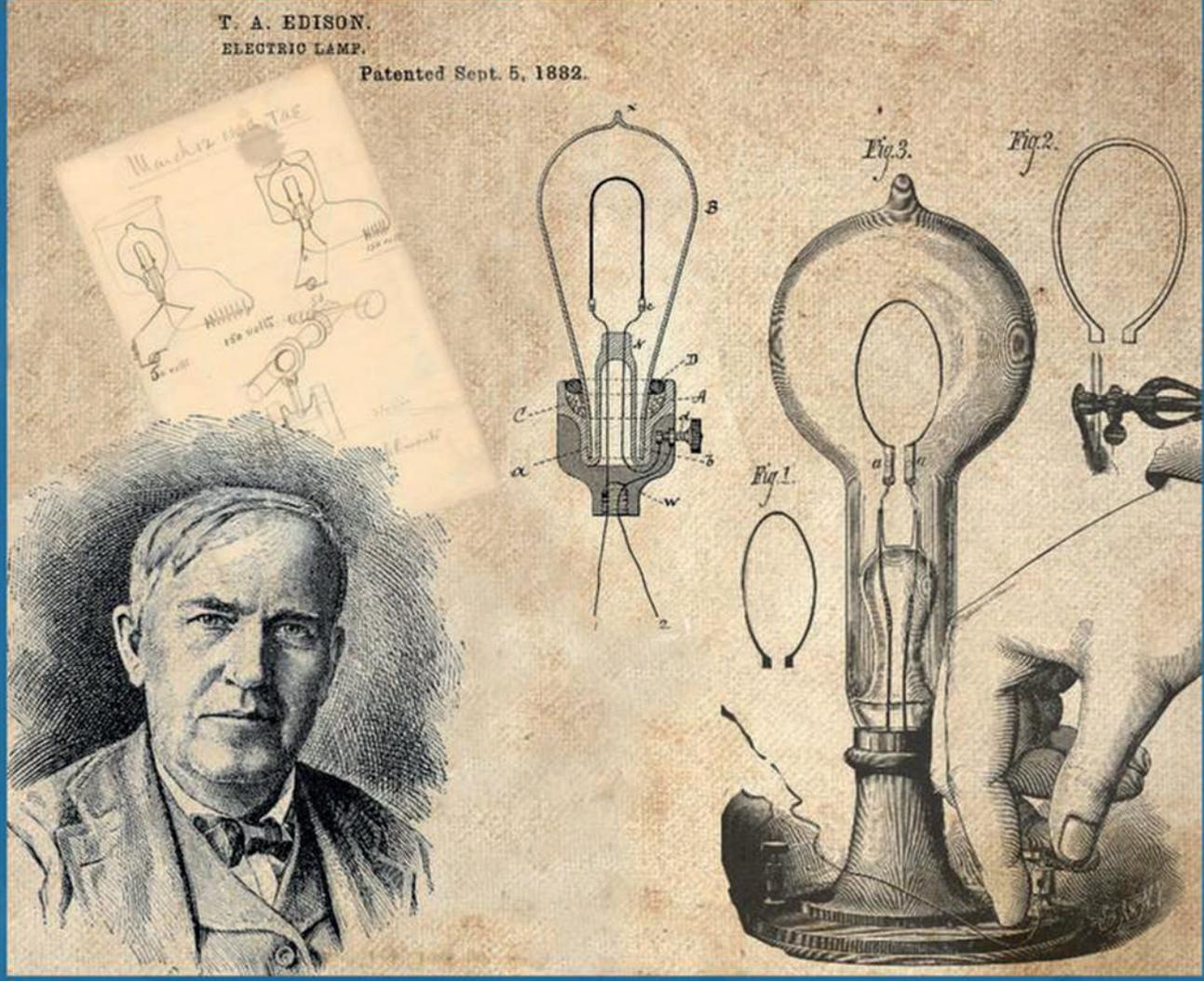


# YANG O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

CONFERENCES.UZ 2023

DAVRIYLIGI: 2018-2023

DUNYODA BIRINCHI KASHF ETILGAN ELEKTR CHIROG'



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORIJY OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI, YOSH OLIMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IQTIDORLI TALABALAR

 TOSHKENT SHAHAR, AMIR TEMUR KO'CHASI, PR.1, 2-UY.  
 +998 97 420 88 81  
+998 94 404 00 00  
 WWW.TAQIQOT.UZ  
WWW.CONFERENCES.UZ

 IYUN №53

**ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН:  
ИННОВАЦИЯ, ФАН  
ВА ТАЪЛИМ  
18-ҚИСМ**

---

**НОВЫЙ УЗБЕКИСТАН:  
ИННОВАЦИИ, НАУКА  
И ОБРАЗОВАНИЕ  
ЧАСТЬ-18**

---

**NEW UZBEKISTAN:  
INNOVATION, SCIENCE  
AND EDUCATION  
PART-18**

**ТОШКЕНТ-2023**



УУК 001 (062)  
КБК 72я43

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” [Тошкент; 2023]

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги республика 53-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 июнь 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 22 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган етти устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофиқ:– 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 тахтил қилинган конференцияси.

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

#### **1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши**

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

#### **2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар**

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

#### **3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар**

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

#### **4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни**

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

#### **5. Давлат бошқаруви**

Доцент Шакирова Шохида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

#### **6. Журналистика**

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

#### **7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар**

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



**8.Адабиёт**

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

**9.Иқтисодиётда инновацияларнинг туган ўрни**

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

**10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар**

Турсунназарова Эльвира Тахировна Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети Хорижий тиллар факультети ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари

**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, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

**20.Ветеринария**

Жалилов Фазлиддин Содиқович, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

**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**

Проф. Хамидов Муҳаммадхон Ҳамидович «ТИИМСХ»

**24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар**

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш муҳандислари 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: Шаҳрам Файзиев

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

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ  
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

<b>1. Qudratova Vazira G'afurovna, Jalilov Nabijon Abdiyevich</b> JAROHATLANISHLAR TURLARI VA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING UMUMIY QOIDALARI .....	7
<b>2. Ражабов Илхом Бахром огли</b> ЧАСТОТА ПОСТКОВИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА .....	9
<b>3. Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович. Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович</b> ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КЕКСАЛАР ВА НОГИРОНЛИГИ БЎЛГАН ШАХСЛАРНИ МАНЗИЛЛИ ИЖТИМОЙИ ҲИМОЯСИ .....	11
<b>4. Ражабов Илхом Бахром огли</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА .....	14
<b>5. Толипова Зиёда Боходировна</b> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ БЕЛКО- ВОМ ГОЛОДАНИИ И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВЫМ АМИНОКИСЛОТНЫМ КРОВЕЗА- МЕНИТЕЛЕМ. ....	16
<b>6. Толипова Зиёда Боходировна</b> ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРЫ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ БЕЛКО- ВОМ ГОЛОДАНИИ И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВЫМ АМИНОКИСЛОТНЫМ КРОВЕЗА- МЕНИТЕЛЕМ. ....	18
<b>7. Шукуров Бахтиёр Кодирович</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВИТИЛИГО.....	20



## БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

### JAROHATLANISHLAR TURLARI VA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING UMUMIY QOIDALARI.

**Qudratova Vazira G'afurovna ,  
Jalilov Nabijon Abdiyevich**  
Buxoro Abu Ali ibn Sino nomidagi  
jamoat salomatligi texmikumi o'qituvchisi

**Annotatsiya:** Jarohdlanganlarga birinchi yordam ko'rsatishdan oldin qo'yidagi ishlarni bajarish lozim: y jarohatlanish sabablarini yo'qotish (masalan, jarohatlanuvchini gazlar, zaharlar to'lgan xonadan olib chiqish); elektr simini olish (elektr toki urganida; jarohatlanuvchining ahvolini yomonlashtiradigan barcha narsalarni yo'qotish (jarohatlanuvchi ustidagi yukni, devor parchalarini olish, xonadan yoki yonayotgan joydan olib chiqish); y jarohatlanuvchining umumiy ahvolini aniqlash va birinchi navbatda odam hayoti va salomatligiga eng ko'p xavf tug'dirayotgan narsani yo'qotish (masalan, arteriyalar kesilganida qon oqishini to'xtatish, nafas olish to'xtab qolgan va yurak faoliyati buzilgan bo'lsa, sun'iy nafas oldirishni yoki yurakni uqalashni boshlash va h.k.);

**Kalit so'zlar:** Gazlar, zaharlar, jarohat, sun'iy nafas, bog'lam qo'yish, Vena va kapillyar qon oqish, sanitariya zambili, Pestisidlar, transport immobilizatsiyasi

Jarohdlanganlarga birinchi yordam ko'rsatishdan oldin qo'yidagi ishlarni bajarish lozim: y jarohatlanish sabablarini yo'qotish (masalan, jarohatlanuvchini gazlar, zaharlar to'lgan xonadan olib chiqish); elektr simini olish (elektr toki urganida; jarohatlanuvchining ahvolini yomonlashtiradigan barcha narsalarni yo'qotish (jarohatlanuvchi ustidagi yukni, devor parchalarini olish, xonadan yoki yonayotgan joydan olib chiqish); y jarohatlanuvchining umumiy ahvolini aniqlash va birinchi navbatda odam hayoti va salomatligiga eng ko'p xavf tug'dirayotgan narsani yo'qotish (masalan, arteriyalar kesilganida qon oqishini to'xtatish, nafas olish to'xtab qolgan va yurak faoliyati buzilgan bo'lsa, sun'iy nafas oldirishni yoki yurakni uqalashni boshlash va h.k.); y agar bemorga xavf tug'ilmaydigan bo'lsa, birinchi tibbiy yordami ko'rsatishda uni ko'zg'atmaslik; y xushidan ketganda tashlab ketmaslik;

birinchi yordam ko'rsatish uchun jarohatlanganning kiyimini yechishda yoki yaralangan joyidagi kiyimini qirgishda juda ehtiyot bo'lish zarur; y jarohatlanganni avaylash. y Arteriyadan oqadigan qon och qizil rangli, kuchli qon oqimi bosim ostida beto'xtov otilib turadi. Arteriyadan qon oqqanda, yirik arteriyalar. jarohatlanganda tezlikda yordam ko'rsatish zarur. Birinchi navbatda tomirni

barmoqlar bilan qattiq bosib, suyakka siqish kerak. Bog'lam qo'yishda quyidagi ishlarni bajarish lozim: y teriga bir necha qavat qilib taxlangan latga (dastro'mol) qo'yish; y bog'lamni qon to'xtaguncha tortish; y bog'lam ostiga kun 24 soat deb hisoblaganda u qachon qo'yilganligi aniq yozilgan (masalan, 05 soat 35 min.) qog'oz qo'yish. qon oqqanda arteriyalarning va tizza bo'kishidan siqib 116 qo'yiladigan joylari: 1-tirsakka oid; 2-nurli; 3-elkaga oid; 4-o'mrov-osti; 5-o'ng uyquga oid; 6-kurak; 7-chakkaga oid; 8-chap uy-quga oid; 9-birinchi qo'l ostidagi; 10-o'ng songa oid; 11-chap songa oid; 12-orqa katta songa oid; 13-oyoq kafti oyoq (a) va qo'llardan (b) qon oqqanda jgut qo'yish venadan oqadigan qon to'q rangli bo'ladi, yaradan otilib chiqadi, kapillyardan qon ozroq miqdorda sekin chiqadi. Vena va kapillyar qon oqishini to'xtatishda bosib turadigan bog'lam qo'yishning o'zi kifoya. Jarohat atrofidagi teriga yod surtiladi, sterillangan bint parchasi yoki toza ip-gazlama qo'yiladi va bint bilan mahkam bog'lanadi. Qorinning ustki qismi va bo'shlig'ining ichi shikastlanganda bemor sanitariya zambiligiga chalqanchasiga yotqiziladi, tizzalari biroz bukiladi. Jarohatning butun yuzasiga katta doka (toza adyol, sochiq) yopish va yarani bint bilan yaxshilab bog'lab qo'yish kerak. Jarohatlanganga suv berish va yarani suv bilan



yuvish yaramaydi. Ko`krak qafasi ichida o`pka, yurak hayot uchun xavfli darajada jarohatlangan bo`lishi mumkin. Teri atrofidagi jarohatga yod eritmasi surtilgandan keyin uning ichiga havо kirmasligi uchun zich yopishib turadigan bog`lam qo`yiladi. Buning uchun jarohat ustiga havо o`tkazmaydigan material ho`yib, ustidan 3-4 havat sterillangan ro`molcha yoki bint va paxta qo`yiladi. Shundan keyin jarohat bint bilan qattiq bog`lab qo`yiladi. Agar shikastlangan kishining ko`ziga biror o`tkir narsa tegib jarohatlangan bo`lsa, u holda dokali tiqin qo`yib darhol kasalxonaga jo`natish kerak. Ko`zga xas-cho`p tushganda uni qo`l bilan artish yaramaydi. Bug`imlarga ziyon yetishi-shish hosil bo`ladi. Teri ko`karadi, og`riq paydo bo`ladi. Bunday holatda bemor harakat kilmasligi lozim jarohatga muz qo`yiladi. Kishi issiqlik, kimyoviy yoki elektr manbalaridan biror joyini kuydirib qo`ysa jarohatlangan joyni kaliy permanganat eritmasi yoki ichimlik sodaning 2% li eritmasi bilan xo`llash lozim. 2- va 3-darajali kuyishlarda terining shu joyiga kaliy permanganat eritmasi surtiladi, quruq sterillangan bog`lam qo`yiladi va darhol shifoxonaga yuboriladi. Kimyoviy kuyishlarda tananing kuygan qismini suv bilan kamida 20 minut yuvish kerak. Shundan keyin sodaning 2% li eritmasi yoki borat yoxud sirka kislotalarning 1% li eritmasi bilan qo`llangan nam bog`lam qo`yiladi. Pestsidlar bilan zaharlanganda, jabrlanuvchini pestisid sepilgan daladan ochiq havoga olib chiqish va teriga tushgan bo`lsa, u holda terini suv oqimi bilan yuvish yoki artib tashlash lozim. Agar pestisid organizmga oshqozon-ichak yo`lidan o`tgan bo`lsa, jabrlanuvchiga bir necha stakan suv yoki kaliy permanganatning och pushti eritmasi ichiriladi va og`izga barmoqni tiqib qayt qildiriladi (2-3 marta). Shundan keyin 2-3 qoshiq aktivlangan ko`mir bilan yarim stakan suv, so`ngra surgi (20 g taxir tuzning 0,5 stakan yeuvdagi eritmasi) ichiriladi. Nafas olish susayganida novshadil spirti qidlatiladi, nafas olish to`xtaganida sun`iy nafas oldiriladi. Chang va zaharli gazlar ta`siri natijasida zaharlanish kishiga hid sezish va xis etish organlarini qo`zg`atadi, shuningdek, umumiy holsizlanish paydo bo`ladi. Zaharlanishni eng birinchi belgilaridan bosh og`rishi, ko`ngil aynishi, boshda og`irlik va quloqda shovqin paydo bo`lishi, bosh aylanishi va yurak urishining tezlashishidir. Zaharlangan odamning zaharlangan muhitda bo`lishining davom etishi uni yana ham holsizlantiradi, uyhuga tortadi, nafas olishi uzuh-uzuh bo`ladi, tomir tortishi paydo bo`ladi va nafas olish markazining falajlanishidan o`lim yuzaga keladi. Jabrlanuvchida zaharlanish alomatlari paydo bo`lishi bilan uni toza havoga olib chiqish, sovuq kompressni boshiga qo`yish va novshadil spirtini hidlatish lozim. Yuzaki sust nafas olishda yoki u to`xtaganda sun`iy nafas oldiriladi. Zaharlanganda birinchi navbatda nafas olish yo`li, teri, oshqozon-ichak trakti orqali zaharli moddalarning o`tishi to`xtatiladi. U teriga tushishi bilan suvda yuvib tashlanadi. Agar zahar oshqozon-ichak trakti orqali organizmga o`tsa, bir necha stakan iliq suv yoki kuchsiz kaliy permanganat aralashmasi ichiriladi, ya`ni ko`ngil aynashini to`xtatish uchun. Undan keyin yarim stakan suvni ikki-uch qoshiq aktivlashtirilgan ko`mir bilan ichiriladi. Qustirish uchun iliq suv yoki kuydirilgan magneziiy eritmasi beriladi va jabrlanuvchining oshqozon atrofi uqalanadi, so`ngra jabrlanuvchiga xom tuxum beriladi. GXSG va rux fosfidi bilan zaharlanganida sut tavsiya etilmaydi. Jabrlanuvchiga ichni yumshatadigan tuz glauber yoki angliyskiy) berish mumkin, zahar kuchini yanada oshirib yubormaslik uchun zigir moy (kanakunjut moyi va shunga o`xshashlarni) bermaslik kerak. Jabrlanuvchining yuragi xasta hollarda unga efirli valerian tomchisi beriladi.

#### **JAROHATLANGANDA BIRINCHI YORDAM KO`RSATISH**

Jarohatlanganda 1 yordam ko`rsatish asosan qon oqishini vaqtincha to`xtatish ( bog`lam, jgut) va infeksiya tuhshishining oldini olish tashkil etadi.

Jarohatga bog`lam qo`yishdan oldin gavdaninig shu qismidagi kiyim yoki poyafzalni ehtiyotlik bilan echish lozim.

Vaqtinchalik qon tuxtatishdan so`ng transport immobilizatsiyasi tegishli qoidalar asosoda bajarilishi va bemor davolash muassasalariga yotqiziladi.

Shifokor kelguncha beriladigan yordamni tibbiyot xamshirasi jarohat yuz bergna joyda tug`ri ko`rsata bilishi kerak. Keyin bemorga qoqsholga qarshi zardob yuborish, uni ixtisoslashgan davolash muassasiga jo`natish kerak.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. G`.E.G`oipov Mehnat muhofazasi. T., "Mehnat" 2000y
2. O.Qudratov, T.G`aniev Hayotiy faoliyat xavfsizligi T., "Mehnat" 2004
3. Yu.Dodoboev, M.Hamidov. qishloq xo`jaligi ishlab chiqarishda mehnat mu`hofazasi.T., "Mehnat" 2000y
4. G.I Belyakov Oxrana truda .M., "Agropromizdat" 1990 .



## ЧАСТОТА ПОСТКОВИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

**Ражабов Илхом Бахром огли**  
самостоятельный соискатель,  
Научно-исследовательского института  
Вирусологии Республиканского специализированного  
научно-практического медицинского центра  
эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и  
паразитарных заболеваний, Ташкент, Республики Узбекистан  
Телефон: +998(97) 746 55 04  
taxirova67@mail.ru

**Анотация.** Анализ частоты выявления постковидных состояний в различных возрастных группах показал, что у детей формируются постковидные осложнения, проявляющиеся в сроки до 4-6 мес, в зависимости от эффективности полученных терапии.

**Ключевые слова:** COVID-19, постковидное состояние, интоксикация, коронавирус у детей, возрастная особенность, инфекция, SARS-CoV-2.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) вирусные заболевания представляют серьезную проблему для общественного здоровья. [1,2]. Мнение о том, что дети заражаются и болеют новой инфекцией, но значительно реже и легче взрослых было озвучено практически всеми исследователями, которые занимались проблемой COVID-19 у детей [3,5]. Особое внимание уделено вопросам клинического мониторинга детей при их нахождении в непрофильном стационаре. Для ребенка, входящего в группу среднего или низкого риска, аналогичные диагностические критерии применялись после исключения гриппа и инфекций дыхательных путей другой этиологии [4,6].

Целью исследования явилось: Выявить особенности течения COVID-19 у детей 6-18 лет, стратифицировать факторы риска прогрессирования заболевания и развития постковидных состояний.

Для достижения поставленной цели и решения задач нами обследованы 201 ребенок с диагнозом COVID-19 в возрасте от 6 до 18 лет. Группы больных подбирали методом случайной выборки по мере их поступления в стационар. Мальчиков было 105 (52,2%), девочек 96 (47,8%).

Диагноз верифицирован на основании эпидемиологического расследования, анамнестических и клинических данных, лабораторных показателей и выявления серологических маркеров COVID-19 методом ПЦР тестирования в специализированной клинике «Зангиота 1» с легким и среднетяжелым течением болезни. По возрастному фактору, пациенты были разделены на 3 группы (6-10 лет, 11-14 лет и 15-18 лет).

Мы проанализировали возможные постковидные состояния у обследованных детей в сроки от 4 до 6 мес. после выписки из стационара. Опросом по телефону и анкетированием из 201 обследованных ранее детей удалось опросить 127 (63,2%) реконвалесцентов, из которых 62 ребенка были из основной группы, получивших дополнительно к комплексной терапии заболевания препарат Рутан 25 мг 2 раза в сутки. Опросная анкета была составлена на основании преваляровавших во время болезни симптомов заболевания, а также дополнена наиболее часто регистрируемыми постковидными проявлениями, описываемыми в литературных источниках. В основной группе девочек было 28 (45,1%), мальчиков – 34 (54,9%), в группе контроля 28 (43,1%) и 37 (56,9%) соответственно. Группы были рандомизированные, что обуславливало достоверность полученных данных.

**Результаты.** Анализ частоты выявления постковидных состояний в различных возрастных группах показал, что в основной группе больных более часто постковидные состояния регистрировали у пациентов подростковой группы 15-18 и 11-14 лет, в группе детей 6-10 лет частота постковидных состояний встречалась реже. В контрольной группе детей, не получавших Рутан, частоте постковидных симптомов наиболее часто регистрировали в группе детей 6-10 ( $P < 0,05$ ) и 15-18 лет, в группе 11-14 лет эти симптомы встречались реже. Однако при перекрестном сравнении во всех возрастных группах по частоте и



выраженности постковидных проявлений преобладали дети контрольной группы ( $P < 0,05$ ). По результатам исследования установлено, что у пациентов, получавших препарат Рутан в 13 случаях (20,97%) отмечались ряд клинических симптомов болезни, таких как продолжительная слабость, быстрая утомляемость, ОРВИ в сроки до 1 мес после COVID-19.

**Вывод.** У детей 6-18 лет, перенесших COVID-19 в 30,7% случаев формируются постковидные осложнения, проявляющиеся в сроки до 4-6 мес в виде астено-вегетативных (26,8%), воспалительно-болевых (10,2%), респираторно-катаральных (7,9%) и других проявлений (11,0%), которые наиболее часто встречаются у детей подростковой группы (15-18 лет).

**Список используемых литературы:**

1. Абрамов, А. В., Багдасарян, В. Э., Бышок, С. О., Володенков, С. В., Евстафьев, Д. Г., Егоров, В. Г., ... & Прокофьев, В. Ф. (2020). Пандемия COVID-19: конец привычного мира? Вестник Московского государственного областного университета, (2), 3-83.
2. Анджапаридзе А., Бургасова О.А. Медицинские препараты для профилактики COVID-19 и подходы к терапии на ранних стадиях инфицирования//Врач, 2020.-N 5.-С.70-72.
3. Фурман Е.Г. Коронавирусная инфекция Covid-19 и дети // Педиатрия, 2020.-N 3.-С.245-251.
4. Lobritto, S., Danziger-Isakov, L., Michaels, M. G., & Mazariegos, G. V. Impact of COVID-19 pandemic on pediatrics and pediatric transplantation programs //Frontiers in Pediatrics. – 2020. – Т. 8. – С. 837.
5. Namazova-Baranova L. S. Coronaviral Infection (COVID-19) in Children (Situation on April 2020). Pediatric pharmacology. 2020;17(2):85–94. (In Russ.) Doi:10.15690/pf.v17i2.2094



## ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КЕКСАЛАР ВА НОГИРОНЛИГИ БЎЛГАН ШАХСЛАРНИ МАНЗИЛЛИ ИЖТИМОЙ ҲИМОЯСИ

**Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович.**

к.м.н., доцент. Эл.почта najmitdinnov@mail.ru

**Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович.**

к.м.н., доцент. Эл.почта mirmuhiddin.701@gmail.com

**Аннотация:** Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 мартдаги Кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни ижтимоий қўллаб -қувватлаш, “Саховат ва Мурувват” интернат уйлари тизимини янада ривожлантириш тўғрисидаги ПФ-6195-сонли Фармони ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 27.11.2021йил, Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати фаолияти ҳамда болаларга ногиронликни белгилаш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисидаги ПК-22 – сонли қарори Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати ташкилий тузилмасини ва фаолиятини ташкил этишга оид норматив-ҳуқуқий ҳужжатларни тасдиқлаш тўғрисида Вазирлар Маҳкамасининг 2022 йил “8” февралдаги 62 -сон қарори ижросини таъминлаш мақсадида кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни манзилли ижтимоий ҳимоясига қатта эътибор қарилган.

**Калит сўзлар:** кексалар, ногиронлиги бўлган шахслар, ижтимоий ҳимоя.

Кейинги **5 йилда** республикада кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни манзилли ижтимоий ҳимоя қилиш борасида **амалга оширилган ислохотлар аниқ натижаларга олиб келди.** Бу ишларнинг барчасининг негизида Муҳтарам Юртбошимизнинг кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларнинг тақдири, уларнинг муаммоларига бўлган алоҳида эътибори, меҳри ётади.

**Норматив-ҳуқуқий база такомиллаштирилди ҳамда жаҳон андозаларига мослаштирилди;**

*Ўзбекистон Республикасининг “Ногиронлиги бўлган шахсларнинг ҳуқуқлари тўғрисида”ги ҳамда Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг “Ногиронлар ҳуқуқлари тўғрисидаги конвенцияси”ни ратификация қилиш тўғрисида”ги Қонунлари қабул қилинди.*

Жорий 2022 йилнинг ўзида соҳа ривожини таъминлашга қаратилган Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2 та Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 4 та қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 1 та Қарори, 5 та идоравий норматив ҳуқуқий ҳужжатлар тасдиқланди.

**Шунингдек, бугунги кунда:**

“Ижтимоий иш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси **Қонуни лойиҳаси;**

Давлат Божхона қўмитаси билан Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Саховат” ва “Мурувват” интернат уйлари ҳамда Уруш ва меҳнат фахрийлари учун республика пансионати фаолиятини ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги **Фармони лойиҳаси;**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматларни такомиллаштириш ҳамда тиббий-ижтимоий муассасаларнинг фаолиятини ривожлантиришнинг қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида”ги **Фармони лойиҳаси;**

Вазирлар Маҳкамасининг “Спинал мушак атрофияси ташхиси қўйилган уй шароитида даволанаётган бемор болаларни реабилитация техник воситалари билан таъминлаш ва уларга мазкур воситаларни вақтинча текин фойдаланиш учун бериш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида”ги **қарори лойиҳаси ишлаб чиқилди.**

**2017-2022 йилларда** кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни ҳар йили бепул тиббий-ижтимоий хизматлар билан **қамраб олиш кўлами 80 минг** нафардан **120 минг** нафарга (**50 фоизга**) ортди;

ўзгалар парваришига муҳтож **18 минг** нафардан зиёд якка ёлғиз ва ёлғиз истиқомат қилувчи кексалар ва ногиронлиги бўлган шахслар уйда ижтимоий хизмат кўрсатиш билан қамраб олинган;

ўзгалар парваришига муҳтож **4,0 минг** нафардан зиёд якка кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларга бепул тақдим этиладиган асосий **озиқ-овқат ва гигиена воситалари сони 15** тадан **19 тага** оширилди;



жорий йилнинг июнь ойидан бошлаб, 19 турдаги озик-овқат маҳсулотлари ўрнига ҳар ойда ёлғизларнинг пенсиясига 300,0 минг сўмдан компенсация тўловларини амалга ошириш жорий қилинди;

“Саховат” ва “Мурувват” интернат уйларида давлат таъминотига олинган шахслар сони 14,0%га ортиб, 9,3 минг нафарни ташкил этди;

ногиронлиги бўлган шахсларга бепул бериладиган протез-ортопедия буюмлари ва реабилитация техник воситаларининг рўйхати 22 турдан 27 тагача кўпайтирилди;

реабилитация техник воситалари ва протез-ортопедия буюмлари билан таъминлаш деярли 2 баробарга кўпайиб, 40,0 мингтадан ортди. Мухтож фуқароларнинг ўзи танлаган ишлаб чиқарувчидан ушбу маҳсулотларни олишларини таъминловчи тизим жорий қилинди;

санатор соғломлаштирилганлар ва реабилитация қилинганлар 65,0 минг нафарни ташкил этиб, 20,0%га ортди;

тиббий-ижтимоий муассасаларда 340,2 млрд. сўмлик қурилиш-реконструкция ишлари бажарилди.

*Ўзбекистон Республикасининг Президентининг 2022 йил 22 январдаги ПҚ–98-сон қарорига биноан 9 та тиббий-ижтимоий муассасаларда 89,1 млрд. сўм қурилиш, реконструкция ва мукаммал таъмирлаш ишлари амалга оширилмоқда.*

Қарши ва Урганч шаҳарларида ҳар бири 75 ўринли, Бухоро шаҳрида 100 ўринли санаторий, Қумқўрғон туманида болалар учун 150 ўринли “Мурувват” уйи, Термиз туманида 100 ўринли реабилитация маркази янгидан ишга туширилди. Ўзбекистон Республикаси Мустақиллиги байрами арафасида Жиззах вилояти Шароф Рашидов туманида 300 ўринли янги аёллар Мурувват уйи ишга туширилади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 27 ноябрдаги “Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати фаолияти ҳамда болаларга ногиронликни белгилаш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” ПҚ–22-сонли қарорига асосан:

бугунгикун талабларига жавоб бермайдиган эски тиббий-меҳнат экспертиза комиссиялари тизими ўрнига инсоннинг туғилгандан токи умрининг охиригача бўлган даврини тўлиқ камраб олган ягона замонавий тиббий-ижтимоий экспертиза комиссиялари тизимига ўтилди;

ногиронлик белгилари аниқ кўришиб турган, анатомик нуқсонлари бўлган шахсларни клиник-функционал маълумотларни олишга доир қўшимча текширувдан ўтказмасдан туриб, уларга ногиронликни белгилаш, ногиронлиги бўлган шахс деб топилганда, ногиронлик муддатсиз даврга белгилаш тартиби жорий қилинди;

тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати таркибида 18 ёшгача болаларга ногиронликни белгилаш комплексига масъул бўлган 19 та педиатрия тиббий-ижтимоий эксперт комиссиялари ташкил этилди;

2021 йилнинг 1 декабридан бошлаб, тиббий-ижтимоий эксперт комиссиялари ногиронлиги бўлган шахснинг ишлаши мумкин бўлган касблар тўғрисидаги маълумотларни электрон тарзда “Бандлик хизмати” ахборот тизимига юбориш тизими жорий этилди;

2022 йилнинг 1 апрелидан бошлаб, ўзгалар парваришига мухтож 18 ёшгача ногиронлиги бўлган болаларнинг парвариши билан банд бўлган болаларнинг рўйхатини Пенсия жамғармасига электрон тарзда ўтказиш тизими йўлга қўйилди.

Юқорида қайд этилганлар республикада ногиронликни белгилашнинг умумэътироф этилган “Ижтимоий модели”га ўтиш йўлидаги қилинган изчил қадамларга мисол бўлиб хизмат қилади. Бугунги кунда Бирлашган Миллатлар ташкилотининг Тараққиёт дастури, Жаҳон банки, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва ЮНИСЕФнинг техник кўмагини жалб қилган ҳолда ногиронликни белгилашнинг “Ижтимоий модели”га босқичма-босқич ўтиш бўйича Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармони лойиҳаси ишлаб чиқилди.

Тиббий-маслаҳат комиссиялари (ТМК) ва тиббий-ижтимоий экспертиза комиссиялари (ТИЭК) ўртасида электрон маълумот алмашиш жорий қилинмоқда. Хусусан:

2022 йил 1 августдан ногиронлик белгилаш учун зарур бўлган тиббий хулоса ва хужжатларни Тошкент шаҳрида;

2023 йилнинг 1 январидан эса, бу ишларни Қорақалпоғистон Республикаси ва вилоятларда жорий қилинади.

Топшириққа биноан жорий йилнинг 1 сентябрига қадар “Ижтимоий хизмат” электрон платформаси тўлиқ ишга туширилиши режалаштирилган бўлиб, ушбу платформа орқали ногиронлиги бўлган шахсларга электрон тарзда тиббий-ижтимоий хизмат кўрсатилишининг



ҳолати, уларнинг кўлами ва босқичларини реал вақт режимида кузатиб бориш **тизими жорий этилади.**

2021 йилда эшитишда муаммоси бўлиб, ихтисослашган таълим муассасаларида ўқиётган **1,0 минг** нафар болаларга 2,0 дона замонавий, рақамли эшитиш мосламалари, муҳтож ногиронлиги бўлган шахсларга **1,1 мингта** электр юритмали ногиронлик аравачалари, кўзи ожиз болалар ва катталарга **1,8 минг** дона овозли термометр, **2 минг** дона овозли тонометр, **4 минг** дона йигма Брайл алифбоси ҳамда ўзгалар парваришига муҳтож ёлғиз кексалар, ногиронлар оғир ва фавқулудда вазиятларга тушганда уларга тезкор ёрдам кўрсатиш ҳақида хабар бериш учун **5 минг** дона махсус функцияга эга "Ақлли соат"лар харид қилинди ва **муҳтожларга етказилди.** Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, бу ишлар жорий **2022 йилда ҳам давом эттирилмоқда.**

### Адабиётлар

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 25 мартдаги Кексалар ва ногиронлиги бўлган шахсларни ижтимоий қўллаб -қувватлаш, “Саховат ва Мурувват” интернат уйлари тизимини янада ривожлантириш тўғрисидаги ПФ-6195-сонли Фармони.

2. Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати ташкилий тузилмасини ва фаолиятини ташкил этишга оид норматив-ҳуқуқий ҳужжатларни тасдиқлаш тўғрисида Вазирлар Маҳкамасининг 2022 йил “8” февралдаги 62 -сон қарори.

3. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 27.11.2021йил, Тиббий-ижтимоий экспертиза хизмати фаолияти ҳамда болаларга ногиронликни белгилаш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисидаги ПК-22 – сонли қарори.

4. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Қарори № 107 07.04.2011 й. «Фуқароларнинг Давлат пенсия таъминоти тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикасининг Қонунига ҳамда Ўзбекистон Республикасининг Меҳнат Кодексига ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида»ги Ўзбекистон Республикасининг Қонунини амалга ошириш учун зарур бўлган норматив-ҳуқуқий ҳужжатларни тасдиқлаш ҳақида».

5. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Қарори № 307 23.12.2010 й. «Ногиронларни тиббий-ижтимоий реабилитация қилиш самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида».

6. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 27 ноябрдаги ПК-22-сон қарорига ИЛОВА. Ногиронлиги бўлган шахсларни тиббий-ижтимоий эксперт комиссияларида ҳисобга олиш ва кўриқдан ўтказишнинг электрон ахборот тизимини яратиш ва кадрлар салоҳиятини ошириш бўйича «ЙЎЛ ХАРИТАСИ»

7. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2022 йил, 31 январдаги “Даволаш -профилактика муассасаларида врачлик- маслаҳат комиссияси тўғрисидаги Низомни тасдиқлаш тўғрисида”ги 2-сонли буйруғи.

8. Ўзбекистон Республикаси Олий Кенгаши Раёсати ва Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг Қарори № 170 06.04.1992 йил «Чернобыль халокатидан зиён кўрган Ўзбекистон Республикасида истиқомат қилувчи фуқароларни ижтимоий химоялаш ҳақида».

9. Тиббий меҳнат экспертиза масалалари бўйича ҳужжатлар тўплами. М.Миролимов, Ж.Нажмитдинов, Ф.Усмонова ва бошқ. Тошкент, 1998 йил;

10. Справочник по некоторым вопросам врачебно-трудовой экспертизы. М.Дусмуратов, Ж.Нажмитдинов, М.Миролимов, Тошкент, 1995 йил;

11. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов. Ж.Нажмитдинов, А.Абдусаломов, М.Миролимов, Тошкент, 1998 йил;

12. Ногиронларни реабилитация потенциали ва реабилитация башоратини аниқлаш принциплари. Укув-услугий кулланма. (А.Т.Турдиев)Т., 2016 йил.

13. Ногиронлик сабабларини белгилаш ва ногиронларга курсатиладиган ижтимоий ёрдам турлари. Укув-услугий кулланма. (А.Т.Турдиев).Т., 2016 йил.

### Интернет -ресурслар:

<https://lex.uz/ru/>

<http://www.bestmed.ru>



## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

**Ражабов Илхом Бахром огли**

самостоятельный соискатель,

Научно-исследовательского института

Вирусологии Республиканского специализированного

научно-практического медицинского центра

эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и

паразитарных заболеваний, Ташкент, Республики Узбекистан

Телефон: +998(97) 746 55 04

taxirova67@mail.ru

**Анотация.** Анализ клинических проявлений болезни показал полиморфность поражений при COVID-19. Большинство пациентов поступало с легким течением COVID-19, без особых выраженных ярко манифестирующих симптомов заболевания.

**Ключевые слова:** COVID-19, лихорадка, коронавирус у детей, симптомы, возрастная особенность, инфекция, SARS-CoV-2, пандемия, этиология.

Человеческие коронавирусы были впервые выявлены в середине 1960-х годов. На сегодняшний день известно 7 разновидностей вирусов, которые могут вызывать инфекции у людей, [1,2,5]. На начальном этапе пандемии COVID-19 отмечалась низкая заболеваемость среди детского контингента, что было обусловлено преимущественно бессимптомным или легким течением заболевания у детей. [3,4,6].

Цель исследования - изучить особенностей течения клинических проявлений COVID-19 у детей в зависимости от возраста.

Для достижения поставленной цели были обследованы 201 пациент с COVID-19 в возрасте от 6 до 18 лет, находившиеся на лечении в специализированной клинике «Зангиота 1» с легким и среднетяжелым течением болезни. Девочек было 96 (47,8%), мальчиков – 105 (52,2%), число мальчиков и девочек было сопоставимым ( $P > 0,05$ ). Легкое течение болезни установлено у 158 пациентов (78,6%), среднетяжелое течение у 43 детей (21,4%). По возрастному фактору, пациенты были разделены на 3 группы (6-10 лет, 11-14 лет и 15-18 лет).

**Результаты.** Из полученных данных показано, что, как и в группе детей 6-10 лет и 15-18 лет у детей 11-14 лет имеются значимые отличия ( $p = \text{Value}$ ) по ряду клинических симптомов, таких как: слабость, вялость ( $P = 0,014$ ), влажный кашель, ( $P = 0,21$ ), повышенная температура ( $P = 0,13$ ), боли в горле при глотании ( $P = 0,22$ ), покраснение и зернистость зева ( $P = 0,014$ ), головокружение ( $P = 0,48$ ), тошнота и рвота ( $P = 0,32$ ), потеря вкуса и запаха ( $P = 0,34$ ), выраженное потоотделение ( $P = 0,0062$ ), потеря или снижение аппетита ( $P = 0,023$ ). По таким показателям как боли в мышцах и суставах, головокружение, недомогание значимых отличий не выявлено, а по такому показателю как потеря вкуса и запаха которые при поступлении не выявлялись у пациентов перед выпиской отмечались и в основной, и в контрольной группе, в основной – значительно реже ( $P = 0,22$ ).

Клиническое обследование также включило динамическое наблюдение не только за частотой различных проявлений заболевания, но и за их выраженностью. Легкое течение болезни установлено у 158 пациентов (78,6%), среднетяжелое течение у 43 детей (21,4%). В связи с тем, что подавляющее большинство пациентов поступало с легким течением COVID-19, мы не наблюдали выраженных ярко манифестирующих симптомов заболевания. Особенно это касалось детей 11-18 лет, т.е. подростковой группы больных. Ни в одном случае у пациентов основной и контрольной группы не ухудшилось состояние, все больные были выписаны из стационара по выздоровлению. Такие симптомы как лихорадка, снижение или потеря аппетита, боли в мышцах и суставах, боли в горле купировались в первые дни от начала терапии, более длительно, даже после выписки пациентов сохранялись кашель, особенно сухой, недомогание, вялость, слабость.

Таким образом, так, как большинство пациентов поступало с легким течением COVID-19, мы не наблюдали выраженных ярко манифестирующих симптомов заболевания. Такие



симптомы как лихорадка, снижение или потеря аппетита, боли в мышцах и суставах, боли в горле протекали более длительно, даже после выписки пациентов сохранялись кашель, особенно сухой, недомогание, вялость, слабость. По таким показателям как боли в мышцах и суставах, головокружение, недомогание значимых отличий между сравниваемыми группами больных не выявлено ( $P>0,05$ ).

**Список используемых литературы:**

1. Шайхова Г. И., Абдуллаева Д. Г., Сабиров Д. Р. Проблема правильного питания и профилактика аллергических реакций в условиях коронавирусной инфекции COVID-19. – 2021. <http://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/918>
2. Фурман Е.Г. Коронавирусная инфекция Covid-19 и дети // Педиатрия, 2020.-N 3.- С.245-251.
3. Lobritto, S., Danziger-Isakov, L., Michaels, M. G., & Mazariegos, G. V. Impact of COVID-19 pandemic on pediatrics and pediatric transplantation programs //Frontiers in Pediatrics. – 2020. – Т. 8. – С. 837.
4. Namazova-Baranova L. S. Coronaviral Infection (COVID-19) in Children (Situation on April 2020). Pediatric pharmacology. 2020;17(2):85–94. (In Russ.) Doi:10.15690/pf.v17i2.2094
5. Namazova-Baranova L.S., Baranov A.A. Covid-19 and children // Russian Pulmonology. 2020. Т. 30. № S5. С. 609-628.
6. Thompson L. A., Rasmussen S. A. What does the coronavirus disease 2019 (COVID-19) mean for families? //JAMA pediatrics. – 2020. – Т. 174. – №. 6. – С. 628-628.



**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВЫМ АМИНОКИСЛОТНЫМ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕМ.**

**Толипова Зиёда Боходировна**  
 РСНПМЦГ докторант  
 Телефон: +998974147711  
 ziyodatolipova888@mail.ru

**Аннотация:** Целью исследования явилось изучение эффективности действия нового аминокислотного кровезаменителя на морфологические изменения в почках при белковом голодании. На 120 крысах самцах массой тела от 180 до 200 г. (n=120) была воспроизведена модель белкового голодания. После содержания животных основной группы в течение 10 дней на безбелковом рационе питания, начиная с одиннадцатого дня им внутривентриально вводили кровезаменители в дозе 10 мл/кг массы тела в течение 10 суток, после чего производили забой животных и забор почек для морфологического исследования. Морфологические исследования показали, что восстановление метаболизма в клетках почек при введении нового аминокислотного кровезаменителя намного эффективнее, чем после применения препарата “Инфезол 40”.

**Ключевые слова:** кровезаменитель, аминокислоты, белковое голодание, дистрофические изменения, морфология, гидроретивная дистрофия

**Введение.** Белково-энергетическая недостаточность за счет нарушения функционирования внутренних органов и клеток всего организма ассоциируется с ухудшением течения основного заболевания, резким снижением качества жизни, снижением когнитивных функций, повышением риска тяжелых осложнений и показателя смертности. Все это требует немедленного проведения терапевтических мероприятий с применением препаратов, быстро и эффективно восстанавливающих протеиновую недостаточность в организме. В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии РУз разработан аминокислотный кровезаменитель, содержащий аминокислоты и антиоксидантный комплекс, с широким спектром действия.

**Цель исследования**

Определить влияние аминокислот на морфологические изменения почек белково-энергетической недостаточности в эксперименте;

**Материал и методы**

На 120 крысах самцах массой от 180 до 200 г была воспроизведена модель белкового голодания. Животные были разделены на четыре группы. В 1-ю группу входили интактные животные, которые содержались на виварном корме. Крысы 2-й группы в течение 10 дней получали безбелковый рацион питания. Животные 3-й и 4-й групп также в течение 10 дней содержались на безбелковом рационе питания. Начиная с 11-го дня им внутривентриально вводили изучаемые препараты: в 3-й группе – препарат Инфезол 40, в 4-й – новый аминокислотный кровезаменитель в дозе 10 мл/кг массы в течение 10 суток.

После завершения эксперимента животных забивали и производили забор почек для морфологического исследования. Фрагменты ткани почек фиксировали, промывали, с последующей проводкой в спиртовых растворах различной концентрации, после чего подготовленные ткани почек заливали в парафиновые блоки, нарезали на санном микротоме и окрашивали гематоксилином и эозином. Микропрепараты микроскопировали под объективами с увеличением  $\times = 4 \times 10, 10 \times 10, 10 \times 20, 10 \times 40$ .

**Результаты исследования**

При микроскопическом исследовании почек крыс, находившихся на безбелковой диете, фиброзная капсула оставалась без изменений, сочетавшаяся с неравномерным наполнением почечных сосудов. Границы коркового и мозгового слоев почек имели нечеткие очертания. Капиллярные клубочки были наполненными и деформированными. Относительная деформация в клубочках была обусловлена увеличением и смещением эпителия проксимальных канальцев при гидроретивной дистрофии. Цитоплазма эпителия клубочков окрашивалась хромофобно, что происходит за счет редукции белковых структур



в цитоплазме. Параллельно были выявлены многочисленные очаги фокального некроза с явлениями кариопико́за, кариорексиса и кариолизиса в ядрах. Кроме того, выявлялась медленно нарастающая нейтрофильная инфильтрация, формирующаяся вокруг очагов некроза в дистальных канальцах. В эпителии дистальных канальцев в мозговом слое обнаруживались очаги разной степени гидропической дистрофии и очагового некроза. Явления наполнения выявлялись в параканальцевых и периканалькулярных сосудах.

После введения Инфезола 40 в III группе животных в сравнительном аспекте с нелечеными животными с БЭН во II группе без введения препарата в структуре почек, в частности в эпителии проксимальных канальцев обнаруживалось начальные стадии гидропической дистрофии (скопление жидкости в цистернах эндоплазматического ретикулума и пузырьном аппарате) представлявшие собой обратимые процессы, при которых наблюдалась полная регенерация клеток при устранении явлений БЭН. В частности, наблюдалось интенсивное окрашивание цитоплазмы эпителия проксимальных канальцев, базофильная окраска ядер. Ядра эпителиоцитов преимущественно имели центральное расположение

У животных 4-й группы, находившихся на безбелковой диете и получавших новый препарат «Аминоянтар», выявлены нормализация гистоархитектоники почечных канальцев проявлялась округлой формой почечных клубочков и относительной полнотой их капилляров. Вместе с тем контуры проксимальных канальцев были четкими и однородными, их цитоплазма эпителия окрашивалась гомогенно менее ацидофильным окрашиванием белковых компонентов при практически одинаковых контурах базальных мембран. Также обнаруживались очень четкие и ровные границы тубулярной базальной мембраны в большинстве с одинаковой толщины. Все эти изменения свидетельствуют о восстановлении почечных функций на фоне введения нового отечественного аминокислотного кровезаменителя. Аналогичное исследование почечной ткани показало восстановление метаболизма в эпителии проксимальных канальцев с разной степенью гидропической дистрофии, которое характеризовалось гомогенным окрашиванием цитоплазмы клеток гематоксилин-эозином, сглаживанием текстуры клеточной мембраны, центральным расположением ядер, четкими границами тубулярной базальной мембраны.

Таким образом морфологические исследования почек показали, что новый аминокислотный кровезаменитель оказывает благоприятное воздействие на метаболические процессы в клетках и восстанавливает структурно-функциональные изменения почек при белково-энергетической недостаточности.

#### **Выводы**

Морфологические исследования почек у крыс с БЭН после 10-ти дневного введения нового отечественного аминокислотного кровезаменителя показало максимальное восстановление гистоархитектоники почек до структуры аналогичной в норме.

#### **Список использованной литературы**

1. E. Cereda et al., 2016; M. Crichton et al., 2018; J. Bosch-Bayard et al., 2022 Российская газета, 2011. № 75.
2. Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Стафорова Е.Ю., Кузьмичева Е.Л. Состав кровезаменителя. Агенство по интеллектуальной собственности республики Узбекистан. Патент на изобретение № IAP 05053 – 17.09.2012 - 17.06.2015. // Расмий Ахборотнома, 2015. – 7(171) – С. 37.
3. R. Rathi et. al. 2017; H. Keller, 2020; S. L. Mathewson, 2021



## ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРЫ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ БЕЛКОВОМ ГОЛОДАНИИ И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВЫМ АМИНОКИСЛОТНЫМ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕМ.

Толипова Зиёда Боходировна  
РСНПМЦГ докторант  
Телефон: +998974147711  
ziyodatolipova888@mail.ru

**Аннотация:** Целью исследования явилось изучение эффективности действия нового аминокислотного кровезаменителя на показатели общего анализа крови при белковом голодании. На 120 крысах самцах массой тела от 180 до 200 г. (n=120) была воспроизведена модель белкового голодания. После содержания животных основной группы в течение 10 дней на безбелковом рационе питания, начиная с одиннадцатого дня им внутривенно вводили кровезаменители в дозе 10 мл/кг массы тела в течение 10 суток, после чего производили забой животных и забор крови для исследования. Исследование показали, что новый аминокислотный кровезаменитель “Аминоянтар” эффективно восстанавливает показатели общего анализа крови не уступая по эффективности препарата “Инфезол 40”.

**Ключевые слова:** кровезаменитель, аминокислоты, белковое голодание

**Введение.** Не зависимо от первичных или вторичных причинных факторов дисбаланс между потребностью организма в питательных веществах и их потреблением, приводит к накоплению дефицита энергии, белка и микроэлементов, которые негативно влияют на организм в целом приводя к формированию БЭН. Успешное лечение нарушений, возникающих при БЭН, зависит от понимания механизмов ее формирования. В этой связи проведение новых изысканий по проблеме БЭН позволят разработать новые рекомендации и показаний по применению наиболее эффективных методов коррекции, определения правильной стратегии лечения БЭН с учетом устранения ее первопричины. Таким средством является новый аминокислотный кровезаменитель аминокислот, которое разработан в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии РУз.

### **Цель исследования**

Оценить эффективности действия нового аминокислотного кровезаменителя на параметры гемограммы при белковом голодании.

### **Материал и методы**

На 120 крысах самцах массой от 180 до 200 г была воспроизведена модель белкового голодания. Животные были разделены на четыре группы. В 1-ю группу входили интактные животные, которые содержались на виварном корме. Крысы 2-й группы в течение 10 дней получали безбелковый рацион питания. Животные 3-й и 4-й групп также в течение 10 дней содержались на безбелковом рационе питания. Начиная с 11-го дня им внутривенно вводили изучаемые препараты: в 3-й группе – препарат Инфезол 40, в 4-й – новый аминокислотный кровезаменитель в дозе 10 мл/кг массы в течение 10 суток. После завершения эксперимента животных забивали и производили забор периферической крови из хвоста животного для определения параметров гемограммы. Гемограмма была выполнена по общепринятой методике (на гематологическом анализаторе) Mindray (China) с последующим морфологическим их изучением на микроскопе N-300M;

### **Результаты исследования**

В проведенных исследованиях на 11-е сутки эксперимента обнаружены некоторые изменения среди отдельных основных гематологических показателей в крови животных (II группа), проявлявшиеся развитием анемии, соответственно за счет статистически достоверного снижения концентрации гемоглобина (HGB) 1,2 раза и количества зрелых эритроцитов (RBC) 1,7 раза ( $p < 0,001$ ) соответственно в интактной группе. На 21 сутки эксперимента как в III - й так и в IV – й группах животных обнаружена положительная динамика. Так, в III - й группе крыс после введения препарата «Инфезол – 40» обнаружено статистически достоверное увеличение концентрации гемоглобина (HGB) в 1,1 раза ( $p < 0,05$ ); количество зрелых (RBC) в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). После введения «Аминоянтар» а на



21-е сутки уровень гемоглобина (HGB) статистически достоверно увеличился в 1,2 раза, количество эритроцитов (RBC) в 1,6 раза соответственно.

При белковом голодании во II группе наблюдалось компенсаторное снижение уровня ретикулоцитов в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). Наблюдалось незначимое снижение уровня тромбоцитов, лейкоцитов во II группе.

После применения нового кровезаменителя и препарата сравнения «Инфезол 40» в III и IV группах в периферической крови восстанавливались значения ретикулоцитов. По сравнению с таковыми их значениями во II -й группе с БЭН после введения «Аминоянтара» и «Инфезола - 40» все же хотелось бы отметить увеличение количества тромбоцитов на 5% ( $p > 0,05$ ) и 3,5% ( $p > 0,05$ ); лейкоцитов на 13,6% ( $p < 0,05$ ) и 8,4% ( $p > 0,05$ ), а также замедление СОЭ на 3,1% ( $p > 0,05$ ) и 2% ( $p > 0,05$ ) соответственно, доказывающее наиболее положительное воздействие нового отечественного аминокислотного кровезаменителя на состояние кроветворения. Применение кровезаменителей приводило к восстановлению уровня показателей до исходных значений.

#### **Выводы**

Экспериментальное исследование показало, что применение нового аминокислотного кровезаменителя при белково-энергетической недостаточности приводило к восстановлению параметров гемограммы, примерно, такие как при использовании Инфезола 40.

#### **Список использованной литературы**

1. Каримов Х.Я., Шевченко Л.И. Новый кровезаменитель для инфузионной терапии экстремальных состояний // «The using of High tech methods of diagnosis and treatment for the blood system diseases» IV International Uzbek-Turkish Congress of hematologists and transfusiologists of Uzbekistan. – 20-21 april Tashkent-2018. – С. 47-49.
2. Костюкевич О.И., Свиридов С.В., Рылова А.К., Рылова Н.В., Корсунская М.И., Колесникова Е.А. Недостаточность питания: от патогенеза к современным методам диагностики и лечения // Терапевтический архив. 2017. №12-2.
3. Olayinka L. M., Clement B. Protective role of Moringa oleifera leaf-based diet on protein-energy malnutrition induced skeletal muscle degeneration // Int J Sci Rep. – 2017. – Т. 3. – №. 2. – С. 54-62.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВИТИЛИГО.

**Шукуров Бахтиёр Кодирович**

Бухарская городская поликлиника №6 врач  
дерматовенеролог. Узбекистан.

Заболевание начинается, как правило, незаметно. Редко появлению заболевания предшествуют небольшой зуд, гиперестезии и парестезии в виде покалывания, ползания мурашек или первичная эритема («розовое витилиго»).

Пятна при витилиго четко очерчены, имеют ровные или фестончатые края, чаще округлых очертаний. Цвет пятен может быть от белого до молочно-белого. Кожа в очагах поражения (кроме нарушения окраски)

внешне не изменена, без признаков атрофии и шелушения. Нередко в пятнах расположенных на открытых участках тела (лице, шеи, груди, конечностях) и подверженных частому ультрафиолетовому облучению, может наблюдаться не только гиперемия, но и шелушение и даже утолщение кожи (Кошевенко Ю.Н., 2002). Размеры, очертания, количество и локализация пятен у каждого больного индивидуальны. В научно-практической литературе часто используют две классификации витилиго, которые принципиально не отличаются друг от друга.

Первая, клиническая классификация витилиго по Mocher D. et al., 1979, которая различает локализованную и генерализованную формы витилиго.

Локализованная в свою очередь представлена:

- фокальной формой (одно или несколько пятен в одной области);
- сегментарной (высыпания по ходу нерва или его сплетений);
- зостериформной (множество мелких сгруппированных пятен в одной области);
- слизистой (при поражении только слизистых оболочек у темнокожих людей).

Генерализованную группу составляют:

- акрофациальная форма (поражение кистей, стоп, лица);  
вульгарная или обыкновенная (множественные, беспорядочно разбросанные пятна);

- смешанная (сочетание всех или многих перечисленных форм);

универсальная (полная или почти полная депигментация кожного покрова) Вторая клиническая классификация по Fitzpatrick T.B., 1997. В которой по степени активности патологического процесса различают стационарную и прогрессирующую стадии витилиго. По локализации депигментированных пятен выделяют следующие формы:

Локализованная форма:

- ограниченное витилиго (одно или несколько пятен, расположенных в одной области);
- сегментарное витилиго (пятно или группа пятен, расположенных по ходу нерва, на одной стороне тела, в пределах одного дерматома - участком покрова, иннервированного одним спинальным нервом);
- витилиго слизистых (чаще встречается у лиц негроидной расы).

Генерализованная форма:

- вульгарное витилиго (пятна, расположенные в двух и более областях тела);
- акрофациальное витилиго (поражаются губы, кожа вокруг рта, кончиков пальцев, сосков, головки полового члена);

-универсальное витилиго (полная или почти полная (более 80%) депигментация кожного покрова).

Очаги депигментации при витилиго могут, не изменяясь существовать годами, но чаще патологический процесс на коже прогрессирует, сопровождается увеличением размера пятна, слиянием старых очагов и появлением новых. Описаны также случаи спонтанного исчезновения очагов витилиго. Самопроизвольная репигментация (обычно частичная и временная) наблюдается у 30% больных, преимущественно после солнечного облучения.

Обычно течение патологического процесса описывают как: стабильное (появившееся белое пятно остается неизменным на протяжении многих лет); прогрессирующее (процесс депигментации постоянно прогрессирует медленно или быстро); нестабильное (часть белых



пятен увеличивается, тогда, как другая их часть может регрессировать).

В процессе течения витилиго (на фоне лечения, а иногда и без него) часть пятен может в большей или меньшей степени восстанавливать свою исходную окраску, т.е. репигментироваться. О репигментации свидетельствует появление резкой фестончатости краев (краевой тип репигментации), сглаживание очертания границ, а также появление вкраплений пигмента в очаге депигментации в виде мелких точек (перифолликулярный тип репигментации), которая обусловлена миграцией меланоцитов из волосяного фолликула.

# ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

**Масъул муҳаррир:** Файзиев Шохруд Фармонович  
**Мусаҳҳиҳ:** Файзиев Фаррух Фармонович  
**Саҳифаловчи:** Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.06.2023

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

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