

АНЖУМАН | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES | RESPUBLIKA KO'P TARMOQLI ILMYIY KONFERENSIYA

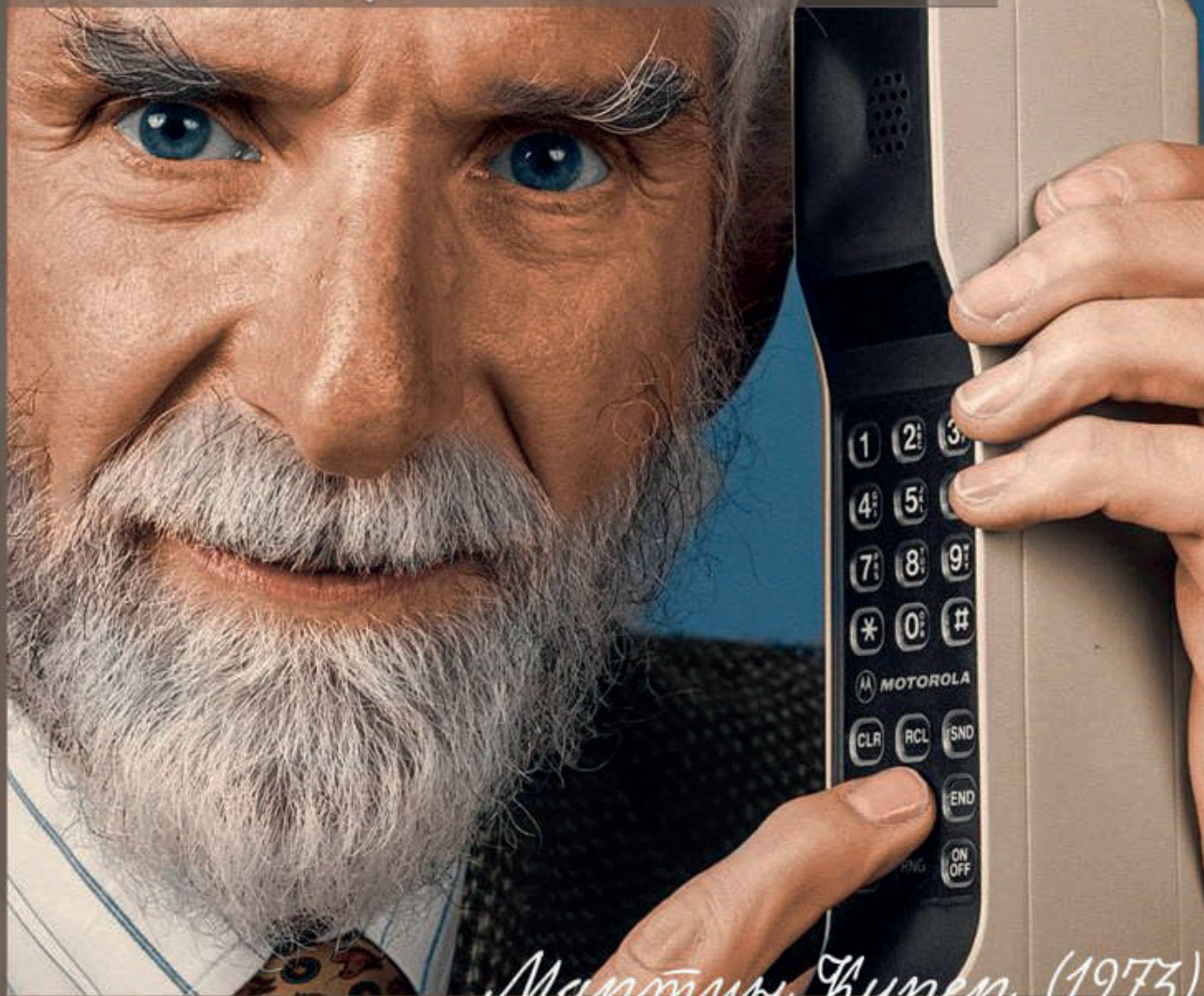
YANG O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

CONFERENCES.UZ

2023

DAVRIYLIGI:
2018-2023

DUNYODA BIRINCHI KASHF ETILGAN MOBIL TELEFON



Murtaza Mynin (1973)

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORVIJ OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI, YOSH OLIMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IJTIDORLI 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



NOYABR
№58

**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 58-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 ноябрь 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 35 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган еттита устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофик:– 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 (Жаҳон 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

Давлат бошқаруви – Доцент Шакирова Шохида Юсуповна (Жаҳон иқтисодиёти ва дипломатия университети «Беш муҳим ташаббус» маркази раҳбари)

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

Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар – Турсунназарова Эльвира Тахировна (Ўзбекистон давлат жаҳон тиллари университети, таржимонлик факультети, инглиз тили амалий таржимаси кафедраси в.б.доценти, PhD)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

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

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, 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

Раҳмонова 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 Хамидович «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 хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам 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. Саматова Г.У., Кахаров З.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	7
2. Samatov Ulugbek Abdumazhitovich TREATMENT OF RAPIDLY PROGRESSIVE GENERALIZED PERIODONTITIS.....	10
3. Хамидов О.Х. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МИГРЕНЬЮ.....	12
4. Араббоев М.А., Юлдашева Г.Б КОРОНАРОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ.....	13
5. Salaxiddinov Z.S, Gulomov M RELATED DISEASE IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AMONG FERGANA VALLEY	14
6. Кодиров Д., Ахмедов А.К ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	15
7. Usmanova U.I, Kurbanova G.U THE LOCAL IMMUNE SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF CHRONIC HEART FAILURE.....	16
8. Тошкенов Э.М., Хамидов О.Х. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ.....	17
9. Исакова Юлдуз Нуриддиновна СУРУНҚАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТДА ТУРЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ	18
10. Исакова Юлдуз Нуриддиновна СУРУНҚАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТДА ЭШИТИШ ПАСАЙИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСИЯТЛАРИ	20
11. Камиллов Хасан Бахриддинович АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ	22
12. Камиллов Хасан Бахриддинович РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ	24
13. Ходжаева Нафосат Хабибулло қизи БЕМОРЛАРДА СУРУНҚАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ	26
14. Ходжаева Нафосат Хабибулло қизи СУРУНҚАЛИ ТОНЗИЛЛИТ РИВОЖЛАНИШИДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎРНИ.....	28
15. Маматов М.А., Мамасадиқов А.Р ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУНЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ.....	30
16. Маматов М.А., Мамасадиқов А.Р ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ ТУНЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ.....	32
17. Olimov Siddiq Sharifovich, Sharipova Gulnihol Idiyevna ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ МАВЖУД ТОРСН ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТОРСН ТЕКШИРУВИ ЎТКАЗИШ УСУЛИ.....	33



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

УДК 611.08-57.08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Саматова Г.У., Кахаров З.А.

Андижанский государственный
медицинский институт кафедра
анатомии и клинической анатомии

Актуальность: вопросы охраны соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков - актуальная проблема современной медицины. В настоящее время не вызывает сомнений, что состояние репродуктивной функции женщины во многом определяется её развитием в детском и подростковом возрасте. Становление половой системы девочек в периоде полового созревания взаимосвязано с физическим развитием. При этом установлено, что неблагоприятные факторы вне зависимости от их природы, вызывают нарушения функции репродукции. Раннее выявление этих нарушений и своевременная коррекция, является управляемым фактором сохранения репродуктивного здоровья в периоде полового созревания [1,2,3]. Точность диагностики этих отклонений возможна лишь при условии знаний закономерностей роста и развития организма в период полового созревания. В этом периоде происходит относительно быстрый рост органов половой системы, появление и становление менструальной функции, происходящей под влиянием циклической секреции рилизинг-факторов гипоталамуса, гонадотропных гормонов гипофиза и стероидных гормонов яичников.

В становлении функции репродуктивной системы немаловажную роль играют гипофизарно-надпочечниковая и гипофизарно-тиреоидная системы (Суханов С. Г., 1993; Ткачёв А. В., 1988). В литературе имеются сведения о становлении физического и полового развития детей в различных климатогеографических зонах страны, в том числе и экологически неблагоприятных, отражающих неблагоприятную тенденцию в состоянии их здоровья, проявляющиеся уменьшением доли здоровых детей при рождении, ростом числа инвалидов с детства и больных с хронической патологией.

Цель исследования: изучить особенности состояния здоровья, физического и полового развития, гормонального статуса девочек и девочек-подростков в условиях климата Андижанской области.

Материалы и методы исследования: Исследования, представленные в данной работе, проводились в период 2022–2023 гг. Были исследованы учащиеся возраста 14–16 лет, обучающиеся общеобразовательных школ Андижанского района Андижанской области, 1 и 2 группы здоровья, у которых отсутствовали острые заболевания в течение одного месяца до начала исследований, т. к. заболевания могли значительно повлиять на результаты исследования. Всего были изучены антропометрические характеристики 60 подростков:

20 девочек возраста 14-ти лет, что составило 33.3% от общей группы;

20 девочек возраста 15-ти лет, что составило 33.3% от общей группы;

20 девочек возраста 16-ти лет, что составило 33.3% от общей группы;

Антропометрические исследования проводились на базе общеобразовательных школ Андижанского района Андижанской области, руководители, сотрудники и родительский состав которых был не против участия детей в данных исследованиях и снятия у них антропометрических показателей. Данная исследовательская работа полностью соответствует этическим требованиям биомедицинской этики. Исследования проводились



с соблюдением принципов добровольности и свобод личности.

Все испытуемые находились в одинаковых условиях: проживали в одинаковых социально-гигиенических условиях.

Результаты исследования: В таблице №1, указаны средние значения индексов, оценивающих массу тела и крепость телосложения.

Средние значения ИМТ, весо-ростового показателя и индекса Бернгарда

Таблица №1

	14 лет(n=20) M±m	15 лет(n=20) M±m	16 лет(n=20) M±m
Весо-ростовой	303.8±5.9	320±4.6	328±5.4
ИМТ	19.4±0.21	20.3±0.19	20.5±0.16
Бернгарда	34.2±1.22	28.31±1.16	26.82±1.42

M – среднее значение; m – ошибка средней; n- число испытуемых.

Данные, полученные в результате расчетов ИМТ, весо-ростового показателя и индекса Бернгарда, приведены в приложении 2, их анализ приведен ниже. Весо-ростовой показатель способствует более точной оценке веса тела, путем определения его частей.

Среди девочек 15-16 лет, 11% от каждой из групп страдают излишней массой тела. В возрасте 14 лет – 78% приходится на детей с недостаточным весом и истощением (6% – средний показатель). Средний и хороший показатель, в возрасте 15 лет у 12% девочек, 16 лет – 20%; недостаточный вес и истощение – 75% и 68%, соответственно.

В результате анализа данных ИМТ установили, что в группе девочек 14–16 лет: 40%, 32% и 30% приходится на детей с недостаточной массой тела. Нормальный вес установлен у 62% школьниц 14 и 15 лет, 67% – 16 лет. Избыточным весом страдают 8% и 3% детей 15–16 лет.

В результате оценки массы тела, обнаружили, что у большинства подростков она ниже нормы. В возрасте 11–16 лет дефицит массы тела бывает нормальным физиологическим явлением. Это объясняется резким всплеском гормонов, провоцирующим интенсивный рост костей. В результате, мышечная масса не успевает увеличиваться и возникает ее дефицит. Также причинами могут быть: заболевания желудочно-кишечного тракта, недоедание, стресс. В таблице №2 приведены средние значения индекса Эрисмана у детей 14-16 лет.

Средние значения показателей индекса Эрисмана

Таблица №2

	14 лет(n=20)	15 лет(n=20)	16 лет(n=20)
M±m	-3.15±0.84	-1.72±1.06	-1.21±0.68
Max	11.40	17.20	5.90
Min	-14.0	-13.0	-13.0

M – среднее значение; m – ошибка средней; Max – максимальное значение; Min – минимальное значение; n – число испытуемых.

Из данных результатов следует, что у всех исследуемых подростков слабое развитие грудной клетки. Это можно объяснить быстрым темпом роста тела и более медленным окружности грудной клетки. В результате их анализа можно сделать вывод, что хорошо развитая грудная клетка выявлена у девочек 14–15 лет (по 3%). Слабо и очень слабо развитая грудная клетка у абсолютного большинства подростков (до 100%). Наиболее вероятной причиной данного распределения, является отставание процесса формирования анатомической зрелости грудной клетки от длины тела. Таким детям можно порекомендовать дополнительные занятия физической культурой. Спортивные упражнения способствуют увеличению размеров грудной клетки, ее подвижности, повышают частоту и глубину дыхания.

Уровень состояния здоровья определили с помощью коэффициента здоровья. Средние результаты подсчетов указаны в таблице №3.

Коэффициент здоровья у детей 14–16 лет



Таблица №3

	14 лет(n=20)	15 лет(n=20)	16 лет(n=20)
M±m	1.92±0.05	1.89±0.04	1.91±0.06
Max	2.27	2.43	2.31
Min	1.44	1.48	1.43

M – среднее значение; m – ошибка средней; n- число испытуемых.

Отметим, что уровень здоровья всех исследуемых подростков – отличный. Однако следует отметить, что максимальные результаты встречались среди девочек 15 лет. У этих детей наблюдается снижение адаптационной способности. Это может привести к возрастанию напряжения регуляторных систем, истощению механизмов регуляции. **Заключение:** мониторинг физического развития подростков показал, что среди девочек высокий показатель гармоничного развития наблюдался в возрасте 14 лет (57%). Самой дисгармонично развитой группой являются девочки 15 лет (77%). Снижение уровня здоровья установлен в группах девочек 15 лет. Эти школьники наиболее подвержены к снижению своих адаптационных способностей.

Список литературы:

1. Баранов А. А., Климанская Е. В. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии // Педиатрия. -1995.-№5.- С.48-52.
2. Баранов А. А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии //Педиатрия. -2002.-№3.-С .12-18.
3. Богданова Е. А. Репродуктивное здоровье подростков //Планирование семьи. 1993. - №3. - С. 12-14.



UDC:616.314.17-008.1:616.379-008.64

TREATMENT OF RAPIDLY PROGRESSIVE GENERALIZED PERIODONTITIS

Samatov Ulugbek Abdumazhitovich

Andizhan state medical institute department of
orthopedic dentistry and orthodontics

Relevance: The problem of rapidly progressing generalized periodontitis attracts attention not only due to its significant share in the structure of dental morbidity, but also because, starting at a young age, it usually leads to the loss of all teeth in the shortest possible time. The tendency to an active course, chronicity and progression, the difficulty and failure of treatment makes the problem of particular relevance. From a modern perspective, in the complex treatment of generalized periodontitis, one of the leading places is occupied by antibacterial therapy, which is based on the isolation of periodontal pathogens and the use, mainly, of antibiotics. However, despite significant achievements in eliminating the infectious process in periodontal tissues, often, due to the empirical and repeated use of antimicrobial drugs, in patients with generalized periodontitis, the course of the disease can be complicated by the development of drug resistance of the main periodontal pathogens, which occurs in 10-15% of cases [1,2].

Purpose of the study: to justify and develop an approach and tactics for complex treatment in patients with rapidly progressing periodontitis, resistant to traditional antibacterial therapy.

Materials and research methods: The work is based on a study of the effectiveness of treatment of 30 patients with rapidly progressing generalized periodontitis, I-II severity. Of the 30 patients under observation, 12 (40%) were men and 18 (60%) were women. The age of patients ranges from 26 to 45 years. The vast majority (70%) of patients were between 30 and 40 years old. In accordance with the goal of this work, the studies included patients in whom traditional complex therapy caused a short-term effect, apparently due to rational professional hygienic measures. The generally accepted antibacterial therapy used (chlorhexidine and lincomycin) turned out to be of little effectiveness in them and did not contribute to complete regression of the symptoms of the disease and stable clinical remission after drug treatment. All patients showed low sensitivity of periodontal pathogens to chlorhexidine and lincomycin . In group I, the following antimicrobial agents were used: locally 0.2% solution of chlorhexidine and Givalex ; systemic exposure was carried out with the antibiotic lincomycin in combination with stimulating therapy Laferon . Medicines were used according to the generally accepted scheme and in recommended dosages. The treatment regimen of group II included lincomycin and the immunomodulator roncoleukin (instead of laferon). The regimen and sequence of medical manipulations and chemotherapy in this group were the same as in the control group. For patients of group III, the treatment complex provided for the replacement of medications used in the previous group with photodynamic therapy carried out using the HELBO system.

Research results: An analysis of the results of traditional complex therapy in 30 patients with rapidly progressing generalized periodontitis revealed an improvement in clinical and paraclinical signs of the disease in 16 (53%) patients by the end of the first month from the start of treatment. Remission of the main symptoms of the disease was achieved in 14 (47%) patients. The data obtained suggested that such low treatment results are associated with inadequately selected drugs in traditional therapy. To confirm this conclusion, we determined the sensitivity of periodontal bacteria to lincomycin used as an etiotropic effect, both in patients with negative (10 people) and positive treatment outcomes (20 people). In all those observed with unsatisfactory results of traditional therapy, the resistance of microorganisms of periodontal pockets to the chosen remedy was found. As a result of the treatment, positive dynamics of the clinical manifestations of the disease were observed in all patients with generalized periodontitis. However, in patients of study groups II and III it was more pronounced. Thus, regression of disease symptoms in patients of groups II and III occurs faster (by 4-5 visits) and in a larger number of people. After completion of treatment, complete relief of inflammation in patients of group I was achieved in 7 (70%), in group II in 8 (80%), and in group III – in 9 (90%) patients. In the first group, the increased production of sIgA, α -IF and γ -IF, activation of phagocytosis under the influence of laferon was less pronounced than in patients of group II under the influence of roncoleukin (table) and after the course of treatment these indicators did not reach the levels of the conditional norm more than in 50% of the



subjects, and in the rest they were within the lower limit. In patients of group II, the parameters sIgA, IgG, IgM, α -IF and γ -IF and phagocytic activity of neutrophil leukocytes were normalized in all patients with eliminated clinical symptoms of the disease and practically did not change for 6 months after the end of treatment.

Thus, a comparative analysis of local immunity indicators carried out in group I showed that Laferon in patients with drug-resistant generalized periodontitis did not have a significant effect on local immunological resistance indicators. In patients of group II, the main direction of action of roncoleukin in overcoming drug resistance was associated with its pronounced influence on the mechanisms of local immunological protection of the periodontium. Elimination periodontal pathogenic bacteria also occurred faster in the vast majority of patients under the influence of a therapeutic complex, including the immunomodulator roncoleukin, than under the influence of Laferon. So, after 14-15 days of complex treatment, the discharge of the main causative agents of the disease stopped in 80% of patients in group II, and remained in only 30% of patients in group I. The rates of elimination of periodontal pathogens in patients of group III were ahead of those in patients of group II by 6-7 days, and the time for normalization of local immunity indicators was delayed by 3-4 days. By the end of treatment, the levels of sIgA, IgG, IgM, α -IF and γ -IF, indicators of phagocytic activity of blood cells in patients of groups II and III did not have pronounced changes, which confirmed the possibility of using HELBO therapy as an alternative method used in complex drug therapy patients with generalized periodontitis with identified drug resistance.

Conclusions: 1. Rapidly progressing generalized periodontitis is characterized by the development of drug-resistant forms of the disease. The mechanism of their formation is associated to a greater extent with immunodeficiency of local and, to a lesser extent, systemic immunity.

2. Overcoming drug resistance in patients with rapidly progressing generalized periodontitis is possible by normalizing disturbances in the mechanisms of local protection of periodontal tissues with immunomodulatory agents. The administration of roncoleukin helps to increase the levels of production of sIgA, IgM, α -IF and γ -IF, as well as enhance phagocytic activity, which helps to increase the effectiveness of treatment of drug-resistant patients.

3. As an alternative to traditional methods of complex treatment of drug-resistant rapidly progressing generalized periodontitis, the photodynamic HELBO system can be used, which quite completely eliminates the main pathogens of the disease and improves the state of local immunity, which is explained by the bacteriostatic effect of photosensitase and laser in the periodontal pocket.

Bibliography:

1. Keschull M. Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses / M. Keschull, PN Papapanou // J Clin Periodontol. – 2011. – No. 38. – P.17-27.
2. Socransky SS Periodontal microbial ecology / SS Socransky, AD Haffajee // Periodontol. 2005. – No. 38. – P.135-187.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МИГРЕНЬЮ

к.м.н., доцент Тошкенов Э.М.,
Студент магистры 3го курса Хамидов О.Х.
Кафедра неврологии Андижанского
Государственного медицинского института.

Введение: Мигрень (М) значительно ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов оказывая неблагоприятное воздействие на профессиональную деятельность и социальную жизнь. КЖ у больных М вне зависимости от возраста оказывается ниже чем у лиц не страдающих головными болями (ГБ), при этом имеет место нарушение всех составляющих КЖ. Влияние М на жизнь пациента не ограничивается только аспектами, связанными с физическим здоровьем и приемом лекарственных препаратов. Страдает качество жизни членов семей больных М и семейные отношения. Снижение КЖ при мигрени оказывается более выраженным чем при диабете, артериальной гипертензии, остеоартрите, боли в пояснице и примерно соответствует КЖ при сердечной недостаточности т. е. влияние М на благополучие пациентов значительно и сравнимо с другими хроническими заболеваниями известными как несомненно ухудшающие КЖ.

Ключевые слова: качество жизни больных, мигрень, тревога, депрессия.

Цель исследования изучить качество жизни пациентов страдающих мигренью и его связь с личностными особенностями пациентов (уровнями тревоги и депрессии пациентов) и клиническими особенностями заболевания.

Материал и методы: Обследовано 70 пациентов (женщин 66 , 4 мужчин) в возрасте 16–57 лет (средний возраст $38,01 \pm 9,84$) года ($M \pm StD$), страдающих мигренью последовательно обратившихся за помощью в отделение неврологии клиники АГМИ. Обследование проводилось в межприступном периоде в амбулаторных условиях .

Результаты и обсуждение. У обследованных пациентов выявлены высокие уровни актуальной и конституциональной тревоги, тогда как уровень депрессии по опроснику Бека оказался невысоким. Показатели тревоги и депрессии в контрольной группе оказались ниже, чем у страдающих мигренью, но различия не были статистически значимыми актуальная тревожность у здоровых лиц составила в среднем ($37,40 \pm 10,71$) (балла $t = 1,748$; $p = 0,084$), личностная – $43,20 \pm 11,42$ ($t = 1,290$; $p = 0,201$). По неспецифическому Гетеборгскому опроснику КЖ у пациентов с М оказалось сниженным , составив в среднем ($56,00 \pm 10,71$) балла. В контрольной группе аналогичный показатель составил ($67,00 \pm 6,45$) балла различие достоверно: ($t = 2,806$; $p = 0,006$).

Заключение. На качество жизни при мигрени значительное влияние оказывают особенности личности пациента. а именно приверженность пассивным стратегиям преодоления боли. уровни тревоги и депрессии.

Литература

1. Белова А.Н., Шкалы тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии М., 2004. 432 с.
2. Новик А.А., Одинак М.М., Ионова Т.И., Бисага Г.Н. Концепция исследования качества жизни в невро - логии Невролог журн // . . 2002. № 7 (6). С. 49–52.



КОРОНАРОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Араббоев М.А. магистр терапии 1 степени
Юлдашева Г.Б., кандидат медицинских наук
доцент кафедры ВОП №2
Андижанский государственный
медицинский институт

Введение. Ишемическая болезнь сердца и ее осложнения являются наиболее частыми причинами инвалидности и смертности населения в настоящее время. Поэтому каждому медицинскому работнику необходимо знание препаратов, применяемых для купирования и лечения. Коронаролитическими называют лекарственные средства, применяемые для лечения ишемической болезни сердца (ИБС). В настоящее время летальность от острых форм этого заболевания занимает первое место в мире. В основе развития ИБС лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и тем его количеством, которое поступает с кровью по коронарным артериям, снабжающим сердце. Основными причинами этого несоответствия являются: склероз коронарных артерий (когда 75% и более просвета сосудов закупорено склеротической бляшкой), чрезмерная физическая или/и психическая нагрузка на сердце, анатомическое несоответствия и др. В результате указанного несоответствия возникает гипоксия определенных участков миокарда с последующим развитием ишемии. Прогрессирование патологического процесса ведет к некротическим изменениям этого участка – инфаркту миокарда. Поэтому главной задачей медикаментозного лечения стенокардии является предотвращение или отсрочивание инфаркта миокарда. Использование всех возможностей антиангинальной терапии позволяет рассчитывать на получение оптимального результата при лечении больных стабильной стенокардией, причем в долгосрочной перспективе это не уступает результатам инвазивного лечения.

Стабильная стенокардия является ведущей причиной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний населения многих стран мира, первичная заболеваемость увеличивается в связи со старением населения. Распространенность стенокардии в популяции составляет в среднем 3,2%; увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1% до 15%, у мужчин с 2% до 20%. В большинстве европейских стран распространенность стабильной стенокардии составляет 20–40 тыс. на 1 млн населения. Регистрируются новые эпизоды заболевания: от 14,1 до 39,3 случая в течение года на 1000 населения в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности. Стабильная стенокардия является первым симптомом ишемической болезни сердца в 40,7% случаев у мужчин и в 56,5% случаев у женщин. Смертность среди пациентов со стабильной стенокардией составляет в среднем 3–5% в год, среди смертей от сердечно-сосудистых заболеваний – 22% у женщин и 20% у мужчин. Клинические проявления типичного приступа стабильной стенокардии: дискомфорт за грудиной (давящая, сжимающая боль, тяжесть, жжение), возникающий при физическом или эмоциональном напряжении, исчезающий после прекращения нагрузки или приема нитратов. Приступ стенокардии возникает вследствие сужения $\geq 70\%$ одного или нескольких основных коронарных артерий и/или $\geq 50\%$ ствола левой коронарной артерии. Коронарный вазоспазм или микрососудистая дисфункция в значительной степени усугубляет кровоток в венечных артериях. Лечение стабильной стенокардии, включающее изменение образа жизни, контроль факторов риска, медикаментозные и немедикаментозные методы, направлено на улучшение прогноза жизни, предупреждение возникновения внезапной смерти, инфаркта миокарда, уменьшение частоты и интенсивности симптомов, улучшение качества жизни пациента. Анализ результатов статистических исследований в европейских странах в последующие годы показал, что дезагреганты применяют 88–99%, статины – 38–90%, ингибиторы АПФ – 46–90% пациентов [2].



RELATED DISEASE IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AMONG FERGANA VALLEY

Salaxiddinov Z.S. professor
Gulomov M. master GP-1
 Andijan State Medical Institute

Abstract: Widespread use of contemporary antiretroviral therapy globally has transformed HIV disease into a chronic illness associated with excess risk for disorders of the heart and circulatory system.[1] Current clinical care and research has focused on improving HIV-related cardiovascular disease outcomes, survival, and quality of life. To assess concomitant diseases (CVDs) and risk factors for their development in the Uzbek population of HIV-infected patients. [2]

Key words. HIV disease, chronic illness, injury, patient, systematic alcohol.

Materials and methods: A retrospective analysis of the records of 187 HIV-infected patients from the Fergana Valley was performed, including an assessment of CVD, risk factors for their development and 10-year CVD risk using the SCORE scale. All patients received ART; The average duration of therapy was 5 years (1–2 years – 43%, 3–5 years – 29%, more than 5 years – 28%).

Results: A high incidence of CVD was observed: arterial hypertension - 48%, including cerebrovascular accidents - 2%; IHD – 9%, including myocardial infarction – 6%. Analysis of cardiovascular risk factors showed obesity in 19% of patients, lipid metabolism disorders in 30% of patients, diabetes mellitus in 5%. Smoking was noted in 51% of patients, systematic alcohol consumption in 61%. 69% had a 10-year SCORE risk of fatal CVD, with 16% at high/very high risk. Analysis of metabolic disorders showed that 99.4% of patients require various measures to change lifestyle, 85% require lipid-lowering therapy. One third of patients received continuous cardiovascular therapy.

Conclusion: In the group of patients with HIV infection over 40 years of age, diseases of the cardiovascular system and metabolic disorders are more often detected, compared to the general population. Analysis of the effectiveness of antiretroviral therapy (ART) in patients, in addition to viral load and CD4 cell count, should include analysis of cardiovascular risk factors and comorbidities. For older patients, the choice of ART regimen is especially important, given the risk of development and/or progression of CVD and the risk of drug interactions.[3]

References.

1. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Кузнецова А.В., Мейлахс А.Ю., Амирханян Ю.А., Чайка Н.А. Мнения специалистов о факторах, способствующих и препятствующих вовлечению и удержанию ВИЧ-инфицированных пациентов в системе медицинского сервиса. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015;7(1):101–7.
2. Yakovlev AA, Musatov VB, Kuznetsova AV, Meylakhs AY, Amirkhanian YA, Chaika NA. Professional opinions about factors that facilitate or hamper HIV patients attracting to and retaining in the scope of health care services. HIV Infection and Immunosuppressive Disorders. 2015;7(1):101–7 (In Russ).]
3. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care WHO/MSD/MSB/01.6a. WHO. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MS01.6a.pdf (Accessed April 12, 2019)



ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кодиров Д., к.м.н. доцент кафедры ВОП-1
Ахмедов А.К., магистр
Андижанский государственный
медицинский институт

Аннотация. Болезни органов дыхания занимают особое место в структуре общей заболеваемости населения Ферганской долине. С ними связано большое социальное бремя, обусловленное временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением качества жизни и преждевременной смертью. Этот обзор посвящен клеточным и молекулярным аспектам воспаления легких при острых и хронических воспалительных состояниях. Тонкий баланс между воспалением и противовоспалительным действием необходим для гомеостаза легких. Полное понимание основных механизмов жизненно важно при лечении пациентов с воспалением легких.

Ключевые слова: неспецифический, легкое, медиаторы, особенность, воспаление, молодые.

Поскольку легкие являются жизненно важным органом газообмена, чрезмерное воспаление может быть опасным для жизни. Мировое сообщество в настоящее время имеет наибольшую генерацию молодых людей, известную с момента существования человека. [1] Около двух третей случаев преждевременной смерти и одна треть общего бремени болезней у взрослых людей связаны с условиями и формами поведения, которые берут начало в молодом возрасте. Ухудшение экологической ситуации, в условиях новой коронавирусной инфекции и техногенная нагрузка, климатические условия, а также приверженность подростков вредным привычкам, особенно табакокурению, играют заметную роль в увеличении распространенности хронических заболеваний органов дыхания, однако изучению заболеваний легких в молодом возрасте посвящены единичные работы. исследования: хронические неспецифические заболевания легких в молодом возрасте имеют особенности распространенности, клинической картины, лабораторных и функциональных изменений респираторной системы, различную степень влияния на качество жизни. [2] Выделение ключевых характеристик заболеваний легких у молодых лиц позволяет оптимизировать раннюю диагностику и профилактику ХНЗЛ в молодом возрасте. [3] Таким образом, в обзоре раскрыта развернутая характеристика основных факторов риска хронического бронхита, бронхиальной астмы и ХОБЛ, их конкретное влияние на симптоматику этих заболеваний, распространенность искомых нозологий, особенности их течения у населения молодого возраста.

Литература.

1. Позднякова О.Ю., Батулин В.А. Особенности клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких в зависимости от возраста / О.Ю. Позднякова, В.А. Батулин // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. - №1. - С.7-9.
2. Багишева Н.В. Состояние окружающей среды и заболеваемость хронической обструктивной патологией легких / Н.В. Багишева // Кубанский научный медицинский вестник. - 2009. - №6 (111). - С.87-90.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // NHLBI/WHO workshop report. Updated 2011 // <http://www.goldcopd.org>



THE LOCAL IMMUNE SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF CHRONIC HEART FAILURE.

Andijan State Medical Institute.
PhD (Medicine), Associate Professor 1st
Department of General Practitioners
Usmanova U.I.
Master degree **Kurbanova G.U.**

Annotation. The review examines the literature data reflecting the modern of views on the pathogenesis of chronic heart failure. This article discusses the role of monocytes and inflammation in chronic heart failure and its decompensation, and also describes the types of cytokines and their involvement in inflammation. In addition, the immune response of the body in chronic heart failure is revealed. Chronic heart failure (CHF) is one of the serious problems in many developed countries of the world. This is the only cardiovascular disease whose prevalence continues to increase. Not long ago, a new theory of the progression of CHF was presented, the basis of which is the assumption of immune activation and systemic inflammation as signs of an unfavorable prognosis and high cardiovascular risk. According to this theory, the nonspecific launch of macrophages and monocytes, working with strong shifts in microcirculation, is an activator of the creation of pro-inflammatory cytokines responsible for the evolution of LV dysfunction. The “contribution” of the immune system to the pathogenesis of CHF may seem unusual. But the body’s immune defense is activated not only when interacting with infectious agents, but also when there is a disruption in the flow of arterial blood, hemodynamic overload and other effects on the heart, which are the initial link in the development of diastolic and/or stroke dysfunction. The pathogenesis of chronic heart failure (CHF) is a complex multifactorial process, representing a close contact between the manifestations of the influence of an etiological factor (factors) on the cardiovascular system and the mobilization of a whole complex of compensatory mechanisms. But in recent years, a special role has been played by the progression of CHF, which is based on the idea of immune activation and systemic inflammation as markers of poor prognosis and high cardiovascular risk. According to which, there is an increase in the synthesis of pro-inflammatory cytokines that determine the evolution of LV dysfunction. The content of cytokines in the blood plasma of patients with CHF, regardless of its etiology, significantly exceeds normal values. Increased stagnation and increasing hypoxia of peripheral tissues and the myocardium itself, characteristic of CHF, may well become the root cause of activation of the immune system and lead to an increase in FN O- and other pro-inflammatory cytokines. As for the role of macrophages, they have an important cardioprotective role in the pathogenesis of myocardial remodeling and recovery. During the inflammatory phase that follows myocardial injury, Ly-6Chi monocytes migrate from the bone marrow and spleen to help resident macrophages remove dead/damaged tissue and cells, and produce necessary enzymes to facilitate extracellular matrix remodeling and vascularization. Although there are several populations of cardiac macrophages, this review will discuss the M1 and M2 phenotypes. The released IL-12 further activates CD4 T cells, promoting the proinflammatory phenotype of macrophages. M1 macrophages exhibit potent phagocytic properties necessary for clearance of necrotic tissue. During phagocytosis, macrophages release anti-inflammatory cytokines that promote a shift in the macrophage population to a reparative phenotype, which can contain the inflammatory response, thereby reducing adverse effects. cardiac remodeling. Alternatively activated macrophages (reparative /M2, Ly6CloCD206+ CD204+) secrete IL-10, chitinase 3-like protein type 3, resistin beta, activate arginase-1 and CD206, and also inhibit the activity of CD4 T cells and granulocytes, thereby exhibiting anti-inflammatory properties. Interestingly, targeted depletion of the M1 or M2 population with liposomes clodronate leads to impaired myocardial recovery, promotes LV dilatation, reduces vascularization and increases mortality after myocardial injury. An important role in the pathogenesis of CHF belongs to the body’s immune reactions.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

к.м.н., доцент Тошкенов Э.М.,
Студент магистры 3го курса Хамидов О.Х.
Кафедра неврологии Андижанского
Государственного медицинского института.

Введение. Головная боль напряжения - это распространенное состояние, которое может возникать у людей разных возрастов и профессий. Она характеризуется давящей или сжимающей болью в области лба, висков или затылка. Головная боль напряжения может быть вызвана различными факторами, такими как стресс, усталость, неправильное питание, недостаток сна, плохая осанка или длительное нахождение в одной позе. Головная боль напряжения может снижать качество жизни и производительность человека, поэтому важно знать, как ее предотвратить и лечить.

Ключевые слова: головная боль напряжения, качество жизни, стресс, усталость, Европейский опросник качества жизни.

Цель: Оценка качества жизни больных с головной болью напряжения.

Материалы и методы: На курорте «Хумсон» проведено исследование качества жизни 94 больных головной болью напряжения с использованием Европейского опросника качества жизни – 5 направлений сфер здоровья: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль и настроение. Больные в зависимости от выбора комплекса лечения были поделены на три группы. Первая группа получала бальнеолечение и транскраниальную электростимуляцию головного мозга, во второй группе бальнеолечение сочеталось с электрофорезом милдроната эндоназально, больные третьей группы принимали только бромйодные ванны и лечебный бассейн. До лечения средний балл состояния здоровья для всех групп равнялся $0,59 \pm 0,18$, или 59%.

Заключение: После лечения при сравнении показателей оценки качества жизни во всех группах значимо вырос балл состояния здоровья, а именно в группе, принимавшей бальнеолечение, он составил 79%, в группе с ТЭС — 84%. В группе больных, получавших базисное лечение в сочетании с электрофорезом милдроната, результат комбинаций ответов в тесте повысился до 89%.

Данные исследования качества жизни, которое является, по современным представлениям, показателем общего благополучия и степени комфортности по EuroQol-5D, показывают существенное и сопоставимое увеличение балла состояния здоровья у всех групп обследуемых, что отражает улучшение качества жизни в результате проведенного лечения. Максимальные значения данного показателя достоверно отмечены у больных второй группы, принимавших базисный курс в сочетании с электрофорезом милдроната. Можно уверенно констатировать: комбинация физических методов лечения и бальнеотерапии имеет значимые преимущества перед монотерапией бальнеофакторами.

Литература

1. Актуальные вопросы грязелечения и бальнеофизиотерапии/А. Н. Разумов, Н. И. Аверьянова, Е. В. Владимирский и др.— Пермь, 2006. — 286 с.
2. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: руководство для врачей и научных работников/ А. Н. Белова. М., 2004. — 434 с.
3. Верес И. А. Опыт применения электрофореза милдроната/И. А. Верес//Материалы VII Межд. научно-практ. конф. «Здоровье и образование в XXI веке».— М., 2006.



СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТДА ТУРЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Исакова Юлдуз Нуриддиновна
Самарқанд давлат тиббиёт
университети мустақил изланувчиси
Тел: +998 90 224 50 57
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Сурункали йирингли ўрта отитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам жарроҳлик усулларини бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

КАЛИТ СЎЗЛАР: сурункали йирингли ўрта отит, даволаш, консерватив, жарроҳлик, физиотерапевтик даво.

Сўнги 20 йил ичида эшитиш пасайишининг частотаси 6% га ошди. Шу сабабли сурункали йирингли ўрта отитда эшитиш пасайишини ўз вақтида ташхислаш ҳозирги кунгача долзарб вазифалардан бири бўлиб қолмоқда.

Ўтган асрнинг ўрталарида жарроҳлик техникасининг ривожланиши, микро асбобларнинг такомиллашиши ва амалиётга операцион оптиканинг кенг жорий этилиши билан ўрта кулоқдаги радикал операциялар камроқ «радикализм» билан амалга оширила бошланди, патологик жараён бўлмаган суяклар ва функционал муҳим бўлган товуш ўтказувчи аппарат элементлари максимал даражада сақланиб қолинди. «Очиқ» амалга ошириладиган ушбу операциялар енгил (консерватив, ўзгартирилган) радикал операциялар деб номланди.

Кенг тарқалган йирингли-кариоз жараёнлар, холестеатома, ярим доирасимон канал фистуласи, юз нервининг парезида, калла суяги ичида отоген асоратлар бўлганда ва унга шубҳа қилинганда «очиқ» санацияловчи (тозаловчи) операцияларнинг самарадорлиги исботланган. Шу билан бирга, ҳозирги вақтда товуш ўтказувчанлиги элементларининг сезиларсиз деструкцияси кузатилган кичик ҳажмли яллиғланишларда ўрта кулоқда «ёпиқ» санацияловчи операциялар кенг тарқалди. Улар ташқи эшитув йўлининг орқа суяк деворини ва сўрғичсимон ўсиқдаги ретротимпанал суяк-ҳаво бўшлиғини сақлаб қолишни ва уни кенгайтирилган адитус орқали ноғора бўшлиқ билан боғлашни кўзда тутди. «Очиқ» амалга оширилиб, давомида турли хил материаллар билан мастоидопластика ўтказиладиган аралашувларни санация операцияларининг алоҳида гуруҳига киритишни таклиф қилишди. Улар «сўрғичсимон ўсиқнинг облитерацияси билан умумбўшлиқли операция» сифатида белгиланиши керак деб ҳисоблашади.

Сўнги 40 йилда операциядан кейинги бўшлиқларни бирламчи ва иккиламчи ёпишга - мастоидопластикага мурожаат қилинмоқда. Биологик ва нобиологик пластик материаллар - оёқчадаги бириктирувчи тўқимали ва мушак-периостеал лоскутдан тортиб, бириктирувчи тўқима-мушак-суякли лоскут, сўрғичсимон ўсиқ кортикал суяк стружкалари билан оёқчадаги периостеал лоскут, суяк илигидан қисман маҳрум бўлган ғовак аутосуяк деминерализацияланган суяк аллотрансплантати, шаклантирилган қовурға тоғайи аллотрансплантати, биофаол ва биоинерт керамикагача қўлланилмоқда.

СЙЎО ни консерватив даволашнинг кўплаб усуллари кўп ҳолларда муваффақиятсиз эканлигини кўрсатди. Ҳозирги вақтда ўрта кулоқ тузилмаларининг янада деструкцияланишига йўл қўймаслик ва меъёрий жисмоний фаолликни таъминлаш учун ўрта кулоқ бўшлиқларини эрта санациялаш ва ноғора бўшлиқ элементларини қайта тиклаш бўйича тактик қоида мавжуд. Ушбу қоида, айниқса, болалик даврида, деструктив ва холестеатомали жараёнлар ўсаётган, ривожланаётган организмнинг ўзига хос хусусиятлари туфайли янада тажовузкор кечаётганда айниқса долзарбдир.

Санацияловчи операциянинг функционал ва анатомик натижалари касалликнинг давомийлиги, патологик жараённинг оғирлиги ва жарроҳлик аралашувни ўтказиш вақтига бевосита боғлиқлиги аниқланди. Шу муносабат билан, кўпчилик санация операциясини имкон қадар эрта ўтказишни тавсия қиладилар. Шунинг учун, эрта болаликда операция қилишни тавсия этмайдиган, 10-12 ёшгача бўлган болаларда СЙЎО ни жарроҳлик йўли билан эмас, консерватив даволаш керак деган фикрларини ҳозирги вақтда нотўғри/



ишончсиз деб ҳисоблаш мумкин. Гарчи ҳозирги вақтда аксарият отохирурглар эрта муддатларда ўтказиладиган хирургик даволаш тамойилини тан олсалар-да, болаларга тавсия этиладиган ўрта кулоқ операцияларининг турлари бўйича мавжуд бўлган фикрлар бири-бирига қарама-қаршидир. Патологик жараёнга қараб ўрта кулоқда ўтказилган санацияловчи операцияларнинг узок муддатли натижаларига асосланиб, айниқса, ўрта кулоқ бўшлиқларида холестеатома мавжуд бўлганда операциянинг “очиқ” ёки “ёпик” турини танлаш, жарроҳлик даволашни иккита ёки битта босқичда ўтказиш масаласи хорижий адабиётларда ҳалигача муҳокама қилинмоқда.

Шундан қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, сурункали йирингли ўрта отитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам жарроҳлик усулларини бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Крюков А. И. и др. Алгоритм хирургического лечения больших хроническим гнойным средним отитом //Клиническая больница. – 2017. – №. 4. – С. 22.
2. Лиходовская К. М. Современные аспекты хирургического лечения хронического гнойного среднего отита //Актуальные вопросы современной медицины. – 2017. – С. 49-50.
3. Abraham Z. S. et al. Prevalence and etiological agents for chronic suppurative otitis media in a tertiary hospital in Tanzania //BMC research notes. – 2019. – Т. 12. – С. 1-6.
4. Naqdad M. et al. Evaluation of complications and management of chronic suppurative otitis media: a retrospective study //Pakistan Journal of Medical & Health Sciences. – 2022. – Т. 16. – №. 05. – С. 461-461.
5. Master A., Wilkinson E., Wagner R. Management of chronic suppurative otitis media and otosclerosis in developing countries //Otolaryngologic Clinics of North America. – 2018. – Т. 51. – №. 3. – С. 593-605.



СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТДА ЭШИТИШ ПАСАЙИШИНING ЎЗИГА ХОС ХУСИЯТЛАРИ

Исакова Юлдуз Нуриддиновна
Самарқанд давлат тиббиёт
университети мустақил изланувчиси
Тел: +998 90 224 50 57
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Сурункали йирингли ўрта отитда ҳам кондуктив, ҳам сенсоневрал эшитиш пасайиши учраб, охириги йилларда сенсоневрал эшитиш пасайиши устунлик қилмоқда, шу сабабли тадқиқотларда ушбу ҳолатни инобатга олган ҳолда даволаш усулини тўғри танлаш муҳимдир.

КАЛИТ СЎЗЛАР: сурункали йирингли ўрта отит, тарқалиши, ташхислаш, омиллар, яллиғланиш.

Сурункали йирингли ўрта отит (*otitis media purulenta chronica*) - бу ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши бўлиб, у белгилар триадаси: ноғора парданинг турғун тешилиши, қулоқдан доимо ёки вақти-вақти билан такрорланадиган йиринг оқиши ва касаллик узоқ давом этганда аста-секин кучаядиган турли даражадаги эшитишнинг пасайиши билан тавсифланади.

Сурункали йирингли ўрта отит нафақат ўрта қулоқда сезиларли патология келтириб чиқаради, балки ички қулоққа ҳам таъсир қилиши мумкин. Цитокинлар, яллиғланиш хужайралари ва бактериал маҳсулотлар думалоқ дарча мембранаси орқали ҳаракатланиб, чиғаноққа ўтади, бу сенсоневрал карлик ривожланиши хавфи ҳисобланади. Эшитиш қобилиятининг сезиларли даражада бузилишидан азият чекканларнинг 20%да отитнинг натижаси сифатида юқумли табиатли карлик учрайди. ЛОР патологияси бўлган, ёрдам сўраб мурожаат қилган беморлар орасида ўрта отит бўлган беморлар сони 28,5% га етган. Беморларнинг 60,1%да сенсоневрал, 21,5%да кондуктив ва 18,4%да аралаш карлик ташхисланган.

Катталардаги эшитиш пасайишининг сабаблари таҳлил қилинганда, улар ичида энг кенг тарқалгани ўткир ва сурункали йирингли ўрта отит (48,3%) эканлиги аниқланди. 14,7% да – эшитишнинг пасайиши ототоксик таъсирга эга дориларни қўллаш натижасида, 8,4% да – бош-мия жароҳати, 6,0%да – грипп, 5,0% да – эпидемик менингит туфайли юзага келган. Пресбиакузис текширилганларнинг 5,6%да ташхисланган. Ҳар бир давлат аҳолисининг камида 80% маълум бир даражадаги эшитиш пасайишидан азият чекмоқда.

Беморларнинг аксариятида сенсоневрал карлик қайд этилган бўлса-да, катта ёшли беморларнинг деярли тўртдан бирида товушни қабул қилиш аппаратининг шикастланиши ўрта қулоқ патологияси билан бирга кечади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг саноат ривожланган мамлакатлар бўйича тақдим этган статистик маълумотида кўра, Россияда турли этиологияли эшитиши заиф бўлган 16 ёшгача бўлган болалар сони 600 мингдан ошади. Болаларда эшитишнинг пасайиш даражасини яхши баҳоламаслик келажакда катта муаммоларга олиб келади. Агар ҳаётининг биринчи йилларида бу нутқ, ақл ва ижтимоий-эмоционал кўникмалар ривожланишига таъсир қилса, кейинчалик боланинг ижтимоий мослашуви, касб танлашда ва охир-оқибат инсон ҳаётининг йўналишида рол ўйнайдиган таълим тури билан боғлиқ муаммолар ҳам эшитиш ҳолатига боғлиқ бўлади.

Эшитишнинг узоқ ва сезиларли даражада пасайиши, айниқса оғир холестеатомали жараён билан кечадиган сурункали йирингли ўрта отитда қайд этилади. Болалардаги қулоқ касалликларини таҳлил қилиш - карликнинг асосий сабаби экссудатив отит эканлигини кўрсатди, 12% ҳолларда сенсоневрал карлик ташхисланган, турли босқичлардаги сурункали йирингли ўрта отит 11,7% кузатувларда аниқланган ҳисобланади.

Сўнги йилларда сурункали йирингли ўрта отитнинг кўпайиш тенденцияси қайд этилмоқда ва натижада аралаш карлик бўлган беморлар сони ортмоқда. Москва вилоятида сўнги беш йил ичида эшитиш органининг касалланиш кўрсаткичи ҳар мингта аҳолига 43,3 дан 47,7 гача кўтарилди ва ушбу патология вилоятдаги болаларнинг касалликлари ичида 2,4% ни ташкил қилади, яъни барча нозологик шакллар орасида тўққизинчи ўринни



эгаллайди. Ҳолбуки, катталарда бу кўрсаткич мингта аҳолига 22,4 ни ташкил қилади.

Шундан қилиб, ҳулоса қилиш мумкинки, сурункали йирингли ўрта отитда ҳам кондуктив, ҳам сенсоневрал эшитиш пасайиши учраб, охириги йилларда сенсоневрал эшитиш пасайиши устунлик қилмоқда, шу сабабли тадқиқотларда ушбу ҳолатни инобатга олган ҳолда даволаш усулини тўғри танлаш муҳимдир.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Исаченко В. С. и др. Медицинские и социальные аспекты проблемы хронических гнойных средних отитов //Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 23. – С. 349-356.
2. Haqdad M. et al. Evaluation of complications and management of chronic suppurative otitis media: a retrospective study //Pakistan Journal of Medical & Health Sciences. – 2022. – Т. 16. – №. 05. – С. 461-461.
3. Hidayat R. Pathophysiological to Clinical Aspects of Chronic Suppurative Otitis Media (CSOM): Narrative Literature Review //Archives of The Medicine and Case Reports. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 246-255.
4. Islam M. S. et al. Sociodemographic Factors of Atticoantral Chronic Suppurative Otitis Media //Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology. – 2020. – Т. 26. – №. 2. – С. 136-141.
5. Mahdiani S., Lasminingrum L., Anugrah D. Management evaluation of patients with chronic suppurative otitis media: a retrospective study //Annals of medicine and surgery. – 2021. – Т. 67. – С. 102492.
6. Parmar S. M., Sood A., Chakkal H. S. Prevalence of chronic suppurative otitis media in schoolgoing children //Indian Journal of Otology. – 2018. – Т. 24. – №. 4. – С. 223-226.



АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Камилов Хасан Бахриддинович
Самостоятельный соискатель
Ташкентской медицинской академии
Тел: +998 91 542 12 21
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Исследованию адено tonsиллярной проблемы за последние десятилетия посвящены многочисленные работы. Несмотря на это, данная область остается одной из актуальных в детской оториноларингологии и педиатрии в целом. Интерес специалистов к данной теме объясняется значительной распространенностью и неуклонным ростом заболеваемости хроническим аденоидитом среди детского населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания глоточной миндалины, распространенность, иммунитет, диагностика, лечение.

Распространенность хронических воспалительных заболеваний глоточной миндалины зависит от возраста: у детей 2-3-х лет она не превышает 2%, у детей дошкольного возраста составляет 5%, а в пубертатном возрасте и у подростков повышается до 14,4%.

Обращают внимание на рост ежегодной заболеваемости детей и подростков хроническими формами болезней рото- и носоглотки. Она особенно высока у подростков и составляет 3500 на 100 000 в год.

Гипертрофия глоточной миндалины является наиболее частой причиной носовой обструкции у детей. Аденоиды встречаются у 45% детей дошкольного возраста. До настоящего времени считается, что к периоду полового созревания происходит инволюция аденоидных вегетаций. Данный постулат формирует у врача мнение, что у взрослых аденоидов быть не должно. Однако, внедрение новых диагностических технологий, таких как оптическая эндоскопия и компьютерная томография привело к достаточно частому выявлению гипертрофии глоточной миндалины у взрослых, что ставит под сомнение вывод о ее возрастной инволюции.

Влияние заболеваний глоточной миндалины на состояние полости носа и околоносовых пазух хорошо изучены в детской практике. Однако сведения о распространенности гипертрофии глоточной миндалины и воздействии данной патологии на околоносовые пазухи у взрослых пациентов скудно освещаются в современной литературе. Нет однозначного ответа на вопрос: почему у одних детей происходит физиологическая инволюция глоточной миндалины, а у других нет; воздействие каких внешних и внутренних факторов поддерживает и стимулирует гипертрофию аденоидных вегетаций во взрослом состоянии. На современном этапе доказана важнейшая роль глоточной миндалины у детей как иммунокомпетентного органа. Однако какую роль она играет в жизнедеятельности взрослого человека остается неизученным, где заканчивается норма и начинается патология в этом сложном вопросе.

Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вызванные нарушением носового дыхания застойные явления в слизистой оболочке полости носа способствуют развитию воспалительных процессов в околоносовых пазухах и нередко приводят к хронизации процесса у детей. Поэтому в детском возрасте большинство авторов предлагают включать аденотомию в комплекс лечебных мероприятий при хронических и рецидивирующих синуситах. У взрослых пациентов недостаточно изучено и влияние аденоидов на состояние слуховой трубы и среднего уха, хотя большое значение аденотомии в подготовке к тимпанопластике у пациентов данной возрастной категории, отмечалось некоторыми авторами.

Весьма противоречивы данные литературы о состоянии местного и системного иммунитета у детей, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями лимфоидного глоточного кольца. Во многом это определяется неоднородностью возрастных групп больных детей, у которых проводились исследования, и нередко обобщаются иммунологические данные, полученные у детей и взрослых независимо от возраста.

Нет единого мнения в отношении тактики лечения хронического тонзиллита и аденоидита



у детей. Многие авторы концентрируют свое внимание на лечении хронического тонзиллита или аденоидита, как изолированных очагов воспаления, но у детей такой подход не всегда оправдан, что требует разработки тактики комбинированного лечения этих заболеваний.

Носоглотка - один из основных уровней обструкции дыхательных путей и поэтому кисты и гиперпластические процессы в этой области часто бывают причиной синдрома ночного апноэ. Вместе с тем, современный этап оториноларингологии ознаменован широким внедрением эндоскопии и компьютерной томографии, обеспечивающим более высокий уровень диагностики, отвечающий принципам доказательной медицины.

Таким образом, в настоящее время необходимо расширить представления о хронических воспалительных заболеваниях носоглотки у взрослых, современных методах их диагностики и лечения.

Список использованной литературы:

1. Марков Г. И. и др. Профилактика и консервативное лечение гипертрофии носоглоточной миндалины //Российская оториноларингология. – 2021. – Т. 20. – №. 1 (110). – С. 56-60.
2. Шишкунова Т. М., Накатис Я. А., Рымша М. А. Современные методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения детей с хроническим аденоидитом //Актуальные вопросы оториноларингологии. – 2022. – С. 65-69.
3. Bulfamante A. M. et al. Adenoidal disease and chronic rhinosinusitis in children—is there a link? //Journal of Clinical Medicine. – 2019. – Т. 8. – №. 10. – С. 1528.
4. Purnell P. R., Ramadan J. H., Ramadan H. H. Can symptoms differentiate between chronic adenoiditis and chronic rhinosinusitis in pediatric patients //Ear, Nose & Throat Journal. – 2019. – Т. 98. – №. 5. – С. 279-282.
5. Yakovets K. et al. Modern approaches to diagnostic and treatment of adenoiditis in children //SWorldJournal. – 2023. – №. 19-01. – С. 130-137.



РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Камилов Хасан Бахриддинович
Самостоятельный соискатель
Ташкентской медицинской академии
Тел: +998 91 542 12 21
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Проблема хронических заболеваний лимфаденоидных образований носоглотки у детей включает множество нерешенных вопросов диагностики и лечения этих болезней, ответы на которые могут дать клиничко-иммунологическое сопоставление, учитывающие возрастные особенности местной и общей иммунной защиты детского организма.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания глоточной миндалины, распространённость, иммунитет, диагностика, лечение.

Хронические воспалительные заболевания лимфаденоидного глоточного кольца Пирогова-Вальдейера - хронический тонзиллит и хронический аденоидит -представляют собою одну из важнейших проблем не только детской отоларингологии, но и педиатрии в целом.

Это наиболее распространенные заболевания среди хронических форм патологии детского возраста, а тонзиллэктомия остается самым частым хирургическим вмешательством у детей.

Пусковым фактором развития этих заболеваний являются патогенные или условнопатогенные микроорганизмы, персистирующие в лимфоидной ткани миндалин из-за ослабленного антигенспецифического иммунного ответа организма и вызывающие местный воспалительный процесс.

В свою очередь хронические очаги воспаления в носоглотке изменяют иммунобиологическую реактивность детского организма и обуславливают развитие вторичных иммунопатологических состояний и иммунной недостаточности.

Хронический аденотонзиллит служит причиной подверженности детей частым респираторным заболеваниям, развития тонзиллогенной интоксикации, аутоиммунных заболеваний - ревматизма, гломерулонефрита, ИГА-нефропатии, геморрагического васкулита и ряда других болезней детского возраста.

Чрезвычайно осложняет анализ клиничко-иммунологических данных различных авторов отсутствие общепринятой классификации хронических воспалительных заболеваний глоточного кольца. Широко используются классификации хронического тонзиллита, но они ориентированы на заболевания взрослых, хотя и применяются детскими отоларингологами.

Хронический тонзиллит и другие заболевания лимфоидного глоточного кольца у детей формируются на фоне развития и становления иммунной системы, поэтому отличаются по своим проявлениям от соответствующих болезней взрослых, у которых лимфоидные органы уже полностью сформированы.

Они трудно распознаются в первые 3-5 лет жизни, когда чаще проявляется гипертрофия миндалин (в большинстве случаев это гипертрофический тонзиллит и аденоидит). Для них характерны подверженность детей частым респираторным вирусным инфекциям (часто болеющие дети) или нарушения дыхания (апноэ во время сна), лимфадениты, повторные средние отиты, и только тщательное отоларингологическое и микробиологическое обследование позволяет выявить наличие воспалительного процесса в небных и глоточных миндалинах.

Часто имеются сочетанные поражения небных и глоточных миндалин. У детей старше 12-14 лет носоглоточная миндалина начинает подвергаться возрастной инволюции, и изолированный хронический тонзиллит становится преобладающей формой патологии у подростков и взрослых.

С возрастом ребенка изменяется спектр патогенной и условнопатогенной микробной флоры, выделяемой из лакун миндалин больных детей. У детей в возрасте до 5 лет жизни



особенно часто обнаруживаются инфекции *Neomophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и анаэробная флора.

В возрасте 5-7 лет, по данным ряда авторов, преобладающей патогенной флорой становятся стафилококки и гемолитический стрептококк группы А, а у более старших детей - преобладает смешанная микрофлора, включая анаэробную флору и грибы.

Неясными остаются причины персистенции патогенов в лимфоидных образованиях носоглотки. У части детей это простое носительство без признаков воспаления, но у многих персистенция микроорганизмов влечет за собой хронический воспалительный процесс.

Более обоснованной представляется гипотеза о полигенных вариациях силы иммунного ответа на определенные специфические антигены микроорганизмов (полиморфизм Fc-гамма G2 рецепторов, определенные фенотипы HLA).

Неоднозначно отношение специалистов к консервативным и хирургическим методам лечения этих заболеваний. Если у взрослых консервативная терапия чаще всего рассматривается, как подготовительный этап для хирургического вмешательства, то в детском возрасте такая тактика не может быть принята. Преимущества аденотонзиллэктомии у детей перед консервативной терапией нельзя считать доказанными, а перечень осложнений оперативных вмешательств достаточно велик. До проведения мультицентровых рандомизированных исследований эффективности хирургического лечения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов трудно дать общую оценку эффективности оперативных вмешательств, а таких исследований до сих пор проведено не было.

В то же время, тактика консервативной органосохраняющей терапии хронических воспалительных заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей обоснована физиологическими особенностями их организма. Но и по данному вопросу пока не достигнуто единой точки зрения.

Таким образом, проблема хронических заболеваний лимфаденоидных образований носоглотки у детей включает множество нерешенных вопросов диагностики и лечения этих болезней, ответы на которые могут дать клиничко-иммунологическое сопоставление, учитывающие возрастные особенности местной и общей иммунной защиты детского организма.

Список использованной литературы:

1. Деньгина А. В., Батулин В. А. Этиология, патогенез и лечение хронического аденоидита // Вестник молодого ученого. – 2022. – Т. 11. – №. 1. – С. 27-32.
2. Марков Г. И. и др. Профилактика и консервативное лечение гипертрофии носоглоточной миндалины // Российская оториноларингология. – 2021. – Т. 20. – №. 1 (110). – С. 56-60.
3. Машкова Т. А. и др. Эндогенная интоксикация при хронической патологии глотки у детей // Российская оториноларингология. – 2021. – Т. 20. – №. 3 (112). – С. 94-101.
4. Шишкунова Т. М., Накатис Я. А., Рымша М. А. Современные методы медикаментозного и физиотерапевтического лечения детей с хроническим аденоидитом // Актуальные вопросы оториноларингологии. – 2022. – С. 65-69.
5. Bulfamante A. M. et al. Adenoidal disease and chronic rhinosinusitis in children—is there a link? // Journal of Clinical Medicine. – 2019. – Т. 8. – №. 10. – С. 1528.
6. Pathak K., Ankale N. R., Harugop A. S. Comparison Between Radiological Versus Endoscopic Assessment of Adenoid Tissue in Patients of Chronic Adenoiditis // Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2019. – Т. 71. – С. 981-985.
7. Purnell P. R., Ramadan J. H., Ramadan H. H. Can symptoms differentiate between chronic adenoiditis and chronic rhinosinusitis in pediatric patients // Ear, Nose & Throat Journal. – 2019. – Т. 98. – №. 5. – С. 279-282.
8. Yakovets K. et al. Modern approaches to diagnostic and treatment of adenoiditis in children // SWorldJournal. – 2023. – №. 19-01. – С. 130-137.



БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Ходжаева Нафосат Хабибулло қизи

Тошкент давлат стоматология
институтини мустақил изланувчиси
Тел: +998 90 037 47 00
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Сурункали тонзиллитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам физиотерапевтик муолажаларни бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

КАЛИТ СЎЗЛАР: сурункали тонзиллит, даволаш, консерватив, жарроҳлик, физиотерапевтик даво.

Сурункали тонзиллит нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, невролог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидаги муаммога айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан кўриб чиқилишини тақозо этади. Юқоридагиларни инobatга олган ҳолда, сурункали тонзиллитларни эрта аниқлаш, ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаамоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасаввурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган. Улар қаторига организмда, ҳамма аъзо ва тизимларни меъёрда ишлашини, патологик жараёнларни ривожланиши ва кечишини назорат қилишда муҳим ўрин эгаллайдиган вегетатив нерв тизимида сурункали инфекция ўчоғи, яъни сурункали тонзиллит таъсирида кечадиган ўзгаришларнинг ўрганишни ҳам киритиш мумкин.

Танглай муртақларининг кўп қиррали вазифалари ва биринчи навбатда юқори нафас йўлларида инфекциянинг киришини биринчи ҳимоя бўғинини таъминловчи, иммунитетни шакллантирувчи аъзо сифатида тутган муҳим ўрнини инobatга олган ҳолда уни бутунлай олиб ташлаш тахсисига нисбатан қарашлар ўзгарди, яъни унга нисбатан кўрсатмалар қисқармоқда. Ҳозирги кунда сурункали тонзиллитни даволашда танглай муртақларининг функциясини меъёрлашишига уни сақлаб қолишга қаратилган даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда. Аммо, ҳасталик билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган кўп консерватив усуллар ишлаб чиқилганига қарамай, уларнинг самарадорли ҳар доим ҳам юқори эмас. Жаҳон адабиётларида сурункали тонзиллитни, барча ички аъзоларга, жумладан юрак-қон томир, асаб, эндокрин ва бошқа тизимларига таъсири кенг ёритилган.

Сурункали тонзиллит беморларни даволашда ҳар хил усуллар қўлланилади, аммо касалликни у ёки бу босқичларида танглай безларини олиб ташлашнинг мақсадга мувофиқлиги ҳалигача очиқ қолмоқда. Тонзиллэктомия фақатгина 30% компенсацияланган тонзиллитли беморларда ўтказилар эди, аммо асоратлари ривожланган беморларнинг 30-50% бу усулнинг самараси бўлмади. Охирги ўн йил ичида тонзиллэктомия камайганини кўрсатишди. Улар буни, операциядан сўнг бир неча бор касаллик зўрайгани, томоқ яллиғланишини кучайгани, тана ҳароратини ошгани, беморни умумий ҳолатини ёмонлашгани билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Иммуно бирикмалар, С3а ва С5а комплементларининг миқдорини ошиши тонзиллэктомия учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади. Шунинг учун, тонзиллитни даволашда жарроҳлик усулини фақатгина асоратлар йўғида ўтказиш ва унга дифференциал ёндошиш кераклиги тўғрисида хулоса қиладилар. Шунингдек, аллергия ринит сурункали тонзиллит билан бирга келганда, унинг кўп маротаба зўрайишларида, касалликни этиологик омилини аниқлаш лозим, агарда *Haemophilus Influenzae* бор бўлиб, уни вируслар ва бактериялар ёки уларнинг токсинлари билан боғлиқлиги аниқланса, жарроҳлик усули тўғрисида ҳал қилиш керак деб уйлайдилар. Тонзиллит ҳуружида жарроҳлик усулини маслаҳат бермайдилар. Сурункали тонзиллит унча узоқ вақт олдин кечмаган, умумий заҳарланиш белгилари бўлмаса беморларга консерватив даволашни маслаҳат берадилар. Яллиғланишнинг маҳаллий белгилари йўқолса, ангина қайталанишлари тўхта



консерватив даволашни давом эттиришга асос бўла олади.

Сурункали тонзиллит патогенетик терапиясида фагоцитоз стимуляторларини қўллаш истикболлидир. Стрептококкли тонзиллитни даволашда муртак безларига Альфа-стрептококкларни қайта юктиришни таклиф қилишмоқда. Чунки альфа-стрептококк оғиз бўшлиғи ва томоқни нормал микрофлораси таркибига киради ва инфекцияга қарши иммун ҳимояни ривожланишида аҳамияти катта. Тонзиллитэктомиядан сўнг альфа-стрептококкларнинг микдори ошган. Бу флора ҳамма антибиотикларга таъсирчан бўлиб, тонзиллитни даволашда патоген флорага нисбатан тезроқ нобуд бўлади.

Маълумки, сурункали тонзиллит организмнинг иккиламчи иммунтанқислик ҳолатининг маҳсули ҳисобланади, шунинг учун агарда уни консерватив даволашда иммунтикловчи дори воситалари қўлланилмаса, ангинанинг тез-тез рецидивлари учрайди ва метатонзилляр асоратлари ривожланади. Иммунстимуляция ва организмнинг табиий резистентлигини кўтариш мақсадида муаллифлар аутозардоб, тонзилляр цитозардоб, левомизол, тималин, Т-активлик, тимоген, ИРС-19, “Анизон”, Биопарокс каби яллиғланишга қарши аэрозол дорилар таклиф қилишди. Тонзиллитларнинг комплекс этиопатогенетик терапиясида лимфатик тизимнинг аҳамиятини назардан қочирмаслик лозим.

Сурункали тонзиллит муаммоси – бу биринчи навбатда бўшлиқларнинг дренажлик вазифасини ўзгариш муаммоси. Амалиётда сурункали тонзиллит энг кенг тарқалган консерватив даволаш усули бу муртак безлари бўшлиқларини ювиш. Бу мақсад учун ҳар хил дори воситалари қўлланилади (фурациллин, пенициллин, риванолнинг глициринли ва сувли эритмалари, хлоридиоксидин, йодиноксидин, диоксидин, хлорфиллипт, хлорли йод ва бошқалар.

Бу дорилар, бўшлиқларни механик тозалаш билан бир қаторда муртак безларининг иммунологик фаолигини мустаҳкамлайди, бўшлиқларнинг Ph муҳитини ўзгартиради ва х.к. Хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси ва хлорли йод муртак безларининг бўшлиқлари шиллик қаватини куйиши ва торайишини таъминлайди.

Муртак безлари бўшлиқларини ювганда, у ичидаги патологик омиллардан тозаланади, бу ўз навбатида муртак безлари тўқималарининг сўриш қобилятини пасайтиради, натижада организмнинг аллергизацияланиш даражада камаяди. Муртак безлари паренхимаси ва шиллик қаватига таъсир кўрсатиш учун бўшлиқларни ювиш билан бир қаторда без ва равоқларига бетадин, люголь, суркалади. Гелий-неонли лазер муртак безларининг ҳамма гисто тузилмаларига таъсир кўрсатишини кўрсатди. Сурункали тонзиллит юқори энергетик лазер ёрдамида комплексли консерватив даволашганида лимфоид тўқимада бузилган вегетатив балансни тикланиши ва компенсатор-мослашуви жараёнларни кучайишини кўрсатишган.

Шундан қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, сурункали тонзиллитни даволаш комплекс ёндашувни талаб қилади, шу сабабли ҳам медикаментоз даволаш, ҳам физиотерапевтик муолажаларни бирга қўллаш юқори самарадорликка эришишга имкон беради.

Литература:

1. Коркмазов М. Ю. и др. Лечебно-диагностические подходы в терапии хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 20. – С. 90-99.
2. Рязанцев С. В., Еремина Н. В., Щербань К. Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита //Медицинский совет. – 2017. – №. 19. – С. 68-72.
3. Vaşkan Vuralkan F., Bayar Muluk N., Sih T. Tonsillitis: Symptoms and Treatment //Airway diseases. – Cham: Springer International Publishing, 2023. – С. 1-10.
4. Windfuhr J.P., Toepfner N., Steffen G., Waldfahrer F., Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;273(4):973-87



СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ РИВОЖЛАНИШИДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎРНИ

Ходжаева Нафосат Хабибулло қизи

Тошкент давлат стоматология
институтини мустақил изланувчиси
Тел: +998 90 037 47 00
bonusha-uz@list.ru

АННОТАЦИЯ: Сурункали тонзиллит кўп омилли касаллик бўлиб, бутун организм билан ҳамбарчас боғлиқ бўлади. Касалликнинг тез-тез қайталаниши организмдаги кескин иммунологик танқислик ва яллиғланиш жараёнининг тарқалишига олиб келади.

КАЛИТ СЎЗЛАР: сурункали тонзиллит, ташхислаш, ёндош касалликлар, иммунологик танқислик, сурункали яллиғланиш жараёни.

Сурункали тонзиллит кенг тарқалган касалликлар гуруҳига кириб, республикада аҳолининг 16%ида қайд этилади. Сурункали тонзиллит умумий инфекцион аллергик касаллик бўлиб, бодомча безларининг сурункали яллиғланиши билан кечадиган касалликдир. Сўнгги 15 йилликда изланувчиларнинг эътибори организмнинг асосий иммунитет аъзоси билан бир пайтда кўпгина юқумли касалликларни ташувчи ҳисобланган лимфоид ютқин халқасидаги муртақларга қаратилиши ортиб бормоқда. Организмдаги етарли даражадаги кўпгина инфекция ўчоқлари ичида муртақ безлари патоген ҳолат юзага келиши бўйича нафақат катталар, балки шуниси ўта муҳимки болаларда кўп учрайди. ЛОР-аъзоларининг касалликлари ичида сурункали тонзиллит учраши болаларда 38,4%, катталарда – 10,7% ташкил қилади. ўтказилган текширувларга асосан бир қатор сурункали касалликларни учраши кўпаймоқда ва уларнинг орасида сурункали тонзиллит етакчи ўринда туради.

Сурункали тонзиллит ва ҳамроҳ касалликлардан кўшимча равишда синуситлар, йирингли ўрта отит, инфекция ўчоқлари кузатилади. Маълумот танглай муртақдаги юқумли ўчоқ ҳамроҳ касалликларини асосий сабабчиси деб қаралмаслигига имкон яратади. Юқорида санаб ўтилган юқумли ўчоқлар таъсири натижасида организмда доим аутоинфекция, яъни бактериал таъсир тўқималарининг маҳаллий ва умумий аутоаллергияси сурункали тонзиллитнинг ривожланиши ва турғунланишига олиб келиши мумкин.

Сурункали тонзиллит ва ҳамроҳ касалликларнинг ривожланишида бурундан нафас олишни турғун бузилиши (аденоидлар, бурун тусиғининг қийшайиши) каби ҳолатлар кузатилади. Бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, тишлар кариеси, сурункали фарингит, сурункали ринит ва бошқа касалликлар сабаб бўлади.

Сурункали тонзиллит болаларда кўпгина касалликларнинг бевосита ёки билвосита сабабчиси ҳисобланади. Муртақлар сурункали яллиғланиш ўчоғи ва тонзиллоген жараённинг ривожланиш юқумли манба ва микроорганизмнинг узоқ муддатли ўзаро таъсирини натижасида келиб чиқади. Бунинг учун микроорганизмнинг умумий ва маҳаллий реактивлиги муҳим роль ўйнайди. Шу билан бирга лакуналар бўшлиғидаги ҳосилалар лакуналар олди (перилакунар) нерв чигаллари, лакуналарнинг эпителиал қавати остидидаги хеморецепторлар ҳолати, «лакуналарда патоген флоранинг муртақ тўқимаси билан узоқ вақт алоқаси ҳам асосий ўрин эгаллайди.

Организм қаршилигини (реактивлигини) пасайишига олиб келувчи вирусли инфекциялар, қайталанувчи ангиналар, рахит, қизамиқ, қизилча эндокрин ва хазм тизимининг касалликлари ҳам сурункали тонзиллитнинг келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди. Организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетининг пасайиши, сурункали инфекция ўчоқлари (тишлар кариеси, пульпит, йирингли гайморит), сил интоксикацияси, сунъий ва аралаш овқатланиш, эксудатив диатез, бурундан нафас олишни қийинлаштирувчи аденоидлар (вегетацияси), бурун тусиғининг қийшайиши каби касалликлар ҳам сурункали тонзиллитни ривожланиши учун муҳим омил ҳисобланади.

Ўткир респиратор касалликлар болалар орасида энг кўп тарқалган касалликлар жумласига киради. Болада мойиллик қилувчи омиллар мавжуд бўлганда ўткир респиратор касалликлар, адекват даволанмаса кўпинча асоратли кечади ва сурункали касалликларни кўзишига сабаб бўлади. Маълумки ўткир респиратор касалликлар сурункали тонзиллитни



қўзишига олиб келади. Сурункали тонзиллит эса ўз навбатида юқори нафас йўлларида ўткир яллиғланиши касалликларнинг кечишини оғирлаштиради, ҳам ЛОР касалликликлари оқибатини ёмонлашишига сабаб бўлади.

Ҳозирги вақтда сурункали тонзиллит қон томир, юрак ва буйрак касалликларига олиб келиши ҳар тарафлама ўрганилган. Сурункали тонзиллит дерматознинг ривожланишига олиб келади. Тонзиллэктомия псориазнинг муҳим даволаридан бири деб ҳисоблашади. Сурункали инфекция ўчоғини санацисияси реактив ўзгаришларни нормаллаштиради ва организм аллергияциясини пасайтиради.

Сурункали тонзиллит билан кўпинча нейродерматит ҳам қўшилиб келади. Сурункали инфекция ўчоғини санацисиясиз нейродерматитга самарали даво қилиб бўлмайди. Сурункали тонзиллит коллаген касалликларда (системали қизил волчанка, склеродермия, геморрагик васкулит, тугунли периартрит, дерматомиозит, полиартрит) ҳам муайян аҳамиятга эга. Айрим коллагенозларда ва сурункали тонзиллитда умумий антигенструктура, масалан геморрагик васкулит ва сурункали тонзиллитда умумий антигени бўлади. Сурункали тонзиллит айрим кўз касалликларни келтириб чиқариши мумкин. Танглай муртақларнинг патологияси кўпинча ўпканинг носпецифик касалликлари билан бирга келади. Масалан, эндогенли перибронхит, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлар яллиғланиши ва Пирогов – Вальдейер лимфоид халқасиниш яллиғланишидан кейин юзага келади.

Сурункали тонзиллитда церебрал асоратлар ҳам кузатилади. Сурункали тонзиллит нейроэндокрин ўзгаришларга ҳам олиб келиши мумкин. Буларга семириш ёки озиш, иштаханинг бузилиши, гипергидроз, хайз циклининг ўзгариши, жинсий қувватнинг сусайиши каби белгилар кузатилиши мумкин. Сурункали тонзиллит қизларда репродуктив системанинг шаклланишига ҳам таъсир қилади.

Шундан қилиб, **хулоса** қилиш мумкинки, сурункали тонзиллит кўп омилли касаллик бўлиб, бутун организм билан чамбарчас боғлиқ бўлади. Касалликнинг тез-тез қайталаниши организмдаги кескин иммунологик танқислик ва яллиғланиш жараёнининг тарқалишига олиб келади.

Литература:

1. Начаров П., Рязанцев С. Этиологическая и патогенетическая диагностика хронического тонзиллита //Врач. – 2018. – Т. 29. – №. 3. – С. 26-29.
2. Преображенская Ю. С., Дроздова М. В., Рязанцев С. В. Дифференциальная диагностика хронического тонзиллита у часто болеющих детей //Медицинский совет. – 2020. – №. 16. – С. 116-121.
3. Haidara A. W. et al. Tonsillitis and their complications: Epidemiological, clinical and therapeutic profiles //International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2019. – Т. 8. – №. 3. – С. 98-105.
4. Karina T. A., Yohana W., Rodian M. Characteristics of age and oral hygiene status on palatine tonsil size in chronic tonsillitis patients //Jurnal Kesehatan Gigi. – 2021. – Т. 8. – №. 2. – С. 146-156.
5. Wittlinger J, Stankovic P, Girschbach U, Gradistanac T, Güldner C, Teymoortash A, Hoch S, Günzel T, Wilhelm T. Hyperplasia and the degree and activity of inflammation in chronic recurrent tonsillitis: a histopathological study.//Eur Arch Otorhinolaryngol. 2017 Jul;274(7):2927-2932.
6. Zhao H.C., Chen L.E., Zhang X.L., Zhang J., Cao R.J., Zheng T.H., Wang T.F. Analysis and evaluation of droplet digital PCR for H.pylori infections in chronic tonsillitis//Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2016 Sep 5;30(17):1346-1351.



ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУНЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ

к.м.н., доцент **Маматов М.А.**,
Студент магистратуры 3 курса **Мамасадиков А.Р.**
Кафедра неврологии Андижанского
государственного медицинского института.

Введение. Туннельный синдром - это заболевание, при котором сдавливаются нервы, проходящие через узкие каналы в костях или соединительной ткани. Это может вызывать боль, онемение, слабость или покалывание в пораженных областях. Туннельный синдром может развиваться по разным причинам, таким как травма, воспаление, инфекция, артрит или сахарный диабет. Лечение туннельного синдрома зависит от его причины и степени тяжести. В некоторых случаях достаточно консервативных методов, таких как физиотерапия, лекарства или ортезы. В других случаях может потребоваться хирургическое вмешательство для устранения сдавления нерва.

Ключевые слова: туннельный синдром, срединный нерв, локтевой нерв, лучевой нерв, сдавление нерва, боль, онемение, травма.

Цель: Анализировать современные взгляды на трудности диагностики туннельного синдрома.

Диагностика туннельного синдрома - это процесс определения наличия и степени сдавления нервов в узких каналах, образованных костями и связками. Туннельный синдром может приводить к болям, онемению, слабости и дрожанию в затронутых частях тела. Для диагностики туннельного синдрома используются различные методы, такие как анамнез, физикальное обследование, электронейромиография, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. Цель диагностики - установить причину симптомов, определить локализацию и тяжесть поражения нерва, а также исключить другие возможные заболевания.

Надежная диагностика туннельного синдрома запястья производится при помощи следующих диагностических тестов:

Тест Тинеля. Врач постукивает пальцем по поверхности запястья на ладонной стороне, там, где находится анатомическое сужение запястного канала. Это действие у пациента вызывает покалывание в пальцах.

Манжеточный тест. На руку накладывают манжетку от прибора для измерения давления на середину расстояния между локтем и кистью. Затем нагнетают воздух. Давление выдерживают в течение одной минуты. При сужении запястного канала появляется в пальцах покалывание или онемение.

Тест поднятых рук. Пациент поднимает над головой выпрямленные руки. Он держит их в таком положении не более одной минуты. При невропатии запястного канала через сорок секунд у больного в пальцах возникает покалывание или немеют руки.

Сгибание кисти. Больной сгибает руку в запястье и удерживает ее в таком положении. Эта позиция ведет к появлению парестезий и онемению.

Дополнительные методы диагностики туннельных синдромов руки

1. **Электронейрография.** Методикой используют для исследования нервной проводимости. Измеряют скорость прохождения импульса по нерву и оценивают степень выраженности поражения нервных волокон. Исследование точно выявляет зону повреждения нерва.

1. **Электромиография.** Этот метод исследует степень сократимости мышц, которая возникает как ответная реакция на раздражение срединного нерва электрическим током.

1. **УЗИ.** При помощи звуковых волн с высокой частотой выявляют мягкотканые структуры, вызывающие компрессию срединного нерва.

1. **Рентгенография или КТ шейного отдела.** Его проводят для выявления сдавления в шейном отделе нервного сплетения костными образованиями. Выявляются причины туннельного синдрома, такие как артрит, повреждение связок, перелом.

1. **МРТ.** Метод визуализирует мягкотканые образования ткани человеческого тела, которые сдавливают срединный нерв (рубцовые изменения, опухоль)

Вывод: Таким образом, изложенное подтверждает актуальность проблемы своевременной



диагностики компрессионно-ишемических невропатий на фоне низкой настороженности отечественных неврологов и преобладания привычно-шаблонных альтернативных трактовок клинических симптомов и инструментальных методов обследования в сторону гипердиагностики корешкового поражения. Понимание локальных и общих механизмов развития дизрегуляторной патологии периферических нервов при формировании туннельных синдромов имеет ключевое значение в выборе адекватных методов патогенетической терапии.

Литература:

1. Левин О.С. Полинейропатии. МИА, 2005.
2. Меркулов Ю.А., Меркулова Д.М., Крыжановский Г.Н. Эффективность терапевтического влияния дексалгина на вертеброгенные и невертеброгенные механизмы дизрегуляции при болях в спине. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2006; 5: 20–4.



ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ ТУНЕЛЬНЫХ НЕВРОПАТИЙ

к.м.н., доцент **Маматов М.А.**,
Студент магистратуры 3 курса **Мамасадиков А.Р.**
Кафедра неврологии Андижанского
государственного медицинского института.

Введение. Туннельный синдром - это заболевание, при котором сдавливаются нервы, проходящие через узкие каналы в костях или соединительной ткани. Это может вызывать боль, онемение, слабость или покалывание в пораженных областях. Туннельный синдром может развиваться по разным причинам, таким как травма, воспаление, инфекция, артрит или сахарный диабет. Лечение туннельного синдрома зависит от его причины и степени тяжести. В некоторых случаях достаточно консервативных методов, таких как физиотерапия, лекарства или ортезы. В других случаях может потребоваться хирургическое вмешательство для устранения сдавления нерва.

Ключевые слова: туннельный синдром, срединный нерв, локтевой нерв, лучевой нерв, сдавление нерва, боль, онемение, травма.

Цель: Анализировать современные взгляды на трудности терапии туннельного синдрома.

В его основе лежит использование нестероидных противовоспалительных препаратов, противоотечных, анальгетических, антихолинэстеразных, ремиелинизирующих средств, а также физиотерапия (УВЧ, УЗВ с гидрокортизоном на область туннельного канала), акупунктура и лечебная физкультура. При отсутствии эффекта применяют глюкокортикоиды в виде блокад (инъекции осуществляются непосредственно в зону туннеля или в ткани, окружающие нерв) или системной терапии (повторно курсами в течение одного-двух месяцев). Для блокад используют, как правило, кеналог или дипроспан (2 мл на 5 мл 0,5% новокаина или 2% лидокаина); количество блокад определяется давностью заболевания и степенью нарушения функций нерва, но не более 4 с перерывами в две недели.

Радикальным методом лечения туннельных невропатий считается оперативное вмешательство (наружный или внутренний невролиз). Показаниями к операции являются безуспешность или непереносимость глюкокортикоидной терапии; наличие грубых двигательных и чувствительных расстройств или быстрое нарастание неврологической симптоматики; рецидивирующий характер заболевания. Оперативное лечение направлено на декомпрессию нерва и заключается в рассечении тканей, сдавливающих нерв, и в создании оптимальных условий для нервного ствола (пластика канала), предупреждающих его микротравматизацию. Однако примерно в половине случаев возникает необходимость в повторных операциях (в некоторых случаях неоднократно), поэтому консервативная терапия проводится до и после оперативного лечения для достижения максимально возможного восстановления.

Вывод Несмотря на большие успехи и достаточно длительный опыт в изучении и лечении туннельных невропатий, остается много нерешенных вопросов. Этиология и патогенез туннельных поражений нервных стволов изучены не до конца. Исход зависит от своевременности и адекватности лечения, правильных профилактических рекомендаций, ориентации больного в выборе или изменении профессии, предрасполагающей к развитию туннельной невропатии. Все это определяет актуальность означенной тематики и необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

Литература:

1. Данилов А.Б. Витамины группы В в лечении боли // Лечащий врач. — 2009. — № 9. — С. 1-3.
2. Еськин Н.А., Матвеева Н.Ю., Приписнова С.Г. Ультразвуковое исследование периферической нервной системы // SonoAce-Ultrasound. — 2008. — № 18. — С. 65-75.
3. Мельцер Р.И., Ошукова С.М., Иванова И.У. Нейрокомпрессионные синдромы: Монография. — Петрозаводск: ПетрГУ, 2002. — 134 с.



ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ МАВЖУД TORCH ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА TORCH ТЕКШИРУВИ ЎТКАЗИШ УСУЛИ

Olimov Siddiq Sharifovich

<https://orcid.org/0000-0002-1142-6838>

s.olimov5@gmail.com

Sharipova Gulnihol Idiyevna

<https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

gulniholsharipova86@gmail.com

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan.

Abstract. TORCH инфекцияларини ташхислаш, аниқлаш ва эпидемиологик назорат қилишнинг мураккаблиги шундаки, касалликлар кўпинча симптомсиз бўлиб, симптомлар асосида аниқлаш қийинлик тугдиради. Шу сабабли, бир қатор мамлакатларда TORCH инфекцияси учун лаборатория текширувлари ҳомиладор аёллар учун хавфни минималлаштириш учун мажбурий скрининг протоколларга киритилган. Бирламчи скрининг ва ушбу инфекцияга шубҳа қилинган патогенларни аниқлаш учун буюрилади. Бунда асосий лаборатория кўрсаткичлари ўзига хос антитаначаларини икки синфини (АТ), М синфидаги иммуноглобулинларни ва IgG синфидаги иммуноглобулинларни (IgM ва IgG) аниқлашдир.

Keywords. TORCh infected patient, herpetic stomatitis, blisters, treatment.

Тадқиқотнинг асосий мақсади TORCH инфекцияси мавжуд беморларда герпетик стоматитларнинг белгиларини аниқлаш учун лаборатория текширувлари натижаларини ўрганишдан иборат бўлади.

Лаборатория текшируви ИФА усули билан ўтказилди. Текширувлар хар хил гуруҳ TORCH инфекциялари бўйича тадқиқот профили тайинланган беморларнинг турли ёш гуруҳлари эркак ва аёллар учун тестлар ўтказилди.

TORCH асосий диагностик текшириш учун қуйидаги асосий инфекцияларга антитаначалари аниқланди:

1. Toxoplasma gondii IgG (Tox IgG) га антитела
2. Toxoplasma gondii IgM (Tox IgM) га антитела
3. Rubella IgG (Rub IgG) га антитела
4. Rubella IgM (Rub IgM) га антитела
5. Citomegalovirus IgG (CMV IgG) га антитела
6. Citomegalovirus IgG (CMV IgM) га антитела
7. Herpes virus 1 ва 2 IgG (HSV 1/2 IgG) га антитела
8. Herpes virus 1 ва 2 IgM (HSV 1/2 IgM) га антитела
9. Herpes вируси учун антитанчалар 1 ва 2 IgM (HSV 1/2 IgM).

Олинган барча натижалардан серопозитивларнинг улуши 52,72% ни ташкил этди. Асосий компонент IgG herpes вируси, қизилча вируси ва цитомегаловирус учун IgG эди. IgM токсоплазмоз инфекциясига IgM ва IgG антикорларининг мавжудлиги кам ҳолатларда кузатилди. Бундай кўрсаткич дунёнинг аксарият мамлакатларида жуда кам учрайди. Ушбу маълумотлар минтақада инфекциянинг паст даражаси ва ушбу инфекция билан боғлиқ интранатал патология хавфи камайганлигини кўрсатади. Ижобий натижаларига кўра, IgM herpes вируси инфекцияси ва цитомегаловирус етакчи ҳисобланади, бу дунёнинг аксарият мамлакатлари учун стандарт натижадир.

TORCH инфекцияларининг замонавий лаборатория диагностикаси инфекция патогенези ҳақидаги тушунчани кенгайтиради ва юқумли касалликларнинг олдини олишга ёрдам беради. Инфекцияларни эрта ташхислаш эпидемия хавфини камайтиради. Инфекция бўйича аҳолининг энг хавфли гуруҳлари ҳақидаги билимлар ўз вақтида эпидемияга қарши (профилактика) чораларни кўриш имконини беради. Текширишда ушбу сероконверсия гуруҳга киритилган бошқа турдаги патогенларга сероконверсия ҳақида маълумотлар йўқ, масалан: хламидия ва микоплазма, улар кўплаб патологик ҳолатларнинг узоқ муддатли оқибатларига нисбатан камроқ хавфлидир.

TORCH инфекцияларининг текшириш усулидан қутилаётган натижалари:



1. Ҳозирги вақтда лаборатория диагностикаси TORCH инфекцияларини серологик усуллар билан аниқлаш учун етарлича сезгир ва жуда ўзига хос синов тизимларига эга, бу иммуноглобулинларнинг барча синфлари ва турлари учун «ноаник» натижаларнинг минимал фоизи билан тасдиқланган.

2. Тадқиқот натижалари клиник ва социологик маълумотлар билан биргаликда баҳоланиши керак, бу клиник симптомларнинг фоизини аниқлаш ва уларни фарқлаш имконини беради.

3. TORCH профилини скрининг қилиш учун зарур бўлган тестларнинг минимал рўйхати TORCH иккита антитанача синфини ўз ичига олади: IgM ва IgG.

4. Профилактик скрининг лаборатория текширувлари тананинг иммунитет тизимидаги хавф омилларини аниқлашга ва агар керак бўлса, ўз вақтида иммунизация қилишга ёрдам беради.

5. Дунёнинг бошқа минтақаларига нисбатан *Toxoplasma gondii* тарқалиши бўйича муваффақиятли минтақанинг эҳтимоли тасдиқланди.

6. TORCH инфекцияси учун гуморал маркерларни аниқлашнинг ушбу натижалари баъзи патогенлар учун мақсадли концентрацияни ҳисобга олган ҳолда олинган маълумотларни батафсилроқ ўрганиш учун асосдир.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Олимов С.Ш., Шарипова Г.И. Турли ёшдаги беморларда герпетик стоматитни даволаш самарадорлигини ошириш // Тиббиётда янги кун. Бухара. – 2023. – № 5 (58). – С. 271-276. (14.00.00; № 8)

2. Шарипова Г.И., Олимов С.Ш. Беморларда герпетик стоматитни даволаш самарадорлигини такомиллаштириш// Гуманитар ва табиий фанлар журналы. Тошкент. – 2023. – № 3 (09). – С. 16-21. (14.00.00; № 22)

3. Sharipova G. I. The effect of dental treatment-profilactics on the condition of oral cavity organs in children with traumatic stomatitis // Тиббиётда янги кун. Бухара. – 2022. – № 5 (43). – С. 103-106. (14.00.00; № 22)

4. Шарипова Г. И. Эрта ёшдаги болалар травматик стоматитлар билан оғриганда оғиз бўшлиғи микрофлорасининг иммуно-микробиологик жиҳатлари // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарқанд. – 2022. – № 2 (136). – С. 296-298. (14.00.00; № 19)

5. Sharipova G. I. Light and laser radiation in medicine // European journal of modern medicine and practice. Belgium. – 2022. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-41. (Impact factor: 5.71)

6. Sharipova G. I. The use of flavonoid based medications in the treatment of inflammatory diseases in oral mucus //Asian journal of Pharmaceutical and biological research. India. – 2022. – Т. 11. – №. 1. – С. 2231-2218. (Impact factor: 4.465)

7. Sharipova G. I. Changes in the content of trace elements in the saliva of patients in the treatment of patients with traumatic stomatitis with flavonoid-based drugs // Journal of research in health science. Iran. – 2022. – Т. 6. – № 1-2. – С. 23-26. (Scopus)

8. Sharipova G. I., Nuraliyev N. A. General description and research methods used in children with traumatic stomatitis // European Journal of Research. Austria. – 2022.– Т. 7. – № 1. – С. 51-56. (Impact factor: 4.981)

9. Sharipova G. I. Paediatric Lazer Dentistry //International Journal of Culture and Modernity. Spain. – 2022. – Т. 12. – С. 33-37.

10. Sharipova G. I. The effectiveness of the use of magnetic-infrared-laser therapy in traumatic injuries of oral tissues in preschool children //Journal of Academic Leadership. India. – 2022. – Т. 21. – №. 1.

11. Sharipova G. I. Discussion of results of personal studies in the use of mil therapy in the treatment of trauma to the oral mucosa //European journal of molecular medicine. Germany. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 17-21.

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 30.11.2023

Контакт редакций научных журналов. [tadqiqot.uz](http://www.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](http://www.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