Tadqiqot uz

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2020

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

№20
30 сентябрь

conferences.uz

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 20-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ 20-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18

MATERIALS OF THE REPUBLICAN 20-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18

ТОШКЕНТ-2020

УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2020]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 20-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 сентябрь 2020 йил. - Тошкент: Tadqiqot, 2020. - 17 б.

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

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

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

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

2.Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна(Фарғона давлат университети)

3.Тарих саҳифаларидаги изланишлар
Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4.Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

5.Давлат бошқаруви
PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

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 тутган ўрни
Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт
Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш
Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн
Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Мусиқа ва ҳаёт
Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
Доцент Нормирзаев Абдуқаюм Раҳимбердиевич (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари
Доцент Сохадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган мухандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

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

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

21.Кимё фанлари ютуқлари
Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)

22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар
Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География
Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси
© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Расулова Нодира Алишеровна, Расулов Алишер Собирович
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА И УРОВНЯ 25(ОН)Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ.....7
2. Расулова Нодира Алишеровна, Ирбутаева Лола Ташбекова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....9
3. Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна, Шомуродова Гулчехра Хуршидовна
ВЫБОР ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....11
4. Разақова Дилбар Атахановна
ҲАВО - ТОМЧИ ЙЎЛИ ОРҚАЛИ ЮҚАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ.....13
5. Шарипов Рустам Хаитович, Ахмедова Махбуба Махмудовна
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИБРАЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....15

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА И УРОВНЯ 25(ОН)Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

Расулова Нодира Алишеровна
кандидат медицинских наук, ассистент
кафедры педиатрии ФПДО
Расулов Алишер Собирович
Доцент кафедры педиатрии ФПДО
Самаркандский Государственный
медицинский институт
Телефон: +99891 5476569
nodik78@mail.ru

Аннотация: рассмотрены данные о влиянии профилактики рахита у детей на уровень 25(ОН)Д в сыворотке крови в условиях Узбекистана. Правильное назначение витамина Д позволяет снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие ребенка.

Ключевые слова*:* рахит, 25(OH)D3 в сыворотке крови, профилактика.

Рахит относится к группе дефицитных заболеваний, основным этиологическим фактором развития которого является недостаточное поступление с пищевым продуктами или образование в коже витамина D у растущих детей. В Узбекистане рахит встречается у 27% детей 1-го года жизни. Это диктует необходимость разработки и совершенствования методов его профилактики с учетом нынешних ситуаций, экологических и этнических особенностей.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 35,6%, до 12 месяцев - 43,7%, до 3-х месяцев - 20,6%. Дети с 25(OH)D_3 менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющийся биохимический дефицит.

Результаты: Нами было установлено, что дефицит витамина D встречается у 77,2% детей, в том числе клинически выраженный рахит у 27,8% детей 1-го года жизни, что свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов профилактики рахита. По анкетным данным, мы установили, что при проведении стандартной профилактики рахита из общего количества детей витамин D получили всего лишь 128 детей (27,4%). Следует сказать, что участковый врач путем выписывания рецепта назначал витамин D, но мать забывала ребенку ежедневно давать витамин D.

Установлено, что несмотря на проведение традиционной профилактики рахита из 466 детей у 27,8% была отмечена легкая степень и степень средней тяжести, то у 72,1% клинические признаки рахита отсутствовали. У 86,1% детей с рахитом был выявлен низкий уровень 25(OH)D_3 в сыворотке крови, тогда как у остальных они колебались в пределах нормы. Как ни парадоксально, у 73,8% детей без признаков рахита также нами был установлен низкий уровень основного метаболита витамина D (рис. 1). Видимо, это было связано не только отсутствием профилактических мероприятий, но и особенностями образа жизни и питания детей и их матерей. У 22,7% детей уровень 25(OH)D_3 в сыворотке крови был в пределах нормы, из них без признаков рахита у 26,1% детей, с признаками рахита – 13,8%.

В связи с этим, мы решили модифицировать прием витамина D, а всю ответственность

за проведение модифицированной профилактики возложить на патронажных медицинских сестер. Это было связано с тем, что ежедневный прием витамина D является неудобным, а порою, родители просто забывают. В связи с этим для повышения достоверности проводимой профилактики, было решено изменить не только схему, но и методику введения этого препарата. Анализ состояния детей доказал истинность нашего предположения. В связи с этим, всем детям в течение 3 месяцев витамин D давался непосредственно участковой медицинской сестрой по следующей схеме: витамин D (аквадетрим, деварон) по 4000 МЕ 1 раз в неделю с месячного возраста до конца 1-го года жизни при патронажном наблюдении ребенка (курсовая доза 160000-180000 МЕ). Следует сказать, что проведение модифицированной профилактики позволило нормализовать уровень $25(OH)D_3$ в сыворотке крови у 89,8% детей. У 82,2% был отмечен начальный рахит и рахит периода разгара, у 17,7% - клинические признаки рахита отсутствовали.

Исследования показали, что, после проведения модифицированной профилактики рахита лишь у 9,2% обследованных детей с признаками рахита уровень $25(OH)D_3$ остался низким, тогда как у 90,7% – он нормализовался. При этом у детей без признаков рахита у 14,3% отмечено низкое содержание $25(OH)D_3$ в сыворотке крови, а у 85,7% детей уровень нормализовался.

Выводы: Таким образом, предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень $25(OH)D_3$, снизить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

Литература:

1. Демин В.Ф. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста// Медицинская газета.- №13-20.2.-2004. -с.8-9

2. Коровина Н., Захарова И., Чебуркин А. Витамин Д-дефицитный рахит // Медицинская газета №4 – 24. 1. 2001.- С.8

3. Расулов А.С. и соавт. Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunareabilitation. April, 2001, Volume 3, 17

4. Расулова Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс….канд мед. наук. Ташкент. – 2010.- С. 19

5. Deniz Gungor, Ilke Biger, Rob Rodrigues Pereira, Alisher S.Rasulov e.a. Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan // J of Nutritional 2008; 000 (000): 1-9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Расулова Нодира Алишеровна
кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры педиатрии ФПДО
Ирбутаева Лола Ташбекова
Ассистент кафедры педиатрии ФПДО
Самаркандский Государственный медицинский институт
Телефон: +99891 5476569
nodik78@mail.ru

Аннотация: Обследовано 42 часто болеющих детей (ЧБД) с 1 месяца до 6 летнего возраста с заболеваниями верхних дыхательных путей. Группой сравнения составило 20 эпизодически болеющие дети. Изучение клинического диагноза у ЧБД показывает, что среди заболеваний верхних дыхательных путей, первое место занимает острый бронхит 35,8%, ОРВИ – 33,4%, острая очаговая пневмония – 14,3% и обструктивный бронхит – 16,6%. Среди сопутствующих синдромов у ЧБД особое место занимает диарея 43,5%. В этом возрасте микробы антагонисты в составе микрофлоры кишечника бывает в меньшем количестве и не полностью формировано нормальная микрофлора кишечника.

Ключевые слова: часто болеющие дети, заболевания верхних дыхательных путей, микрофлора кишечника, диарея.

Проблема часто болеющих детей – это всеобщая клиническая проблема, одна из наиболее актуальных вопросов в современной педиатрии и находится в центре внимания врачей всех специальностей. Актуальность проблемы объясняется значительным увеличением число больных, увеличением коечных фондов детских стационарах, длительный уход за больными детьми, за которого государства имеет огромный экономический ущерб.

Материал и методы исследования: обследовано 42 часто болеющих детей (ЧБД) с 1 месяца до 6 летнего возраста, госпитализированных по поводу заболеваний верхних дыхательных путей. Группой сравнения составили 20 эпизодически болеющие дети (ЭБД). Все дети были обследованы в ГДБ №1 г. Самарканде. Клинически у детей на фоне выраженной интоксикации имелись признаки дыхательной недостаточности, укорочение легочного звука при перкуссии, локальные хрипы в легких при аускультации, ослабленное бронхиальное дыхание, ассиметричные хрипы в легких.

Результаты исследования: Изучение клинического диагноза у обследованных детей показывают, что среди заболеваний верхних дыхательных путей, первое место занимает острый бронхит 35,8%, ОРВИ – 33,4%, острая очаговая пневмония – 14,3% и обструктивный бронхит – 16,6%.

Интересно отметить, тот факт, что у ЧБД преморбидный фон имеет широкий диапазон. Среди которой очень часто встречается хронический тонзиллит, ринофарингит, рахит I степени, гипотрофия I степени и анемия I-II степени. Среди сопутствующих синдромов особое место занимает диарея. У ЭБД ни в одном случае не регистрированы гипотрофия и признаки рахита.

Следует отметить, что имеется взаимосвязь между возрастом и диареей, как осложнения основного заболевания у ЧБД. Самые высокие показатели отмечены у детей с 6 месячного возраста до 1 года. Из всех обследованных у более половины диарея регистрирована именно в этом возрасте. У ЧБД с клиническим диагнозом ОРВИ – диарея сопровождалась в 57,1% случаях, с диагнозом очаговая пневмония - 66,1%, острым бронхитом - 60,1% и обструктивным бронхитом – 28,5%. Также отмечены, что диарея встречается с такой же частотой (33,3%), на фоне основного заболевания с 1 года до 3 лет. После 3 лет количество детей страдающих на фоне основного заболевания диареей резко уменьшается. Такие же особенности отмечены у эпизодических болеющих детей, но только с меньшей частотой.

Таким образом, в общей сложности из 62 обследованных, у 43,5% детей заболевания органов дыхания сопровождается диареей. Такие результаты объясняется тем, что в этом

возрасте микробы антагонисты в составе микрофлоры кишечника бывает в меньшем количестве и не полностью формировано нормальная микрофлора кишечника. Кроме того, при частых заболеваниях применяются различные антибиотики, чаще всего эмпирический и уничтожают микробов антагонистов. Такое положение диктует обратить особое внимание для сохранения нормальной микрофлоры кишечника, чтобы не получилась порочный круг.

Литература:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Н.Новгород: НГМА, 2003, стр.180.
2. Балыгин М.М. Факторы риска в формировании здоровья детей раннего возраста (Обзор литературы). Здравоохранения Российской Федерации. 2000, №12, стр.23.
3. Бектемиров А.М., Худайбердиев Я.К., Касимов И.А., Мардаева Г.Т. Дисбиозы. Уч.пособие. М.. 2007, стр.52.
4. Блат С.Ф. Подходы к коррекции микроэкологических нарушений. Русский медицинский журнал. 2007, т.15, № 1, стр.50.
5. Каримжонов И.А., Юсупова Г.А., Каримова М.Н.. Абдусагатова Ш.Ш. Роль дисбактериоза кишечника в формировании иммунной недостаточности у детей, больных рецидивирующим бронхитом. Педиатрия. 2009, № 1-2, стр. 20.
6. Николаева Н.В., Анохин В.А., Айнутдинова И.А. Кишечная микрофлора у здоровых детей раннего возраста. Российский Вестник перинатологии и педиатрии. 2009, № 2, стр. 30.

ВЫБОР ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Юсупалиходжаева Саодат Хамидуллаевна
Ташкентский госуларственный
стоматологический институт,
доцент, д.м.н.
Телефон:+998(90) 188 80 55
syx76.76@mail.ru
Шомуродова Гулчехра Хуршидовна
Ташкентский госуларственный
стоматологический институт,
младший научный сотрудник
Телефон:+998903592556
my-.-friend@mail.ru

Аннотация: эффективность эндодонтического лечения зубов зависят от качественной хемомеханической обработки системы корневых каналов, которая во многом определяется правильным выбором и способом введения в нее дезинфицирующего раствора.

Ключевые слова: эндодонтия, антисептик, Фуросол, корневой канал**,** физиотерапия.

Эндодонтия - одна из наиболее бурно развивающихся областей современной стоматологии, совершенствуются материалы, инструменты, разрабатываются новые методы лечения. Применяемых в клинической практике широкий арсенал средств, а также эндодонтическое лечение не всегда бывает эффективным который приводит обострению хронического воспаления [1,4].

В современной литературе приводятся данные о высокой распространенности болезней пульпы и периапикальных тканей, отмечается низкий процент качественно пломбированных корневых каналов, много зубов подвергается удалению. Увеличивается в три раза потребность в перелечивании зубов в сравнении с первичном лечении [2,3].

Исползующиеся в стоматологической практике известные способы лечения пульпитов, являются их низкая эффективность у лиц, страдающих соматическими заболеваниями, в частности сахарным диабетом, так как известно, что у больных с этой патологией метоболические процесс изменены, нарушены трофическая и пластическая функции тканей, понижена реактивность организма, в том числе функционирующая иммунной система [2,4].

Целью является повышение эффективности терапии пульпита витальными методами, с помощью пробиотиков, сокращение сроков лечения и расширение показаний к его применению у лиц, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы лечения: Проведено лечение хирургическим витальным методом 30 зубов у 25 больных в возрасте от 18 до 58 лет с различными формами пульпита, при отсутствии изменений в периапикальных тканях. Острый диффузный пульпит диагностирован в 10 случаях; хронический фиброзный пульпит - в 14 случаях; обострение хронического пульпита - в 6 случаях; из них 12 - однокорневые и 18 - многокорневые зубы. У первой группы 13 пациентов (15 зуба) проведено витальная экстерпация зубов с медикаментозной обработкой корневых каналов «Фурасол»ом, электрофорезом корневых каналов инсулином короткого действия. У 12 пациентов (15 зубов) второй группы проведено витальная экстерпация зубов с проведением электрофореза корневых каналов инсулином короткого действия с применением внутрь пробиотиков по отрабатанной схеме. В реабилитационном периоде дополнительно проводят 3-5 сеансов по 8-10 мин десневого электрофореза с инсулином по известной методике.

После проведенного лечения у пациентов отсутствовали жалобы на болезненность зубов и на субъективные ощущения, при рентгенологическом исследований не определялось изменения периапикальных тканей. При этом для достижения максимального терапевтического эффекта медикаментозно канал обрабатывали антисептиком «Фурасол» далее проводили электрофорез с инсулином короткого действия в соответствии с тяжестью течения сахарного диабета, в счет общей суточной дозы, преимущественно: при легкой форме - 2-3

ед. на сеанс; при среднетяжелой форме - 5-7 ед. на сеанс; при тяжелой форме - 9-11 ед. на сеанс.

В реабилитационном периоде дополнительно проводят 3-5 сеансов по 8-10 мин десневого электрофореза с инсулином по известной методике. Эффективность лечения определяется по показателей ЭОД и нормализации субъективных ощущений больного.

Проведенные обследования через 6 месяцев у 2-ой группы пациентов жалоб не определял. У пациентов этой группы отмечалось плотная, нормальной окраски, безболезненная десна, перкуссию зубов отрицательно, цвета коронок зубов без изменений. Результаты проведенного сравнительного исследования показали достаточно высокую эффективность заявляемого метода лечения по сравнению с известными, особенно в поздние (7-25 сут) сроки наблюдения у второй группы, что более ярко выражено в показателях нормализации субъективных данных.

В результате проведенного лечения отмечено исчезновение субъективных жалоб на 3 сут лечения во второй группе пациентов. Показатели ЭОД: через 1 сут - 150 мкА, 3 сут - 46 мкА, 7 сут - 38 мкА, 25 сут - 28 мкА.

Выводы: заявляемое клиническое решение за счет введения в лечебный процесс факторов этиопатогенетической терапии обеспечивает оптимальные условия для быстрого купирования острого воспалительного процесса в ткани пульпы и усиления в ней процессов регенерации. За счет этого сокращаются сроки лечения с 6,2 ± 1,1 до 3,3 ± 1,0 а также снижается число осложнений с 57,7 ± 4,1 до 35,5 ± 3,6%.

Список литературы

1. Никольская И.А., Копецкий И.С., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж., Носов В.В. Эффективность применения озонотерапии в комплексном лечении ятрогенных пульпитов//Вестн. РГМУ. -2013.- № 4.- С. 60–63.

2. Юсупалиходжаева С.Х., Ахматова Г.Б., Юнусходжаева М.К., Шукруллаева Д.Ш. Патологическое изменение ткани пульпы при сахарном диабете// Медицинский журнал Узбекистана. -2015. - №3. С. 105-108.

3.Юсупалиходжаева С.Х., Бекжанова О.Е., Давуров А.М. Дисбактериоз и антимикробная защита полости рта у пациентов с кандидозным стоматитом // Медицинский журнал Узбекистана. – 2018.-№6.- С. 42-46.

4.Greenstein G. Changing periodontal concepts: treatment considerations Tekst // Compend. Contin. Educ. Dent. -2005. — Vol. 26. - № 2. - P. 84-88.

ҲАВО - ТОМЧИ ЙЎЛИ ОРҚАЛИ ЮҚАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ

Разақова Дилбар Атахановна
Р.Ш.Т.Ё.И.М Хоразм филиали
Комбустиалогия бўлими олий
тоифали ҳамшираси
Телефон:+998(97)5177490
nilufar1800@mail.ru

Аннотация:Ушбу мақолада ҳаво томчи йўли орқали юқадиган юқумли касалликлар уларнинг келиб чиқиши ва даволаш йўллари тўғрисида сўз боради.

Калит сўзлар:Грипп, УРИ, гипертермия, интраназал, фотофобия, қизамиқ, кўкйўтал, пневмония, эпидемия, менингит, сувчечак, организм.

Бу касалликнинг кўзғатувчи микроблари ва вируслари беморнинг нафас йўллари шиллиқ пардаларида жойлашган бўлиб, йўталгандан кейин, аксирганда, гапирганда тупук заррачалари билан ташқарига чиқарилади ва ҳаво орқали соғлом одамларга юқади. Бу касаллар ўз навбатида 4 гуруҳчага бўлинади:

а) Бу гуруҳчага кирадиган касалликларнинг қўзғатувчилари кирган ва ўрнашган жойда кўпаяди (қизамиқ, кўкйўтал) б)Бу касалликларнинг қўзғатувчилари биринчи кирган ва ўрнашган жойидан қонга тушиши ва бошқа органларни зарарлаши мумкин (эпидемик менингит, эпидемик энцефалит, пневмония, эпидемик паротит).

в)Нафас йўллари орқали кирган патоген микроорганизмлар қонга тушиб, кейин тери ва шиллиқ пардаларда турли специфик патологик ўзгаришларга (папула, пустула, гранулёма) сабаб бўлади (чинчечак, сувчечак, мохов).

г)Бу касалликлар ҳаво-томчи йўлидан ташқари воситали контакт йўли билан ҳам (идиштовоқ, ўйинчоқлар, рўмолча ва бошқа буюмлар орқали) юқиши мумкин (дифтерия, скарлатина, ангина, қисман паротит-тепки).

Ўткир респиратор инфекциялар(ЎРК)–этиологияси жиҳатидан турли, клиник белгилари жиҳатидан умумийлиги кўп бўлган касалликлар гуруҳидир. Бу касалликларнинг кўпчилигини вируслар қўзғатади. Грипп, парагрипп, аденовирус касаллиги, риновирус касаллиги, респиратор-синцитиал инфекция, микоплазма инфекциялари ва бошқалар ЎРК гуруҳига киради.

ЎРК да эпидемиологик ҳамда клиник ўхшашликлар бўлиши билан бирга ҳар бир касалликда ўзига хослик бор.

ГРИПП–ўткир вирусли касаллик бўлиб, у умумий заҳарланиш белгилари, тана ҳароратининг кўтарилиши, юқори нафас йўли, юрак қон-томир ва асаб системасининг зарарланиши каби аломатлар билан тавсифланади.

Гриппни чақирувчи вируслар микровируслар оиласига мансуб бўлиб, ўзида РНК тутади. Вирионлардумалоқёки овал шаклидабўлиб, диаметри 80-100 *мм*ниташкилэтади.

Касаллик қўзғатувчиси А, В, С типли вируслар морфологик жиҳатдан ўхшаш бўлсаларда, ўзида турган антигенлари билан бир-бирларидан фарқ қиладилар.

А типи жуда ўзгарувчан, у антигенларини тез-тез, баъзан жуда кескин ўзгартириб туради. Ўзгариш юзаки антиген-гемагглютинин ва нейроаминидаза алмашинуви туфайли содир бўлади. Бу антигенларнинг иккаласи бир вақтда алмашинган тақдирда, вируснинг янги подтипи ҳосил бўлади.У пандемияга сабаб бўлади. Антигенларни бундай ўзгартириш В ва С вирусларида бўлмайди ёки бўлса ҳам, кучсиз намоён бўлади.

В ваС вируслари фақат одамда учраса, А вируси одамлардан ташқари от, чўчқа ва турли хил паррандалардан ҳам ажралади. Грипп вируси ташқи муҳитга чидамсиз, қиздирилган ва қайнатилганда тез нобуд бўлади. Совуқ муҳитда кўпроқ сақланади. Ультрабинафша нурлари ҳам турли хил дезинфекцияловчи моддалар таъсири ҳам жуда чидамсиз.

Касаллик манбаи касал одам ҳисобланади. Айниқса, касалликнинг енгил, ноаниқ ва клиник белгиларисиз турларини ўтказаётган шахслар хавфли ҳисобланадилар. Беморлар касаллик даврида 4-7 кунгача атрофдагилар учун хавфлидирлар. Касалликни енгил, ўртаоғир, гипертоксик турларга ажратиш мақсадга мувофиқдир. Ташхисни ифодалашда албат-

та, ҳамроҳ касалликларни ҳам кўрсатиш зарур.

Касалликнинг яширин давр бир неча соатдан 1-2 кунгача, баъзан 3 кунгача чўзилиши мумкин. Касаллик тўсатдан бошланади. Бошқа ЎРК лардан фарқи грипп тумов белгилари кам бўлган ҳолда заҳарланишнинг кучлилиги билан ифодаланади.

Одатда касаллик совуқ қотиб, титраш, бош оғриғи билан бошланиб, тана ҳарорати тезда (бир неча соат давомида) 38-40С гача кўтарилади. Қувватсизлик, эт қақшаши, мушакларда, суякларда, йирик бўғимларда оғриқ кузатилади. Бош оғриғи зўрайиб боради. Касалликнинг 3-4 кунидан кейин йўталганда балғам келади, тана ҳароратининг энг юқори кўтарилиши ва кучли заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Касалликларнинг 1-2 кунидаиситмакузатилади. КасалликнингасоратланмагантуридаиситмаАгриппда 1-6 кун, В гриппдаэсаузоқроқдавомэтади.

Иситма даврида сийдик камаяди, ҳарорат пасайганда эса кўпаяди. Касаллик оғир кечганда сийдикда қон, ҳамда цилиндрлар бўлади.

Грипп вируси токсиннинг вегетатив асаб тизимига таъсири бемор юзининг қизариши, терлаш, пульсининг лабиллиги, бош айланиши, ҳид билишнинг йўқолиши каби аломатлар билан эркин намоён бўлади.

Гриппнинг кам учрайдиган атипик турида касалликнинг асосий белгиларидан бири (яъни иситма, заҳарланиш белгилари ёки нафас аъзоларининг заҳарланиши) кузатилмайди.

Гриппнинг асоратлари касалликнинг турли даврида ривожланиши мумкин. Гриппнинг энг кўп ва оғир асоратларидан бири зотилжамдир. У турли бактериялар, аксарият стафилококкларнинг қўшилишидан ривожланади. Гриппда зотилжамдан ташқари отит, бурун қўшимча бўшлиқлари ва пешона синусларининг яллиғланиши (гайморит, этмоидит, фронтитлар) ва кўпроқ ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит, ангина ва бошқа асоратлар бўлиши мумкин. Беморларни касалхонага жойлаштириш эпидемиологик ва клиник нуқтаи назардан амалга оширилади. Одатда гриппнинг оғир ёки асоратланган турларини ўтказаётган, ҳамда оғир қўшимча хасталиги бўлган беморларгина касалхонага ётқизилади.

Беморбутун иситма давомида ва яна 2 кун ўринда ётиши керак. Касалланганда беморлар сутли, сабзавотли, витаминларга бой бўлиши ва кўпроқ суюқлик ичмоғи керак: лимонли чой, мева шарбатлари, сутли асал, ингаляциялар, ромашка гуллари, малинали ичимликлар. Бу моддалар тер ажралишини тезлаштириб, вирус (ва токсин)нинг организмдан чиқиб кетишини таъминлайди ва организмни қизиб кетишдан сақлайди.Гриппдабирқаторэтиотроп, патогенетиква симптоматик дори-дармонларишлатилади.

Гриппнинг асосий профилактик шартлари қўйидагича: эпидемиядан олдинги даврда оммавий вакцинациялаш, шошилинч профилактикаси ва эпидемия вақтида гриппни барвақт даволаш, гриппга қарши препаратларни тўғри қўллаш, ўтказиладиган профилактик ва эпидемияга қарши чораларни кенгайтириш, тиббий–санитария ташвиқотини кучайтириш.

Беморни атрофдагилардан барвақт ажратиш асосий профилактик чоралардан ҳисобланади. Булардан ташқари, умумий санитария- профилактик чораларни кўпчилик бўладиган хоналарни, айниқса, болалар хоналарини озода тутиш, тўғри режим, хонани кварц лампалари билан нурлантириб туриш керак. Грипп касаллигида кўпчилик беморлар уйда даволанадилар.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ахмедова М.Ж.ва бошқалар “Юқумли касалликлар ва беморлар парвариши”. Тошкент. 2002.

2. Мажидов В.М. “Юқумли касалликлар” Тошкент. 1993.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИБРАЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шарипов Рустам Хаитович
Доктор медицинских наук,
доцент кафедры педиатрии ФПДО
Ахмедова Махбуба Махмудовна
Доцент кафедры педиатрии ФПДО
Самаркандский Государственный
медицинский институт
Телефон: +99891 5503905
sharipov.rustam@sammi.uz

Аннотация: В работе изучено особенности состояния перекисного окисления липидов у здоровых и детей с перинатальными повреждениями нервной системы. Осуществлен научно обоснованный подход к назначению оксибрала детям с перинатальными повреждениями под контролем изменений процессов липидной пероксидации. Исследования показали, что применение детям оксибрала, наряду с нормализацией большинства показателей ПОЛ способствует более быстрой нормализации неврологической симптоматики. Возможность коррекции оксибралом неврологических нарушений открывает перспективу реабилитации и способствует значительному сокращению процента часто болеющих детей.

Ключевые слова: дети, страдающие последствиями перинатальных повреждений нервной системы; неврологические синдромы; перекисное окисление липидов; соматическое состояние; оксибрал; лечение.

Среди заболеваний нервной системы новорожденных на первом месте находятся гипоксические сосудистые повреждения. Перинатальные повреждения мозга составляют более 60% всей патологии нервной системы детского возраста, непосредственно участвуют в развитии таких заболеваний, как детский церебральный паралич, эпилепсия, минимальная мозговая дисфункция, которые, в свою очередь, способствуют повышению рекуррентных респираторных заболеваний. В настоящее время основной гипотезой патогенеза последствий перинатальных повреждений нервной системы (ПППНС) является цереброваскулярные нарушения. Происходит отек нервных клеток и утрата церебральной ауторегуляции мозгового кровотока. В условиях гипоксии нарушается перекисное окисление липидов с накоплением агрессивных свободных радикалов, гидроперекисей, которые оказывают деструктивное действие на мембраны нейронов.

Материалы и методы исследования: В работе проанализированы результаты клинико-биохимических исследований у 70 детей первого года жизни. Основную группу составили 44 ребенка грудного возраста с перинатальными повреждениями ЦНС. В контрольную группу вошли 26 детей с ПППНС, которым апробированный нами препарат не назначался. Так как процессы липидной пероксидации имеют возрастную динамику, мы также изучили состояние процессов ПОЛ у 20 здоровых детей.

Обсуждение полученных результатов: В неврологическом статусе гипертензионно-гидроцефальный синдром составил 42,8 %, синдром вегето-висцеральных дисфункций (38,5%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (11,4%), синдром задержки психомоторного развития (7,1%).

Нами был использован растительный препарат оксибрал, действие которого у детей грудного возраста изучено недостаточно.Учитывая тот факт, что детям грудного возраста назначение нами оксибрала проводилось впервые, возникла необходимость научного обоснования назначения этого препарата, подбор дозы и длительности курса лечения на основании изучения влияния на состояние ПОЛ в эритроцитах.

Для определения дозы и длительности курса лечения первоначально оксибрал назначали по 7,5 мг\сут. Полная нормализация показателей у большинства детей наблюдалась в период между 7 и 10 днями.

Гемолиз эритроцитов до инкубации у детей основной группы не отличался от дан-

ных, полученных у здоровых детей и был достоверно ниже, чем в контроле (1,4±0,05% и 1,17±0,12% соответственно). При сравнении гемолиза эритроцитов после инкубации у детей с ПЭП, получавших оксибрал, с данными, полученными у здоровых детей и детей контрольной группы статистически значимой разницы не выявлено (2,37±0,16%, 2,21±0,44% и 2,3±0,03% соответственно). В связи с нормализацией механического и перекисного гемолиза, процент прироста гемолиза не отличался от данных здоровых детей и был значительно выше, чем в контрольной группе (99,7% и 64% соответственно).

Содержание МДА до инкубации у детей основной группы не отличалось от данных, полученных при контрольном исследовании. Т.е., несмотря на проведенный курс терапии оксибралом, содержание МДА до инкубации у детей с ПЭП оставалось достоверно выше, чем у здоровых детей (2,7±0,24 нмоль\10^6 эритроцитов против 0,86±0,12 нмоль\10^6 эритроцитов). Однако нельзя не отметить достоверного снижения этого показателя по сравнению с исходными данными (2,7±0,24 нмоль\10^6 эритроцитов против 3,3±0,33 нмоль\10^6 эритроцитов).

Оксибрал оказывал положительное действие на содержание МДА после инкубации. При сравнении указанного показателя с нормой статистической разницы не выявлено (1,6±0,18 нмоль\10^6 эритроцитов и 1,4±0,16 нмоль\10^6 эритроцитов). В то же время, у детей основной группы содержание МДА после инкубации было достоверно ниже, чем в контроле (1,6±0,18 нмоль\10^6 эритроцитов и 2,0±.0,17 нмоль\10^6 эритроцитов соответственно).

Соотношение МДА\гемолиз после инкубации при получении оксибрала не отличалась от данных контрольной группы, и было достоверно выше нормальных величин (0,9±0,2, 1,0±0,07 и 0,5±0,1 соответственно).

Клиническая симптоматика также имела выраженную положительную динамику: дети становились спокойными, активными. Нормализовался сон. Нормализация параметров ЭХОЭГ на фоне применения оксибрала отмечалась значительно быстрее (7-10 дней, против 10-15 в контроле в зависимости от степени первоначального изменения). Пульс и дыхание становились ритмичными, стабилизировалась деятельность желудочно-кишечного тракта, дети стали прибавлять в весе. Температура снижалась или нормализовалась вне зависимости от применения жаропонижающих средств у детей, имевших в анамнезе немотивированные фебрилитеты. В целом, выраженный клинический эффект отмечался на 6-10 день терапии.

Заключение. Таким образом установлено, что показатели ПОЛ у здоровых детей грудного возраста имеют свои особенности, а результаты проведенных исследований могут быть использованы в качестве контрольных при различных патологических состояниях, в том числе при перинатальных повреждениях ЦНС. Исследования показали, что назначение детям с перинатальными повреждениями ЦНС оксибрала, наряду с нормализацией большинства показателей ПОЛ способствует более быстрой нормализации неврологической симптоматики. Возможность коррекции оксибралом неврологических нарушений открывает перспективу реабилитации и способствует значительному сокращению процента детей с остаточными явлениями перинатальных повреждений ЦНС.

Литература:

1. Барашнев Ю.И. Гипоксические энцефалопатии: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1. 2002.

2. Еренчин Р.А.с соавт. Применение оксибрала у детей, страдающих церебральной патологией. Матер. Конф., 70-летию НЦПиДХ. Алматы. 2004.

3. Пагава К.И.Система энергетического обеспечения и антиоксидантной защиты у новорожденных при острой и хрон. гипоксии. Педиатрия №1, 2003.

4. Попов С.В. Состояние церебрального кровотока и его взаимосвязь с некоторыми показателями внутрисердечной гемодинамики у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Росс вестник перинат и педиатрии. 2. 2003.

5. Шарипов Р.Х. Перинатальные гипоксические неврологические синдромы (клиника, диагностика, лечение, прогноз). Ташкент. 2008

"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 20-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-қисм)

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

Эълон қилиш муддати: 30.09.2020

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