроки и методы начала, в том числе противовоспалительной терапии пациентов с COVID-19. Но этого недостаточно для учета особенности, важно учитывать также возраст и преморбидный фон пациентов. Важно указать, что замедление в тактике применения противовоспалительной терапии, в том числе пульс-терапии ГКС не может оказать ожидаемого благоприятного эффекта.

Список использованной литературы

1. Абдукадирова Н. М., Курбанов Н.Б., Тулабоева Г.М., Талипова Ю.Ш., Сагатова Х.М. Терапия хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов старшего возраста. // “Журнал теоретической и клинической медицины”, №1, 2022 г. С 57-63.



2. Талипов Р.М, Тулабаева Г.М, Сагатова Х.М, Нурметов Х.Т, Худайберганова Н.Х. Особенности коморбидности у больных инфарктом миокарда пожилого возраста Uzbek medical journal 2021г. Том 2. №3.

3. Tulaboeva G.M., Talipova Yu.Sh., Sagatova X.M., Abdukodirova N.M., Kosimova M.A., Xusanov A.A. Study of the effectiveness of rosuvastatin in coronary heart disease and diabetes mellitus in older people. Назарий ва клиник тиббиёт журнали 2022 Ташкент №1. С 60-66.

4. Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш. Коморбидность депрессивных расстройств и ССЗ. Монография. Printed at: see last page ISBN: 978-620-3-04096-8, 2020 y. 127 p.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ В СОЧЕТАНИИ С МАКУЛЯРНЫМ РАЗРЫВОМ

Юсупов Азамат Фархадович
Хусанбаев Хасанжон Шавкатович
Ражабова Махбуба Шамсуддин кизи

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр микрохирургии глаза Ташкент, Узбекистан.

Телефон: +998971439494
e-mail: maxbuba0306@icloud.com

АННОТАЦИЯ: Отслойка сетчатки, связанная с макулярным разрывом при высокой степени близорукости, является особой проблемой для витреоретинальных хирургов. По данным многих авторов частота анатомического прилегания высока после выполнения витрэктомии и удалении ВПМ, частота закрытия отверстия была низкой, около 50 процентов [1-3]. Открытое макулярное отверстие не только ставит под угрозу центральное зрение, но и создает риск рецидива отслойки сетчатки [2, 3].

Ключевые слова: макулярный разрыв, внутренняя пограничная мембрана (ВПМ), регматогенная отслойка сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия, стекловидное тело, витрэктомия.

Цель. Совершенствование метода хирургического и оценка клинико-функционального результата лечения регматогенной отслойки сетчатки в сочетании с макулярным разрывом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 4 пациента (4 глаза) в возрасте от 38 до 58 лет с диагнозом тотальная регматогенная отслойка сетчатки в сочетании с макулярным разрывом, прооперированные в период 2021-2022 годов в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре микрохирургии глаза. Продолжительность заболевания составляла от 1 до 9 месяцев. Острота зрения до операции варьировалась от 0,01 до 0,02 экскентрично. В-сканирование выявило полную отслойку сетчатки у 2 пациентов, а у 1 из них была обнаружена V-образная отслойка. Во время офтальмоскопии с использованием 78-диоптрийной линзы Volk у 4 пациентов была обнаружена полная отслойка сетчатки с разрывами разного размера в верхних сегментах, у 2-х из них была выявлена пролиферативная витреоретинопатия C-1. У 2-х пациентов макулярное отверстие обнаружено во время операции.

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение.

Техника проведения операции. Операции выполнены на аппарате Stellaris Elite (Bausch & Lomb, США) 3-портовая витрэктомия 23 g в соответствии со стандартной методикой. Стандартный краситель “Кеналог” использовался для детализации структуры задних кортикальных слоев стекловидного тела (СТ). Во время витрэктомии особое внимание уделялось удалению основания стекловидного тела с тщательным осмотром периферии сетчатки. Перфторорганическое соединение (ПФОС) вводили в полость стекловидного тела к нижнему краю периферического разрыва. Для окраски внутренней пограничной мембраны использовалась краска «membrane blue”. На 360° вокруг макулярного отверстия был сформирован лоскут внутренней пограничной мембраны, не отрываясь от края макулярного отверстия, макулярное отверстие было полностью закрыто (тампонировано). Полученный лоскут внутренней пограничной мембраны переворачивали пинцетом и помещали на разрыв, при этом среда ПФОС способствовала фиксации фрагмента внутренней пограничной мембраны в области макулярного отверстия. На следующем этапе жидкость и ПФОС были заменены газом. Периферическая витрэктомия проводилась в воздушной среде. После очистки периферии сетчатки её коагулировали эндолазером при 360°. В полость стекловидного тела вводили силиконовое масло. В конце концов, порты были защищены. Период наблюдения составлял до 3 месяцев.

Результаты. В течение периода наблюдения у всех 4 пациентов наблюдалось постепенное повышение остроты зрения по сравнению с исходным уровнем, и через 3 месяца после хирургического лечения она колебалась от 0,05 до 0,2. Во время офтальмоскопического



обследования, как через 2 недели, так и в течение всего периода наблюдения у каждого из пациентов сетчатка прилегала на всем протяжении, в макулярной области дефект не визуализировался.

Вывод. Таким образом, можно утверждать, что использование метода тампонирования макулярного отверстия с помощью внутренней пограничной мембраны показывает высокую эффективность при хирургическом лечении макулярного отверстия, позволяя добиться полного анатомического прилегания сетчатки и закрытия макулярного разрыва. Показатели остроты зрения и качества жизни пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, значительно повышаются. Необходимо провести дальнейшие исследования в группе с большим количеством пациентов, чтобы достоверно оценить эффективность предлагаемого метода.

Список литературы

1. R. Uemoto, S. Yamamoto, I. Tsukahara, and S. Takeuchi, “Efficacy of internal limiting membrane removal for retinal detachments resulting from a myopic macular hole,” *Retina*, vol. 24, no. 4, pp. 560–566, 2004. View at: [Google Scholar](#)
2. L. S. Lim, A. Tsai, D. Wong et al., “Prognostic factor analysis of vitrectomy for retinal detachment associated with myopic macular hole,” *Ophthalmology*, vol. 121, no. 1, pp. 305–310, 2014. View at: [Publisher Site](#) | [Google Scholar](#)
3. R. F. Lam, W. W. Lai, B. T. Cheung et al., “Pars plana vitrectomy and perfluoropropane (C3F8) tamponade for retinal detachment due to myopic macular hole: a prognostic factor analysis,” *American Journal of Ophthalmology*, vol. 142, no. 6, pp. 938–944, 2006. View at: [Publisher Site](#) | [Google Scholar](#)



ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Астанакулов Дилмурод Йулдашович,
2 - Маргилана им. Абу Али ибн Сино
Общественный медицинский техникум
dilmurod.astanakulov2020@mail.ru
Телефон: +998911570729

АННОТАЦИЯ: Заболевания ротовой полости, включающие в себя болезни мягких тканей и твердых тканей зубов являются одними из самых распространенных в мире. По оценкам экспертов, до 100% взрослого населения земного шара имеют те или иные проблемы с зубами или мягкими тканями полости рта. При этом в последние годы отмечается тенденция роста числа обращений пациентов к врачу-стоматологу не только для купирования боли, но и профилактики стоматологических заболеваний или их осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Проблема профилактики, профилактической помощи, стоматологического здоровья, зубов, стоматологического здоровья.

В настоящее время существуют значительные различия в моделях организации профилактической помощи населению, что проявляется не только на национальном, но и на региональном уровне во многих государствах. Исходя из сложившихся на той или иной территории медицинских, правовых и социальных особенностей и возможностей, специалисты пытаются разными способами решить основную задачу профилактики — обеспечить устойчивое улучшение состояния гигиены полости рта пациентов и сократить количество стоматологических заболеваний, приходящихся на условное количество жителей.

Проблема профилактики и лечения патологии пародонта является не только медицинской, но и социальной, особенно для людей пожилого и старческого возраста. Оценка критериев здоровья людей пожилого и старческого возраста включает интегральную оценку здоровья таких людей, степень их физической подвижности, социальную активность [1]. Профилактика стоматологических заболеваний у взрослых за последние десятилетия в значительной степени сместилась в сторону совершенствования индивидуальной гигиены рта, хотя в групповых сообществах (по профессии, особенностям здоровья и др.) возможна организованная профилактика с привлечением профессиональной гигиены рта и всего комплекса лечения зубов и пародонта [2].

Профилактическая направленность является основой здравоохранения, суть которой состоит в создании таких условий, чтобы заболевание не смогло появиться или распространиться. При совершенствовании методов и средств профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта стоматологи на первом месте всегда ставили общебиологические, общемедицинские принципы - [3].

Список литературы:

1. Караков К.Г., Власова Т.Н., Оганян А.В., Еременко А.В., Хачатурян Э.Э., Мордасов Н.А., Цурова М.А., Сеираниду З.А. Приоритетный подход в пародонтальной терапии. Научный альманах. 2015;10:329-333.
2. Берсанов Р.У., Олесова В.Н., Новоземцева Т.Н., Шмаков Н.А., Юффа Е.П., Лесняк А.В., Чуянова Е.Ю. Субъективная удовлетворенность протезированием и объективное качество зубных протезов в зависимости от сроков их эксплуатации. Российский стоматологический журнал. 2015;4:52-54.
3. Dental students' motivations and perceptions of dental professional career in India / A. Aggarwal [et al.] // Journal of Dental Education. - 2012. - Vol. 76, N 11. - P. 1532-1539.



**ДУШАНБЕ ШАҲРИ СУВ ҲАВЗАЛАРИ ДИАТОМ ПЛАНКТОНИНИНГ
МАВСУМИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Бахриев Иброхим Исомадинович,

Тошкент тиббиёт академияси “Суд тиббиёти
ва тиббиёт ҳукуқи” кафедраси мудири, доцент

Телефон: +998977069584

ibragim.bakhriev@mail.ru

Назирова Сирожиддин Назирович

Тожикистон Республикаси

“Дипломдан кейинги тиббий таълим институти”

Суд тиббиёти кафедраси мудири

АННОТАЦИЯ: Ҳозирги кунда сув ҳавзаларидаги диатомларнинг хилма-хиллиги нафақат чўкиш жойи ҳақида балки ўлим содир бўлган вақтни ҳам тахмин қилиш имконини беради. Зеро, тадқиқотлар чўкиш ҳолатлари тез-тез содир бўладиган Душанбе шаҳрининг асосий сув ҳавзаларидаги диатом планктонининг таркибини йил мавсумлари бўйича аниқлашга бағишланди.

КАЛИТ СЎЗЛАР: Зўраки ўлим, чўкиш, диатом планктон, диагностика.

Зўраки ўлим ҳолатлари орасида асосий ўринлардан бирини механик асфиксия эгаллайди ва барча зўраки ўлимнинг 28-30% ни ташкил қилади. Сувда нафақат чўкиш натижасида, балки бошқа сабабларга кўра ҳам ўлим эҳтимоли сув ҳавзаларида ёки унинг теvarак-атрофида мурданинг топилиши ҳар бир ҳолатда ҳодисанинг ўзига хослигини аниқлаш заруратини объектив равишда тақозо этади [1, 2].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) материаллари бўйича олиб борилган зўраки ўлим ҳолатларининг таҳлили натижасида, чўкиш 6-ўринни (7,3%) эгаллаши, ёнғин ва захарланиш оқибатида ўлганлар сонидан ошиб кетганини кўрсатади. Шу билан бирга, глобал муаммо бўлмиш чўкишдан ўлим барча мамлакатлар ва минтақаларда учрайди, аммо ривожланмаган ва ривожланаётган мамлакатларда чўкиш натижасида бахтсиз ҳолатлар барча ўлимларнинг 90% ни ташкил қилади [3]. Дунёда чўкиш ҳолатларининг ярмидан кўпи ЖССТ минтақаларидан Ғарбий тинч океани ва Жанубий-Шарқий Осиёда учрайди; ЖССТ Африка минтақасида чўкишдан ўлим даражаси энг юқори бўлиб, Германия ёки Буюк Британия Бирлашган Қироллиги ва Шимолий Ирландияга нисбатан 15-20 барабар юқори.

АҚШда чўкишдан ўлим ҳолатларининг 45% аҳолининг иқтисодий жиҳатдан энг фаол сегменти орасида содир бўлади [4]. Фақатгина Қўшма Штатларда қирғоқ сувларида чўкиш ҳолатлари билан боғлиқ тўғридан-тўғри ва билвосита харажатлар йилига 273 миллион долларга баҳоланади. Чўкиш тўғрисидаги расмий маълумотларни тизимлаштириш усуллари мувофиқ, чўкиш натижасида қасддан ўлим (ўз жонига қасд қилиш ёки қотиллик), шунингдек сув транспортидаги ҳалокатлар ва сув тошқинлари натижасида чўкишдан ўлим ҳолатлари ҳисоботга киритилмайди. Сувда чўкиш - бу ҳаёт учун муҳим бўлган организм тизимларининг ўткир дисфункцияси туфайли ўзига хос пато- ва танатогенезнинг маълум вариантлари билан содир бўладиган ўлимнинг мустақил тури ҳисобланади [5].

Чўкиш ҳолатларини ташхислаш учун ўсимлик табиатида оид планктон – фитопланктон, айниқса диатомлар муҳим аҳамиятга эга. Диатом-планктонини ўрганиш усулидан фойдаланиб, суд экспертлари чўкишдан ўлим сабабини муваффақиятли аниқлайдилар. Аммо планктонни аниқлаш билан ҳам тирик инсоннинг тирик пайтида чўкканлигини, ўлимнинг ортга сурилишини, шунингдек, унинг содир бўлиш жойини аниқлаш каби масалалар ҳал этилмай қолади (чўкишда ўлим жасад топилган ўша сув ҳавзасида содир бўлган ёки бўлмаганлигини аниқлаш талаб этилади). Зеро, турли сув ҳавзаларида фитопланктоннинг таркиби ва ривожланишини ўрганиш, уларнинг йил мавсумларидаги хусусиятларини ўрганиш суд экспертларига чўкиш ҳолатларини ташхислашда ёрдам беради [6].

Тожикистон ҳудуди сув ресурсларига бой ва сув захиралари бўйича МДХ давлатлари орасида Россия Федерациясидан кейин иккинчи ўринда туради. Мамлакатдаги 900 дан ортиқ майда ва йирик дарёларнинг катта қисми Помир тоғларининг юқори тоғ тизмаларидан бошланади.



Айнан шу ерда Амударё ҳавзасининг асосий оқими шаклланади. Афсуски, баланд тоғли сув ҳавзаларида экологик тизимнинг шаклланишида муҳим аҳамиятга эга бўлган дарё алгофлорасининг биологик хилма-хиллиги ҳалигача ўрганилмасдан қолмоқда.

Тожикистон ҳудуди кўп сонли ўсимлик ва ҳайвон организмларига, шу жумладан турли хил планктон диатомларга бой. Диатомлар сув ҳавзаларида кенг тарқалган, ҳажми 4 дан 2000 микронгача бўлган бир хужайрали микроскопик организмлардир. Диатом сув ўтлари сув ҳавзаларида, айниқса баҳор ва кузда фаол равишда кўпаяди (кўпайиш чўққиси март-апрель ойларининг охири ва август-сентябрь ойларининг охирига тўғри келади). Шунинг учун улар, йил давомида, маълум вақтларда, айрим шакллари пайдо бўлади, бошқалари эса нобуд бўлади [7, 8].

Суд тиббиёти нуктаи назаридан сув ҳавзалари биосферасининг доимий ўзгариб туриши, илмий мониторинг учун сув объектлари планктонининг сон ва сифат жиҳатдан таркибини аниқлаш мақсадида даврий тадқиқотлар ўтказишни тақозо этмоқда.

Мазкур тадқиқотнинг материаллари бўлиб Душанбе шаҳри ва унинг атрофидаги сув ҳавзалари (Душанбинка, Варзоб, Кофарнихон, Элок, Лучоб, Тақоб) да рўй берган жами 141 та чўкиш ҳолатлари ҳисобланади.

Сув намуналарини ўрганиш йил давомида январь-февраль, апрель-май, июль-август ва октябрь-ноябрь ойларида амалга оширилди. Диатом планктонининг мавжудлиги ва миқдори умумий қабул қилинган усул бўйича амалга оширилди. Диатомларнинг миқдорини аниқлашдан ташқари, уларнинг морфологик тузилишини ҳам ўрганилди.

Биз ўрганган сув ҳавзалари учун диатом планктонларининг қуйидаги *Girosigma*, *Melosira*, *Tabillaria*, *Surilla*, *Cimbella*, *Pinullaria* ва *Naviculla* турлари хос бўлди.

Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, йилнинг турли даврларида ва ҳар хил сув ҳавзаларида диатом планктонларининг таркибий тузилиши бир хил эмас.

Ўрганилаётган сув ҳавзаларидан олинган сув намуналарида диатомларнинг энг кўп миқдори ёз-куз даврида (июндан ноябргача), энг ками эса қиш-баҳор ойларида учрайди.

Диатом планктонларининг ҳар бир алоҳида турини таҳлил қилишда қуйидаги қонуният аниқланди: энг муҳими, ўрганилган сув ҳавзаларида *Melosira*, *Naviculla* ва *Tabillaria* диатомлари топилган, ҳатто қишда ҳам уларнинг сони сезиларли даражада сакланиб қолган. *Girosigma* ва *Пинуллари* турларининг диатомлари эса нисбатан кам сонли эди.

Диатомларнинг умумий сони сув ҳавзаларининг ифлосланиш даражасига ҳам боғлиқ эди. Шундай қилиб, энг ифлосланган Варзоб ва Кофарнихон дарёларида *Cimbella*, *Naviculla* ва *Surilla* диатомлари сони кескин кўпайган, *Girosigma* ва *Pinullaria* турларининг диатомлари сони кескин камайган. Бундан ташқари, ўрганилаётган планктонларнинг морфологик хусусиятлари сув ҳавзаларининг ифлосланиш даражасига қараб ўзгариб турди.

Санитария-гигиена меъёрлари бўйича энг ноқулай сув ҳавзаларида - Варзоб, Тақоб, Кофарнихон ва Лучоб дарёларида ўрганилаётган диатомларнинг морфологик тузилишида ўзгаришлар кузатилди.

Масалан, Варзоб дарёсидан *Naviculla* тури диатомларида доимий равишда қобиқнинг юқалашиши ва унинг ёрилиши кузатилган. Қобиқ эпитекаси тартибсиз овал шаклга кириб, қават бурмалари нотекис ва зигзаг шаклида эканлиги, шунингдек, кўп ҳолатларда қобиқ белбоғи йўқ эди. Қопқоқларнинг тузилиши кўпинча ғовак каналлар ва шиллиқ ғоваклар кўринишида ривожланади ва қобиқда кўплаб ўсимта ва бошқалар қайд этилди. Биз бошқа ўрганилаётган диатомларда ҳам худди шундай ва кучли ўзгаришларни Кофарнихон, Тақоб ва Лучоб дарёларида кузатдик.

Шундай қилиб, Душанбе шаҳридаги сув ҳавзаларида мавжуд диатомларнинг тузилиши умумий объектив қонуниятларга асосланган бўлиб, асосан, доимий равишда учраб турадиган 6-7 турдаги диатомлар мавжуд.

Турли сув ҳавзаларида уларнинг нисбати бир хил бўлмай, диатомлар сони мавсумга қараб ўзгариб туради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Жульжик Е. А. Диагностика утопления в современной судебной медицине. //Концепт. - 2015. - № 04. <http://ekoncept.ru/2015/15127.htm>.
2. Пономарев Д.Ю., Никитаев А.В., Курч А.М. О возможности выявления факта перемещения трупа из прибрежной морской полосы с последующим его погребением. //



Судебно-медицинская экспертиза, 2015, №1, С. 13-17.

3. ВОЗ подчеркивает катастрофические последствия утопления во всем мире. // Медицинская сестра, 2015, №2, С. 37.

4. Piette MH, De Letter EA. Drowning: still a difficult autopsy diagnosis. //Forensic Sci Int. (2006) 163:1–9. doi: 10.1016/j.forsciint.2004.10.027.

5. L. Naselli-Flores & S. Melo //Journal of Plankton Research. 2002. V. 24. P. 417-428.

6. Светлаков А.В., Давыдова З.В. Термин «утопление» в судебной медицине. //Проблемы экспертизы в медицине, 2012, №3-4 (47-48), С. 37-38.

7. Ниятбеков Т.П., Баринава С.С. Диатомовые водоросли (Bacillariophyta) термальных и минеральных вод Памира. //Биота и среда, 2018, № 2, С. 5-21.

8. Хисориев Х.О. О фитогеографии пресноводных водорослей. //Известия АН РТ. Отделение биол. и мед. наук. Душанбе, 2014, №2, С. 7-14.



ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭНДОЛИМФЫ УХА, ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Давранов Эркин Анварович,
Хасанова Мадинабону Хусниддиновна,
Ахатамов Носиржон Нодирович
Самаркандский государственный
медицинский университет
Телефон: +998906019001
uzb11_2016@bk.ru

АННОТАЦИЯ: Биологическое значение эндолимфы, транспортировка питательных веществ к тканям внутреннего уха, удаление продуктов метаболизма. Эндолимфа и перелимфа обеспечивают химический состав среды, нужный для трансформации энергии вибрационного толчка в нервный импульс. Возникновение признаков болезни Меньера (БМ) связано с увеличением содержания эндолимфы, гидропсом что сопровождается приступами головокружения. Продолжительностью от двадцати минут до двенадцати часов с задокументированной низкой либо средней частотой нейросенсорной тугоухости в пораженном ухе вовремя либо после одного из эпизодов головокружения. Под нашим контролем пребывали двадцать восемь больных с БМ. Им осуществлялся подробный сбор анамнеза, неврологический и отоларингологический осмотр. Проводили аудиометрическое и вестибулологическое обследование: окуломоторных реакций, пробы на координацию и баланс, битермальную калоризацию лабиринтов, которые разрешило выявить БМ, степень поражения, выраженность тугоухости. Цель лечения БМ - не допустить, либо уменьшить тяжесть и частоту головокружения, облегчить, либо не допустить потерю слуха, шума в ушах и чувство полноты в них, усовершенствовать качество жизни. Подходы к лечению БМ многообразны и обыкновенно включают: модификации факторов образа жизни (к примеру, Диеты) и медицинские, хирургические или составные способы лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Эндолимфа, перелимфа, внутреннее ухо, гидропс, болезнь Меньера

Выявить важность консервативных и хирургических способов лечения по уменьшению продукции и дренированию Эндолимфы внутреннего уха. Под нашим слежением пребывали 36 пациентов с болезнью Меньера. В группу вошли 18 женщин, 18 мужчин. Средний возраст больных составил 58 лет. Течение заболевания от трех до семи лет. В анамнезе у всех больных отмечалось головокружение продолжительностью от двадцати минут до семи часов с тошнотой и рвотой. Двухстороннее ухудшение слуха у 20 из 36 больных, одностороннее у 16. Диагностическими критериями БМ были эпизоды головокружения, видоизменения слуха с нейросенсорной потерей его на средних и низких зачастую частотах, шум в ушах. Всем пациентам была предложена диета с лимитацией соли, кофеина, исключался алкоголь. Консервативная терапия, включала применение антигистаминных препаратов в виде димедрола в дозе 0.05г. 2 раза в сутки у всех больных. Производительность функционирования препарата оценивали по снижению эпизодов головокружения. Седуксен для контроля над головокружением использовали одновременно с димедролом в дозе 10 мг вечером. При отсутствии результата, либо кратковременном слабом действии лекарств 18 пациентов принимали бетасерк (бетасерк). Режим дозирования - по 24 мг 2 раза в сутки. Мы нашли понижение числа приступов головокружения у всех пациентов в течении срока лечения в 9 месяцев. Но также у 12 пациентов в последующем использование бетасерка не привело к полному контролю над головокружением и им было предложено интратимпаническое (ИТ) использование гентамицина. Использование препарата <30 мг / мл показали снижение головокружения у 79% пациентов. Совместно с тем, у 31% пациентов отмечалось ухудшение слуха. С учетом данных по ухудшению слуха при ИТ вступлении препарата гентамицина, неэффективности консервативной терапии у 23 больных с болезнью Меньера использовалось хирургическое лечение. Из данных литературы известно, основное, что необходимо рассматривать при выборе лечения - это состояние слуха. У пациентов с отменным слухом не абляционные



процедуры были поддержаны. Эти вмешательства включают в себя разработанные способы, дабы повлиять на обычное течение БМ с сохранением слуховой функции внутреннего уха путем подавления вестибулярной функции либо продукции Эндолимфы. И, напротив, у тех пациентов, у которых нет важного / рабочего слуха, часто используются хирургические либо химические способы абляции внутреннего уха. Обоснование абляционных подходов состоит в том, дабы попытаться преобразовать от динамического флуктуирующего поражения внутреннего уха (активный БМ) до статического состояния через уничтожение внутреннего уха. Исходя из этого, хирургические вмешательства при болезни Меньера подразделяются на дренирующие, деструктивные и операции на вегетативной нервной системе. К дренирующим вмешательствам относятся разные декомпрессивные операции, направленные на увеличение оттока Эндолимфы из полости внутреннего уха. в особенности распространенными среди них являются: дренирование лабиринта через среднее ухо, перфорация основания стремени, фенестрация полукружного канала, дренирование Эндолимфатического мешка. Деструктивными операциями при болезни Меньера являются: интракраниальное пересечение вестибулярной ветви VIII нерва, удаление лабиринта, лазеродеструкция и уничтожение его клеток ультразвуком. Вмешательство на вегетативной нервной системе при болезни Меньера может заключаться в шейной симпатэтомии, резекции либо пересечении барабанной струны либо барабанного сплетения. Известно, что в реальное время нет цельной точки зрения касательно выбора хирургического вмешательства при БМ. Слухосохраняющие операции получают огромную знаменитость, особенно при двухстороннем его поражении у больных с БМ. Дренирование Эндолимфатического мешка (ЭМ) является таким видом хирургического вмешательства. Совместно с тем, в литературе обсуждаются способы совершенствования доступа к структурам ЭМ. Оптимизация подходов к Эндолимфатическому мешку значима при данном способе лечения БМ. Для этого нами рекомендуется при проведении КТ выявить индивидуальные особенности анатомии структур среднего уха - расположения сигмовидного синуса, твердой мозговой оболочки средней и задней черепных ямок. Выявить его синтопию со структурами среднего и внутреннего уха. При проведении самого оперативного вмешательства отчетливо очертить для себя линию через длинную ось латерального полукружного канала, которая делит задний полукружный канал напополам. Эндолимфатический мешок располагается ниже нее и выглядит как утолщение твердой мозговой оболочки. Всем пациентам до операции проводилась КТ височных костей, при котором выявлялись индивидуальные особенности анатомии структур среднего уха - расположения сигмовидного синуса, твердой мозговой оболочки средней и задней черепных ямок. Значимым является для определения оптимального доступа к ЭМ выявить его синтопию со структурами среднего и внутреннего уха.

У 20 пациентов, которые оперировались в нашей клинике и наблюдались в течении 2 лет контроль над головокружением отметился у всех больных, сохранение слуха и его улучшение практически в 92% случаев. Также, при анатомическом изучении темпоральной кости показали, что неудачи при операции вскрытия и дренирования ЭМ связаны с тем, что он сам плохо идентифицируется и поэтому правильная его декомпрессия не часто удавалась. Значительно больше было случаев его плохого дренирования. Мы объясняем это тем, что резонно полагать, что интрадуральный компонент мешка варьирует в размерах и позиции. Поэтому мы считаем важным при проведении КТ выявить индивидуальные особенности анатомии структур среднего уха - расположения сигмовидного синуса, твердой мозговой оболочки средней и задней черепных ямок. Для определения оптимального доступа к ЭМ выявить его синтопию со структурами среднего и внутреннего уха. При проведении самого оперативного вмешательства четко очертить для себя линию через длинную ось латерального полукружного канала, которая делит задний полукружный канал напополам. Эндолимфатический мешок располагается ниже нее и выглядит как утолщение твердой мозговой оболочки.

Список литературы:

1. Thomsen J., Bretlau P., Tos M., Johnsen N.J. Placebo effect in surgery for Meniere's disease. A double-blind, placebo-controlled study on endolymphatic sac shunt surgery. //Arch. Otolaryngol. 1981; 107(05): 271-277.
2. Thomsen J., Bretlau P., Tos M., Johnsen N.J. Endolymphatic sac-mastoid shunt surgery. A



nonspecific treatment modality? //Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1986, 95(1 Pt 1): 32-35.

3. Bretlau P., Thomsen J., Tos M., Johnsen N.J. Placebo effect in surgery for Meniere's disease: nine-year follow-up. //Am. J. Otol. 1989; 10(04): 259-261.

4. cases of endolymphatic shunt and decompression with 328 consecutive cases of labyrinthectomy //Laryngoscope 1983, 93(11 Pt 1): 1419-1424.

5. Soderman A.C., Ahlner K., Bagger-Sjoberg D., Bergenius J. Surgical treatment of vertigo-the Karolinska Hospital policy. //Am. J. Otol. 1996; 17(01): 93-98.

6. Convert C., Franco-Vidal V., Bebear J.P., Darrouzet V. Outcome-based assessment of endolymphatic sac decompression for Meniere's disease using the Meniere's disease outcome questionnaire: a review of 90 patients. //Otol. Neurotol. 2006; 27(05): 687-696.

7. Goto F., Tsutsumi T., Ogawa K. Lateral semicircular canal plugging with endolymphatic sac decompression as new surgical treatment for intractable Meniere's disease. //Acta Otolaryngol. 2012; 132(08): 893-895.

8. Kim S.H., Ko S.H., Ahn S.H., Hong J.M., Lee W.S. Significance of the development of the inner ear third window effect after endolymphatic sac surgery in Meniere disease patients. //Laryngoscope. 2012; 122(08): 1838-1843.



КАРИЕС ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Турсунова Гулноза Джамшидовна

Научный руководитель: к.м.н. Тайлакова Дилдора Ибрагимовна

Бухарский государственный медицинский институт,
направление: терапевтическая стоматология, 1 курс магистр

Аннотация: детский кариес является особой формой патологии, имеющей сложную разнопланово взаимодействующую многофакторную природу. Оценку силы и степень воздействия факторов риска данного заболевания необходимо проводить в условиях конкретного пациента с учетом стадии развития и возрастных особенностей строения молочных зубов, а также обстоятельств экзо- и эндогенного характера.

Ключевые слова: первые зубы, детский кариес, факторы риска, лечебно-профилактические мероприятия.

Ранний детский кариес (РДК) – был и остается одной из наиболее актуальных и острых проблем современной стоматологии. Увеличение интенсивности и распространенности РДК у детей раннего возраста представляет собой увеличивающуюся медицинскую, социальную и экономическую проблему. Сложившаяся ситуация обусловлена сложностью оказания стоматологической помощи детям раннего возраста, не- смотря на совершенствование методик лечения и усилия, прилагаемые детскими стоматологами, данное заболевание остается распространенным в странах с развивающейся экономикой.

В настоящее время в Узбекистане около 86% детей в возрасте от 3 до 17 лет страдают от кариеса. Основной причиной этого заболевания врачи называют плохую наследственность, неправильное питание, несоблюдение правил гигиены и сложную экологическую ситуацию в ряде регионов.

Кариес может оказывать значительное влияние не только на состояние зубочелюстной системы, но и на общесоматическое здоровье в целом.

В результате прогрессирования кариеса возникновение боли может привести к снижению способности и нежеланию ребенка пить, жевать, возникает ограничение в выборе продуктов (кислых фруктов и овощей, твердая пища), потери аппетита. Из-за недоедания может снижаться вес, возникать дефицит железа и происходить задержка в росте и физическом развитии.

Болезненные ощущения от кариеса могут привести к снижению качества жизни: нарушению сна, концентрации и настроения ребенка.

В условиях множественного поражения зубов кариесом возможно возникновение осложнений (пульпит, периодонтит). Непонимание в силу раннего возраста и отсутствие необходимо контакта с ребенком иногда становится необходимой санация полости рта детей (особенно до 3 - х лет) под общим обезболиванием.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. В курсе патогенетического лечения раннего детского кариеса необходимо уделять внимание мероприятиям, которые направленным на повышение резистентности твердых тканей зубов, путем насыщения ротовой жидкости минеральными компонентами. Для этого необходимо повышать уровень гигиены полости рта, так же необходимо проводить перманентную реминерализующую терапию путем назначения комплекса индивидуально подобранных средств и предметов полости рта, в соответствии с возрастом, уровнем гигиены полости рта и интенсивностью кариеса временных зубов.

2. Установленный уровень потребления рациона содержит недостаточное количество нутриентов и пищевого кальция, поэтому необходимо проводить коррекцию питания детей дошкольного возраста. Нормализация рациона питания рекомендуется всем детям дошкольного возраста, и включает в себя установление регламента потребления молочных продуктов, свободных сахаров.

3. Детям дошкольного возраста необходимо проводить курсы фармакологической терапии раннего детского кариеса в зависимости от степени тяжести и возраста пациента. Лекарственная терапия включает в себя назначение холикальцетроферолла и ряда препаратов



содержащих в составе соли кальция. Количество курсов зависит от степени тяжести кариеса, дозировка и выбор препарата от возраста ребенка.

4. При выборе реставрационного материала, следует ориентироваться на силу адгезии к твердым тканям временных зубов, так же необходимо учитывать локализацию поражения и принадлежность зубов, тип РДК, объем дефекта и условия для постановки пломбы, обусловленные возрастными периодами ребенка.

5. Для обеспечения необходимого качества комплексного патогенетического лечения пациентов с РДК рекомендуется применение алгоритма междисциплинарного взаимодействия врачей стоматологов детских, педиатров и врачей гигиенистов по питанию детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аверьянова, Н. И. Нарушение обмена щавелевой кислоты у детей / Н. И. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №3. – 125 с.

2. Антонова, А. А. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей раннего возраста // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». – 2009. – №3. – 146 с.

3. Е. В. Владимирский Арутюнов, С. Д. Ранняя профилактика кариеса зубов у детей — гарантия стоматологического здоровья взрослых // Вопросы педиатрической фармакологии и нутрициологии. – 2006. – №3. – С. 23-27.



UDC: 616.12-008.331.1/57.0022

ИССИҚ ИҚЛИМНИНГ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

Турсунова Юлдуз Жабборовна

Республика шошилинч тиббий

ёрдам илмий маркази, Бухоро

филиали, кардиолог врач

+998995003355

yulduzjabborovna@gmail.com

АННОТАЦИЯ. Иссиқ иқлимнинг гипертония касаллиги кечишига таъсирини ўрганиш мақсадида йилнинг турли фаслларида шаҳар ва ноқулай иқлимли чўл ҳудудида жойлашган туманларда ҳаво ҳарорати турлича бўлган вақтларда гипертония касаллиги билан оғриган беморлар текширилди. Ҳаво ҳароратининг гипертония касаллиги кечишига таъсири ўрганилди.

Калит сўзлар: Гипертония касаллиги, артериал гипертензия, иссиқ иқлим, иссиқ ҳаво ҳарорати.

Долзарблиги. Артериал гипертония жаҳондаги ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликлардан биридир. Маълумки, иқтисодий ривожланган мамлакатларда барвақт ўлимнинг асосий сабаби артериал гипертониядан ўлимдир. Гипертония касаллигини даволашда фармацевтикада эришилаётган ютуқларга қарамадан, артериал гипертензия билан оғриган беморлар сони ер юзида 1 млрддан ортиқлигича қолмоқда. Артериал гипертензия аҳоли ўлимининг асосий сабаби бўлиб қолмоқда (12,8%), йилига 7,5 млн инсонга тўғри келади. Юқори кўрсаткичларда гипертоник кризларнинг ўсиб бориши касаллик оқибатларини оғирлаштириб, ўлим кўрсаткичини оширмоқда [1]. Ер юзидаги глобал иссиқ туфайли, ҳароратнинг аномал кўтарилиши даврлари дунёнинг бир қатор минтақаларида кузатилаётган: иссиқлик 2003 йил август ойида Европада ҳаво ҳарорати кўтарилган Буюк Британия 38,1°C га, Германияда 40,4 °C га етди, шимолий Италияда - 40°C гача, Францияда эса 35°C гача етиб, бу мамлакатларда 35 000 кишининг ўлимига сабаб бўлди.

(Францияда 15000 киши), 70-90% ҳолларда булар 75 ёшдан ошган одамлар эди [2]. Америкада ўтказилган тадқиқотларда аниқланишича, Нью Йорк аҳолисида сезиларли даражада ўлим кўрсаткичининг ошишига ҳаво ҳароратининг 30 градусдан ошиши ва 2 кундан ортиқ шу ҳароратнинг сақланиб турганлиги сабаб бўлган. [3].

Тадқиқод мақсади: Ноқулай иссиқ иқлимли ҳудудларда гипертония касаллиги кечишини чуқурлаштирувчи омилларни ўрганиш ва уларнинг профилактика усуллари оптималлаштириш.

Материаллар ва услублар: Бухоро вилояти Пешку ва Олот туманларида яшовчи гипертония касаллиги билан касалланган 65 нафар беморлар (асосий гуруҳ, АГ) ва Бухоро шаҳрида яшовчи 35 нафар гипертония касаллиги ташхиси билан диспансер назоратида турувчи беморларда (назорат гуруҳи, НГ) йилнинг турли фаслларида, турли даражадаги ҳаво ҳароратларида гипертония касаллигининг кечишига таъсир кўрсатувчи омиллар ўрганилди. Биринчи гуруҳ гипертония касаллиги билан диспансер назоратида турувчи беморлар 80 нафар ва назорат гуруҳи гипертония билан оғриган 70 нафар беморлар иштирок этди. Лаборатор таҳлиллар умумий қон таҳлилида текшируви учун аппарат Mini Screen P, қон шакли элементлари PrimioStar, ZEIZZ микроскопи, Шунингдек тақиқодда қон биокимёвий таҳлили Miniscreen P, Италия, 2007, ВА-88А, Хитой, 2017, Центрифуга TDZ4-WS, Хитой, 2007 йилда ишлаб чиқарилган аппаратуралар ёрдамида олиб борилди. Беморлар соматик ҳолати, УЗИ доплер, ЭКГ электрокардиограф Сонтест, модел ЕСГ300Г, Ангиография Электрон-оптик ёйсимон қурилма билан (ЭОП) - Бриво С “С” шакли ёй билан ОЕС – текширилиб клиник ташхислар тасдиқланди.

Клиник, инструментал ва лаборатор текширувлардан ўтган беморлар ҳар фаслнинг 10 кунли давомида артериал қон босими ва пульс назорати ўтказилди. Текширув 2 гуруҳда, 3 турдаги ёш оралиғидаги 50-60 ёш, 60-70 ёш ва 70-80 ёшларда, сутканинг маълум вақтларида эрталаб 08:00, 14:00 ва кечки 20:00 ларда ўтказилди. Гуруҳлардаги барча беморлар АПФ ингибитори эналапирил 5 мг, 1 таблеткадан 2 маҳал ва антиагрегант ацетилсалицил кислота



75 мгдан 1 маҳал қабул қилиш фонида олиб борилди. Ҳаво ҳарорати натижалари ҳудудий гидрометеорология марказлари ҳулосалари асосида белгиланди.

Таҳлил ва натижалар. Иссиқ ҳаво ҳарорати таъсирида чўл ҳудудида яшовчи асосий гуруҳ беморларида ўртача ёш $59,8 \pm 2,1$, жинс нисбати аёллари 1,2:1 эркалар, ҳарорат $44,2 \pm 3,2$ °C бўлганда барча ёш гуруҳларида артериал қон босими эрталаб 08:00 да систолик қон босими $154,8 \pm 2,19$ мм.с.у, диастолик қон босими $94,9 \pm 1,74$ мм.с.у, пульс $88 \pm 4,2$ \минут 14:00 да систолик қон босими $146,6 \pm 2,17$ мм.с.у, диастолик қон босими $92,4 \pm 1,71$ мм.с.у, пульс $84 \pm 2,2$ \минут 20:00 систолик қон босими $144,3 \pm 2,13$ мм.с.у, диастолик қон босими $89,1 \pm 1,69$ мм.с.у, пульс $80 \pm 3,1$ \минут ни ташкил этиб, шу кунларда назорат гуруҳида ўртача ёш $57,8 \pm 2,2$, жинс нисбати аёллари 1,1:1 эркалар ҳудуд ҳарорати $39,8 \pm 2,2$ °C ни ташкил этиб барча ёш гуруҳларида ўртача артериал қон босими эрталаб 08:00 да систолик қон босими $147,8 \pm 2,12$ мм.с.у, диастолик қон босими $90,9 \pm 1,54$ мм.с.у, пульс $85 \pm 3,5$ \минут 14:00 да систолик қон босими $141,6 \pm 2,14$ мм.с.у, диастолик қон босими $88,4 \pm 1,71$ мм.с.у, пульс $82 \pm 3,2$ \минут 20:00 систолик қон босими $137,3 \pm 2,13$ мм.с.у, диастолик қон босими $86,1 \pm 1,69$ мм.с.у, пульс $78 \pm 1,9$ \минут эканлиги кузатилди. Шунингдек артериал қон босими ўзгаришига мувофиқ равишда беморнинг субъектив ва объектив клиник кўрсаткичларида ҳам ўзгаришлар қайд этилди.

Хулоса:

Клиник текширувлар натижасида иссиқ иқлимли ҳудудларда куннинг дастлабки қисмида яъни эрталаб, артериал қон босими куннинг тушлик ва кечки вақтларига нисбатан юқори бўлиши кузатилди.

Шунингдек иссиқ иқлимли ҳудудларда шаҳар аҳолисига нисбатан сутканинг барча вақтларида артериал қон босимининг юқорилиги ва мос равишда клиник белгиларнинг намоён бўлиши кузатилди.

Адабиётлар рўйхати:

1. А.Ж. Ажмуханбетова, М.С.Баядилов. Риск осложнений артериальной гипертензии в условиях жары. Батыс Қазақстан медицина журналы 58 (2) 2018. 14-18 с.
2. Ревич Б.А., Шапошников Д.В., Галкин В.Т. и др. Воздействие высоких температур атмосферного воздуха на здоровье населения в Твери. Гигиена и санитария 2005;2:20-24.
3. Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. Global and regional mortality from causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2095-2128.
4. Mena L.J., Maestre G.E., Hansen T.W., et al. The behalf of the International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators How Many Measurements Are Needed to Estimate Blood Pressure Variability Without Loss of Prognostic Information? Am. J. Hypertens 2014;27(1):46-55.



UDC: 616.831-005.4:616.379-036.82

QANDLI DIABET FONIDA KECHUVCHI ISHEMIK INSULTLARDA ERTA REABILITASIYA XUSUSIYATLARI

Feruz G'iyosovich Ro'ziev, Fattoev Nozim Bahodirovich.

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali,

e-mail: feruz.sertus@gmail.com

mob.tel.:+998912400003

Annotatsiya: *Ishemik insultning o'tkir davrida qandli diabet (QD) bilan kasallangan 80 nafar bemor va aniqlanmagan diabet bilan kasallangan 70 nafar bemor tekshirildi. Barcha bemorlar sub'ektiv, ob'ektiv, klinik-instrumental va neyropsikologik tekshiruvlardan o'tadilar. Bemorlarga murakkab erta rehabilitatsiyada tavsiya etilgan psixologik rehabilitatsiya, terapevtik mashqlar va fizioterapevtik muolajalarning ahamiyati va farqlari baholanadi.*

Kalit so'zlar: *ishemik insult, qandli diabet, davolovchi mashqlar, fizioterapiya, psixologik rehabilitatsiya, neyropsikologik testlar.*

Maqsad

Zamonaviy nevrologiyaning dolzarb va ustuvor muammolari orasida insult iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda sezilarli darajada tarqalishi, yuqori o'lim va nogironlik, shuningdek, davolanish va rehabilitatsiya uchun yuqori moliyaviy xarajatlar tufayli etakchi o'rinni egallaydi. Har yili dunyoda insult 20 millionga yaqin odamga uchrab, ulardan 4,7 million kishi vafot etadi, to'rtinchi qismi esa iqtisodiy rivojlangan mamlakatlar aholisidir. Rossiyada har yili 450 000 ga yaqin odamda insult rivojlanadi, ulardan 100 000 dan ortiq kishi ikkinchi marta insultni boshdan kechiradi. Shvetsiyada bo'lib o'tgan o'tkir serebrovaskulyar bilan og'rigan bemorlarni parvarishlash bo'yicha Umumevropa yig'ilishi kelgusi o'n yillikda takroriy insultlardan o'limni 40% ga kamaytirish va shu bilan birga o'lim darajasini kamaytirish, o'ziga xizmat qilish qobiliyatini 70% ga tiklash kabi natijalar vazifasini qo'yilgan [1].

Tadqiqot maqsadi: ishemik insult qandli diabet bilan kechishda erta rehabilitatsiya jarayonining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish va erta rehabilitatsiyaning xavfsiz va samarali usullari tizimini yaratish.

Material va usullar. Tadqiqotimizning ilmiy maqsadi va vazifalarini hal etish maqsadida 2020-2021-yillarda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filialida, shoshilinch nevrologiya va neyroreanimatsiya bo'limlarida o'tkir serebrovaskulyar etishmovchlik, ishemik insult tipidagi 150 nafar bemorni tekshirish va tahlil qilish natijalari taqdim etilgan. Qandli diabet fonida ishemik insult bilan og'rigan bemorlar I guruh (Asosiy) (AG) 80 bemorlar, ayollar va erkaklar nisbati 1:1,1 va o'rtacha yoshi $62,3 \pm 6,2$, II guruh (nazorat) (NG) 70 nafar qandli diabet bo'lmagan, jinsi nisbati 1: 2,5 ayollar va erkaklar ustunligi bilan, o'rtacha yoshi $61,2 \pm 6,9$ yoshni tashkil qildi.

Ikkala guruhdagi bemorlarga birinchi yordam ko'rsatildi va standart davolash muolajalari bilan birgalikda davolovchi mashqlar tavsiya etildi. Bemorning holati tadqiqotning 1-2 va 7-10 kunlarida Bartel, NIHSS shkalasi yordamida baholandi.

Bemorlarning somatik holati, ultratovushli Doppler, Sono Scape, SSI 5000, MSCT GE - REVOLUTION EVO (64 kesish) General Electric (GE Healthcare) AQSh, 2019 yil, EKG elektrokardiograf Contect, ECG300G modeli, Angiografiya Elektron-optik prevo OES bilan C - klinik ttashxisi tasdiqladi.

Quyidagi bemorlar guruhida mos ravishda ratsional psixoterapiya, emotsional psixoterapiya va psixologik suhbat usullari asosida psixologik rehabilitatsiya amalga oshirildi. Ikkala guruhda bemorlarning aksariyati psixologik suhbatlar orqali psixologik rehabilitatsiyadan o'tdi. AG qon aylanish buzilishi va diabetik ensefalopatiya belgilarining nisbatan ko'pligi, bemorlarda yuqori darajadagi tashvish tufayli psixologik suhbat usuli keng qo'llanilgan.

Bemorlarda erta rehabilitatsiya dasturi vertikalizatsiya, psixologik yordam, fizioterapiya va davolovchi mashqlar shaklida amalga oshirildi. Bemorlar somatik holatiga, PLR va BPS test natijalariga ko'ra passiv, faol passiv qo'lda va faol vertikalizatsiya usullaridan foydalangan holda vertikalizator apparati va funksional kravat yordamida davolandilar. Fizioterapevtik muolajalar Magneter AMT-02 past chastotali magnitoterapiya apparati yordamida chastotasi $50 \pm 0,5$ Gts,



magnit maydoni 30 +/- 7,5) mTl kengligi, davolash davomiyligi 10 minut, elektrostimulyator elektrostimulyatori 30%, modulyatsiya davomiyligi 50 “ 2: 3”, tokning oqimi 20 mA, davolash davomiyligi 10 minut davomida. Nevrologik holatni baholash uchun Milliy Sog’liqni saqlash institutlarining NIHSS shkalasi ishlatilgan. (T. Brott, N. R. Adams, 1989). Bemorning hayot sifatini baholash uchun Bartel indeksi (DW Barthel, 1965) ishlatilgan. Bemorning yotqizilgan vaqtidagi somatik o’zgarishlari, erta reabilitatsiya tadbirlari boshlanishida va bemorni shoshilinch nevrologiya bo’limidan chiqarish vaqtidagi klinik va nevrologik holati o’rganildi.

Davolovchi mashqlar erta reabilitatsiyaning eng muhim yo’nalishlaridan biridir. Tadqiqot guruhlarida ishemik insultning o’tkir davrida qo’llanilishi mumkin bo’lgan va qandli diabetda foydalanishga qarshi bo’lmagan faol bo’lmagan davolovchi mashqlar va nafas olish gimnastikasi mashqlari tavsiya etilgan. Bemorning holati PLR va BSP test, laborator tahlillar natijalarini hisobga olgan holda davolovch mashqlarni tavsiya qilindi va mutanosib ko’rsatkichlar mavjud bo’lganda davolash boshlandi.

Natijalar . Qandli diabet fonida ishemik insult bilan og’rigan bemorlarning asosiy guruhida, nazorat guruhidagi bemorlardan farqli o’laroq, erta reabilitatsiya choralari nazorat guruhida 21,4%, 13,3%, ortostatik etishmovchilik 42,8%, nazorat guruhida 20%, giperglikemiya. 30,9% va diabetik neyropatiyalarning 95,2% 1-3 kunlik kechikish jarayonini keltirib chiqardi. Bartel indeksi bo’yicha erta reabilitatsiya operatsiyadan oldin asosiy guruhda $61,3 \pm 9,9$, nazorat guruhida $68,3 \pm 8,34$, reabilitatsiyadan keyin asosiy guruhda $72,2 \pm 10,1$ va nazorat guruhida $87,2 \pm 8,78$ ni tashkil etdi. Dastlabki NIHSS ko’rsatkichlari reabilitatsiyadan so’ng asosiy guruhda $9,9 \pm 2,1$, nazorat guruhida $8,2 \pm 1,8$, asosiy guruhida $6,7 \pm 2,3$ va nazorat guruhida $3,8 \pm 1,2$ ni tashkil etdi.

Xulosa. Qandli diabet fonida ishemik insult nisbatan chuqur nevrologik tanqislik bilan tavsiflanadi va reabilitatsiya choralari natijasida tiklanish ko’rsatkichlari nazorat guruhiga qaraganda past bo’ladi.

ADABIYOTLAR RO’YXATI:

1. Тушемилов В.В., Повторный ишемический инсульт: факторы риска, прогнозирование и профилактика, диссертация, 2009 г.

William J., Alejandro A., Rabinstein M.D. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke, 2019 Update, // Guidelines for Management of AIS, 2019, — P.346-416.

3. Nurdan Paker, Derya Buğdaycı, Berna Zelik, Feride Sabırlı, Ayşe Nur Bardak, Turk J. Functional recovery in stroke patients with and without diabetes mellitus, // Phys Med Rehab, 2016;62, №3, P.201-205.

4. Moshir Rahman Khasru, A. K. M. Salek, Mohammad Moniruzzaman, Tangila Marzen Early versus late rehabilitation for stroke survivors: A prospective study, // BSMMU J 2017; 10: P. 204-209.

5. Rakhmatova Dilbar Ismatilloevna, Narzilloeva Sitara Jakhongirovna The effectiveness of neuroprotective therapy in ischemic stroke // European journal of modern medicine and practice Vol.2 №1, 2022, P. 17-21

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 31.05.2022

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