



EURASIAN JOURNAL OF

**MEDICAL AND
NATURAL SCIENCES**

Volume 2 Issue 8 (2022): EJMNS



EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

Innovative Academy Research Support Center

UIF = 8.3 | SJIF = 5.995

www.in-academy.uz



**Innovative Academy
Research Support Center**

EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

**Volume 2, Issue 8
August 2022**

Journal has been listed in different indexings



**The official website of the journal:
www.in-academy.uz**

Tashkent 2022



«Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences» ilmiy-uslubiy jurnali: №8. 2022 yil.

Ushbu to'plamda «Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences» ilmiy-uslubiy jurnali 2022 yil 8-soniga qabul qilingan maqolalar nashr etilgan.

«Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences» ilmiy-uslubiy jurnali O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan olingan №1205-sonli guvohnomaga ega.

Jurnal Gruziyaning **Universal Impact Factor**ida 8.3 ko'rsatkich bilan hamda Yevropaning **Scientific Journal Impact Factor**ida 5.995 ko'rsatkich bilan baholangan.

Jurnal tarkibidagi barcha maqolalarga DOI unikal raqami biriktirilib, **Citefactor, Directory of Research Journals Indexing, Researchbib, Index Copernicus, IJIFACTOR indexing, Internet Archive, Base Search, Zenodo, Open Aire, Google Scholar** xalqaro ilmiy bazalarida indekslandi.

OAK tomonidan dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etishga tavsiya etilgan jurnallar ro'yxatidagi milliy jurnallarda chiqarilgan maqolalar sifatida rasman tan olinadi.

Asos: O'zbekiston Respublikasi Oliy attestatsiyasi komissiyasining dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan ilmiy nashrlar ro'yxati 3-sahifasi. – Toshkent: 2019. – 160 b.

Jurnal materiallaridan professor-o'qituvchilar, mustaqil izlanuvchilar, doktorantlar, magistrantlar, talabalar, litsey-kollejlar va maktab o'qituvchilari, ilmiy xodimlar hamda barcha ilm-fanga qiziquvchilar foydalanishlari mumkin.

Eslatma! Jurnal materiallari to'plamiga kiritilgan ilmiy maqolalardagi raqamlar, hisobotlar, ma'lumotlar haqqoniyligiga va keltirilgan iqtiboslar to'g'riligiga mualliflar shaxsan javobgardirlar.

© Innovative Academy RSC

© Mualliflar





TAHRIRIYAT

Tahririyat 1205-sonliguvohnoma asosida faoliyat yuritadi.



(Tekshirish uchun skanerlang. Maxsus kod: 0889)

Bosh muharrir

Mamatqulov Zuhridin Urmonovich

Toshkent farmatsevtika instituti Sanoat farmatsiyasi fakulteti dekani, PhD

Mas'ul kotib

Umarova Firuza Alisherovna

Toshkent farmatsevtika instituti Magistratura bo'limi boshlig'i, farmatsevtikafanlari nomzodi, dotsent

Nashrga tayyorlovchi

Akbarov Nurislom Axtamjon o'g'li - Tahrirlovchi

Akbarova Dilafruz Axtamjon qizi – Texnik muharrir

Turakulova Madina Nomazovna – Texnik muharrir

Quchqarov Azamat Murotjon o'g'li – Texnik muharrir

TAHRIR KENGASHI A'ZOLARI

Kariyeva Yoqut Saidkarimovna

Toshkent farmatsevtika instituti dori turlari texnologiyasi kafedrası mudiri, farmatsevtika fanlari doktori, professor

Mullajonova Manzura Toxirovna

Toshkent farmatsevtika instituti Ilmiy tadqiqot, innovatsiyalar va ilmiy pedagog kadrlar tayyorlash bo'limi boshlig'i, farmatsevtika fanlari nomzodi, dotsent

Maksudova Firuza Xurshidovna

Toshkent farmatsevtika institutining «Dori turlari texnologiyasi» kafedrası dotsenti, farmatsevtika fanlari doktori

Nuridullayeva Kamola Negmatilloevna

Toshkent farmatsevtika instituti farmakognozıya va dori vositalarını standartlash kafedrası dotsenti. PhD

Ko'charova Inobat Sharofovna

Toshkent Farmatsevtika instituti Organik va biologik kimyo kafedrası katta o'qıtuvchısı, biolgiya fanlari nomzodi

Turdiyeva Zilola Vaxabdjanoyna

Toshkent farmatsevtika instuti «Dori vositalarınıng sanoat texnologiyası» kafedrası v.v.n dotsenti, PhD

Raxmanova Sanobar Sabirovna

Toshkent tibbiyot akademiyası Urganch filiali "IKP" kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

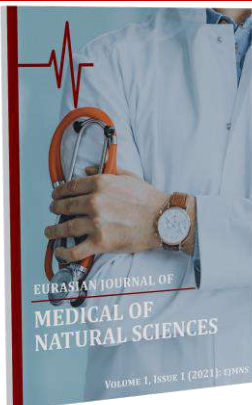
Zakirov Xolmat Xurramovich

Termiz davlat universiteti ekologiya va tuproqshunoslik kafedrası professori, qishloq xo'jalik fanlari nomzodi

Avalbayev Olimjon Narkuziyevich

Jizzax davlat pedagogika instituti biologiya o'qıtish metodikasi kafedrası o'qıtuvchısı, biologiya fanlari falsafa doktori (PhD), dotsent

Eurasian Journal of Medical and
Natural Sciences
ISSN: 2181-287X



БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛИ

Г.А. Ихтиярова¹ Н.О. Наврузова² Муминова Н.Х.³

¹⁻²Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

³Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш
маркази

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6968960>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

вагинал микробиоценоз,
анаэроб дизбиоз, бачадон
интраэпителиал
неоплазия, LSIL, HSIL.

Бачадон бўйни касалликларининг кўп кузатилиётгани, репродуктив ёшдаги аёлларнинг саломатлигига салбий таъсири этиопатогенезнинг хусусиятларини, ушбу патологиянинг эрта ташхисини ва олдини олиш тўғрисидаги билимларни тиббиётга тадбиқ қилиш зарурлигини белгилайди. Кўп ҳолларда бачадон бўйни патологияси уrogenитал ёки вирусли инфекция билан бирга ривожланади [5,6,27]. Инфекциядан келиб чиқадиган бачадон бўйни касалликлари аёлларнинг гинекологларга мурожаат қилишларининг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади ва хавфли патологияни ривожланиш еҳтимоли туфайли муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади [2,7,38-42]. Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва олдини олиш муаммосининг долзарблиги, биринчи

ABSTRACT

Одам папиллома вируси (ОПВ)- ассоцирланган ва ОПВ-ассоцирланмаган цервикал неоплазиялар, вагинал дисбиоз билан бирга ҳамроҳликда учрайди. Булардан катъий анаэроб, айникса Gardnerella vaginalis Atopobium vaginae билан биргалликда, Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp. ва Eubacterium spp. кўпроқ аҳамиятга эга. Етакчи патогенларнинг хилма хиллиги, аёлларнинг бачадон бўйни раколди касалликларида қин микробиоценозини текшириш ва индивидуал терапияни ўтказиш зарурлигини таказо этади.

навбатда, бу патогенинг онкологик касаллигининг ривожланишига олиб келади. Бачадон бўйни саратони дунёда репродуктив тизимнинг иккинчи энг кенг тарқалган саратони ва ривожланаётган мамлакатларда аёллар ўлимининг биринчи асосий сабаби ҳисобланади.

Бачадон бўйни сурункали яллиғланиши бачадон бўйнининг цервикал эпителийсининг ўсимтадан олдинги ва бачадон бўйни рак касалликларини ривожланишининг этиологик омилларидан биридир [1,22-26]. Ҳозирги вақтда цервикал каналда бактериал вагиноз (БВ) ва одам папиллома вирусининг (ОПВ) ўртасида боғлиқлик аниқланган [3,4]. Қиннинг рН даражасининг ошиши 35 ёшгача ва 65 ёшдан ошган аёлларда ОПВ нинг бир нечта турлари билан касалланиш ва LSIL ривожланиши хавфини ошириши



кўрсатилган. Чет эл тадқиқотчиларнинг фикрича, бактериял вагиноз (БВ) цервикал неоплазиянинг ривожланишининг кофакторларидан биридир [6,8]. Бундан ташқари, J.M.Klomp ва бошқаларнинг маълумотларига кўра, бачадон бўйни неоплазиясидаги анаэроблар орасида *Gardnella vaginalis* энг кенг тарқалган [13,15].

Шартли патоген бактериялар қин ва бачадон бўйнида юқори концентрацияга чиққандан сўнг, қин ва бачадон бўйнида диспластик жараённи кўзгатиши ва сақлаб қолиши мумкин [8,10], ОПВ нинг қайталаниши ва цервикал интраэпителиал неоплазиясида вагинал микрофлорани ўрганиш цервикал эпителиянинг ўсимтали трансформация механизмларини тушуниш учун муҳим ҳисобланади[11].

Кўпгина ҳолларда бачадон бўйни инвазив ясси хужайрали саратонининг ривожланишига цервикал интраэпителиал неоплазия (CIN) сабаб бўлади ва у 3 даражага бўлинади: CIN I кўп қаватли ясси эпителиянинг энгил дисплазияси, CIN II - ўртача дисплазия, CIN III-оғир дисплазия ва *in situ* карциномаси. Рихарднинг [1] бу морфологик таснифи ҳисобланиб хавfli жараённинг ривожланиш босқичларига мос келади [2]. Оғир дисплазия ва *in situ* карциномаси бир CIN III гуруҳига бирлашиши, улар ўртасида дифференциал морфологик ташхис қўйиш қийин бўлганлиги сабабли, даволаш тактикаси бир хил бўлади.

CIN диагностикаси учун гистологик ва цитологик усуллар фарқланади. Гистологик текширув вақтида CIN

даражасини аниқлашнинг асосий усули патологик жараённинг кўп қатли ясси эпителий (КҚЯЭ) қатламини ўзгариш даражаси ҳисобланади. CIN I да атипик хужайралар қатламнинг пастки 1/3 қисмини, CIN II - қатламнинг 2/3 қисмигача, CIN III - деярли бутун эпителий қатламини эгаллайди. Цитологик тадқиқотда CIN мезони атипик белгилари бўлган хужайралар, яъни йирик ва гиперхром ядролари бўлган хужайраларнинг суртмада мавжудлиги ҳисобланади. CIN I да бундай хужайралар кам ва улар мос келадиган КҚЯЭ қатламининг оддий хужайраларидан бир оз фарқ қилади; CIN II да улар кўпроқ ва атипия даражаси сезиларли юқори даражада бўлади; CIN III да бундай хужайралар кўп бўлиши мумкин ва уларни саратон хужайраларидан ажратиш қийин. Бундай ноаниқ мезонлар бир қатор ҳолларда турли даражадаги CIN нинг дифференциал морфологик диагностикасида қийинчиликлар туғдиради ва турли мутахассислар ўртасидаги ташхисларнинг номувофиқлигига сабаб бўлади. Бу эса Бетесданинг янги цитологик таснифини ишлаб чиқишга сабаб бўлди [34-37] CIN II ни CIN III билан бир гуруҳга киришига имкон берди - аниқ атипик ясси хужайрали ўзгаришлари (HSIL) деб аталди. Бачадон бўйни рак касллиги учун цитологик скрининг ўтказишда бундай таснифдан фойдаланиш ўзини оқлади, чунки бу эпителиянинг оғир атипияси билан касалланган ҳолатларни ўтказиб юбормаслик ва беморларни тегишли ихтисослаштирилган муассасаларга чуқур текшириш ва даволаш учун юбориш имконини беради. Бироқ,



чуқур текширувда неопластик жараённинг ривожланиш босқичини аниқроқ аниқлаш мақсадга мувофиқдир, чунки даволаш тактикасини танлаш бунга боғлиқ хисобланади. Шу нуқтаи назардан қараганда, CIN нинг уч босқичли таснифидан икки босқичли тизимга (LSIL-HSIL) ўтиш мунозарали кўринади, бу эса замонавий ЖССТ нинг бачадон бўйни ўсмаларининг халқаро гистологик таснифидаги Бетесданинг таснифига ўхшаш бўлиб [4], муалифларнинг тавсиясига қарамай HSIL ташхисини қўйишда қавс ичида CIN II ёки CIN III ни кўрсатиш лозим. Турли биологик потенциалга эга бўлган шикастланишларни бир гуруҳга бирлаштириш баҳс ва мунозораларга сабаб бўлмоқда [9,12]. Бу ҳолат шифокорларни бундай беморлар учун янада радикал даволашни - бачадон бўйни конизациясини амалга оширишга олиб келади. Кўпгина ҳолларда, бу еҳтимол оқланади, гарчи ёш аёлларда бундай даволаниш кейинги даврда ҳомиладорлик пайтида асоратларни келтириб чиқариши мумкин [7,28-33]. Шунингдек, CIN I-II бўлган беморларда консерватив давонинг турли усуллари муваффақиятли бўлиши ва бачадон бўйни эпителиясидаги атипик ўзгаришларнинг тўлиқ регрессиясига олиб келиши кўрсатилган. Шу сабабли, хавfli жараённинг ривожланиш босқичининг аниқроқ таърифи жуда долзарб бўлиб қолмоқда. Фемофлор-16 реал вақт режимида натижаларни аниқлаган ҳолда ПЗР ёрдамида аёлларда нафақат қин ва урогенитал тракт микрофлорасининг ҳолатини баҳолаш учун, балки патоген ва шартли патоген

микроорганизмларнинг ДНКсини аниқлаш учун мўлжалланган. Фемофлор етиштириш қийин бўлган анаэроб микроорганизмларни ўрганишга имкон беради ва айти пайтда юқори сезувчанлик ва ўзига хослигига эга. Микроскопик таҳлил ёрдамида микробиоценоз ва яллиғланиш ҳолатини баҳолаш учун экспресс-тест ўтказилади. Бу усул ҳали ҳам энг долзарб усуллардан бири хисобланади, чунки у тез, қулай ва арзон. Бироқ, микроскопиядан фойдаланиш усулнинг паст сезгирлиги, субъектив натижалар ва тахминий миқдорий баҳолаш билан боғлиқ. Аёл жинсий аъзолари инфекциясининг кўзғатувчиси ўзига хос экзоген омиллар сифатида қин микробиоценозга ҳам бевосита ва билвосита эндокрин-иммун механизмлар орқали таъсир қилиши мумкин [14,16-21].

"Фемофлор-16" лаборатория тестидан фойдаланган ҳолда молекуляр-биологик усулда қиннинг биоценозини ўрганиш.

Тадқиқот учун материал бачадон бўйни (экзоцервикс) цервикал каналининг эпителиал хужайраларининг суртмасидан олинди. Материал 0,5 мл физиологик эритма эга бўлган эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий хужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами ("Стандарт диагностика", Бухоро шаҳри) ёрдамида аниқланди. Қин микробиоценозини ўрганиш Фемофлор реагентларидан ("Стандарт диагностика", Бухоро шаҳри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига



мувофиқ ("Стандарт диагностика", Бухоро шаҳри) ПЗР-РВ усулида ўтказилди. Қин микробиоценоз ҳолатини ўрганилиши, биоптатнинг майдонини ҳисобга олган ҳолда мураккаб жараён ҳисобланади. Қабул қилинган материалдаги эпителия хужайралари сони ҳар бир намунадаги инсон геномик ДНКсини таҳлил қилиш натижалари билан баҳоланди. Махсус дастурий таъминот ёрдамида умумий бактериал масса (УБМ), лактобациллалар ва турли хил шартли патоген микроорганизмлар (факультатив- ва облигат-анаэроб МО, микоплазмалар ва ачитқисимон замбуруғлар) миқдори (геном эквивалентида / мл (гэ/мл) аниқланди. Барча аниқланган бактериялар орасида нормал флоранинг улушини, факультатив аэроб микроорганизмлар ва анаэроб микроорганизмларнинг фоизда баҳоланди. 136 та "Фемофлор-16" тестларининг клиник синови маълумотларига кўра, биоценоз турларининг қуйидаги таснифи таклиф қилинди:

1. Нормоценоз (мутлоқ нормоценоз) - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибидаги нормал флоранинг улуши, нисбий патоген микроорганизмлар (НПМ) нисбатан 80% дан ортиқ бўлган, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 104 гэ / мл дан кам;

2. Нисбий нормоценоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унинг таркибида нормал флоранинг улуши НПМ га нисбатан 80% дан ортиқ, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma spp.*, *Candida spp.* миқдори 104 гэ / мл дан ортиқ;

3. Ўртача (аэроб ёки анаэроб) дисбиоз - биоценознинг бир варианты бўлиб, унда

лактобактериялар улуши НПМга нисбатан 20-80% ичида аниқланади ва аэроблар ёки анаэроблар улуши ортади; 4. Оғир (аэроб, анаэроб ёки аралаш) дисбиоз - биоценознинг бир варианты, бунда аэроблар ёки анаэроблар улуши НПМга нисбатан 90% га етади ва лактобактериялар улуши УБМга нисбатан 10% дан камроқ камаяди.

Замонавий молекуляр-биологик ташхис усуллари жорий этиш қинда яшовчи шартли патоген микроорганизмларнинг тур таркибини тушунишни сезиларли даражада кенгайтиришни имконини берди. Вагинал микробиоценознинг асосий муҳим иштирокчиларининг сифат ва миқдорий баҳоси бачадон бўйни неоплазиялари билан оғриган беморларда хавфли ўзгаришлар бўлгунга қадар аниқланган дисбиотик касалликларни даволашда дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш учун зарур шарт-шароитларни яратади.

Тадқиқот мақсади: вагинал микробиоценоз ҳолатини ўрганиш ва аёлларда жинсий аъзоларнинг юқумли ва яллиғланиш касалликларини дифференциал ташхис қилиш учун ПЗР усули (Фемофлор-16) ёрдамида бачадон бўйни касалликларини аниқлаш.

Бачадон бўйни касалликлари билан оғриган 136 нафар беморлар клиник-лаборатор текширувдан ўтказилди. Барча беморлар зарур ташхис стандартидан ўтказилди: бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш, экто - ва эндоцервиксдан олинган суртмаларни цитологик текшириш, ОПВ учун полимераза занжири реакцияси (ПЗР), рН-метрия, кенгайтирилган колпоскопия, бачадон бўйни



биопатларининг цистологик текшируви. Қин микробиоценозни ўрганиш учун материал қиннинг орқа ён деворидан, ОПВни аниқлаш учун – цервикал каналдан йиғилган. Суртмани 1 мл физиологик эритмага эга бўлган Эппендорф-пробиркасига жойлаштирилди; материални сақлаш ва ташиш амалдаги меъёрий ҳужжатларга мувофиқ амалга оширилди. ДНКни ГС-синамасининг реактив тўплами (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ёрдамида аниқланди. Ўрганишларни реал вақтда ПЗР усули (ПЗР-РВ) ёрдамида Фемофлор-16 реагентларидан фойдаланган ҳолда (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ДТ-96 детектор кучайтиргичида ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига мувофиқ (“Стандарт диагностика”, Бухоро шаҳри) ўтказилди.

Цистологик текширув ва ОПВ тести натижаларига кўра, барча текширилган беморлар 3 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ - LSIL билан ОПВ-манфий бўлган 37 нафар аёл, 2-гуруҳ - LSIL билан ОПВ+мусбат бўлган 41 нафар аёл ва 3-гуруҳ HSIL нинг цистологик жиҳатдан тасдиқланган 32 нафар бемордан иборат эди, бу гуруҳдаги барча беморлар ОПВ-мусбат эди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси:

Текширилаётган барча беморларни ўртача ёши LSIL ВПЧ- бўлган аёллар гуруҳида $28 \pm 0,98$ ёш, LSIL ВПЧ+ бўлган аёллар гуруҳида $35 \pm 1,2$ ёш, HSIL бўлган аёллар гуруҳида $37,7 \pm 1,9$ ёш ва $33 \pm 1,5$ ёшда бўлган аёллар назорат гуруҳини ташкил этган. Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи № 1- жадвалда келтирилган.

Жадвал № 1.

Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи

№	Гуруҳ	Ўртача ёш M±m	Ёш									
			≤20		21-25		26-30		31-35		≥36	
			Аб с	%	аб с	%	Аб с	%	аб с	%	Аб с	%
1	LSIL ВПЧ- n=37	28±0,98	1	2,7	11	29,7	19	51,4	3	8,1	3	8,1
2	LSIL ВПЧ+ n=41	35±1,2	0	0	2	4,9	11	26,8	13	31,7	15	36,6
3	HSIL n=32	37,7±1,9	0	0	5	15,6	5	15,6	7	21,9	15	46,9
4	Назорат гуруҳи n=26	33±1,5	0	0	3	11,5	9	34,6	4	15,4	10	38,5

Ёш тарихини батафсилроқ ўрганиш натижаси шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида 3 нафар (11,5%) 21-25 ёшгача бўлган амалий соғлом аёллар учраган (1 - жадвал). Назорат гуруҳидаги аёлларнинг аксарияти 26-30 ёшни 9

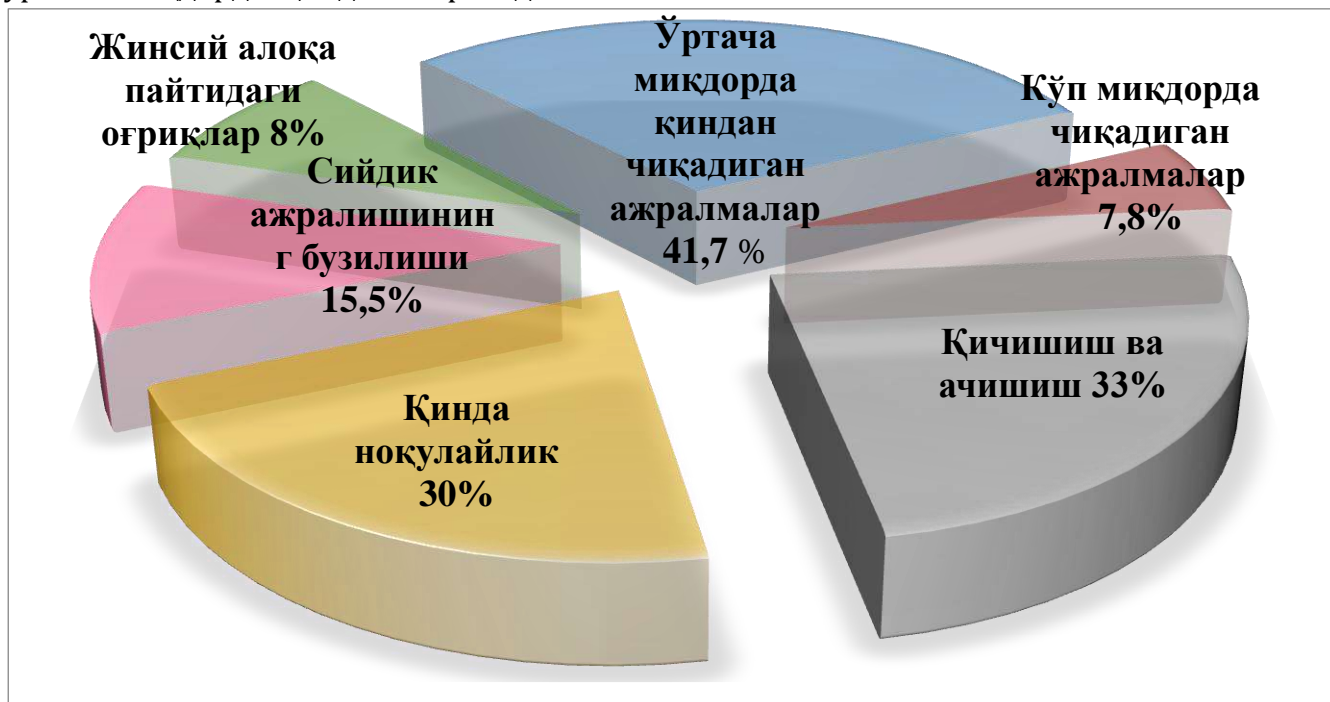
нафар (34,6%) ташкил этди. LSIL ВПЧ- бўлган аёллар гуруҳида асосий қисми 26-30 ёшгача бўлган 19 нафар (51,4%) аёллар ташкил қилди. LSIL ВПЧ+ бўлган аёллар гуруҳида асосий қисм 36 ёш ва ундан ката бўлган аёллар ташкил



қилган бўлиб, аёллар орасида улар тахминан 36,6% ни ташкил қилган. HSIL бўлган гуруҳида 32 нафар аёллар ташкил қилиб, бу гуруҳда асосий ёшни 36 ёш ва ундан катта бўлган 15 нафар (46,9%) аёллар ташкил қилди. HSIL бўлган гуруҳда 21 ёшдан 25 ёшгача ва 26 ёшдан 30 ёшгача бўлган аёллар 15,6 % ини (5 нафар аёлни) ташкил қилди.

Бизнинг тадқиқотимизда енгил ва ўртача миқдорда қиндан ажраладиган

ажралмалар келишига шикоят қилган аёллар - 41,7%, 7,8%ида ажралмалар миқдори кўп бўлган беморлар шикоят қилган. Беморларнинг 33% қичишиш ва ачишиш, 30% - қинда ноқулайлик, 15,5%-сийдик ажралишини бузилиши, 11,6% - жинсий алоқа пайтидаги оғриқлар билан шикоят қилган. (1-расм.).



1 расм – текширилаётган аёлларнинг клиник белгилари

Қин микробиоценознинг тузилишини таҳлил қилганда, бачадон бўйни эпителияси ва ОПВ инфекциясига қараб текширилган аёллар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди. Клиник жиҳатдан соғлом аёлларнинг 95,5 фоизиди (4-гуруҳ) вагинал микробиот ҳолати, ПЗР-РВ бўйича, нормоценоз мезонларига жавоб берди; шу жумладан, 18 (69,2%) беморда мутлақ нормоценоз, 7 (26,9%) беморда 104 ГЭ/мл миқдордан ортиқ Ureaplasma spp. ва Candida spp. мавжуд бўлган шартли нормоценоз

аниқланган. Дисбиоз, ПЗР-РВ бўйича, фақат 1 аёлда аниқланган.

1-гуруҳдаги беморларда (LSIL, ОПВ-манфий) микробиот таркиби мутлоқ нормоценоз мезонларининг кўрсаткичлардан унчалик фарқ қилмади, 14 нафар (37,8%), шартли нормоценоз - 11 нафар (29,7%) текширилган беморларга мос келди. 12 нафар беморларда микробиоценоз ҳолати дисбиоз мезонларига мос келди, шу жумладан ўртача дисбиоз - 10,8%, оғир дисбиоз - 21,6%. 2-гуруҳдаги



(LSIL, ОПВ-мусбат) беморларда қин микробиоценознинг тузилиши 2-гуруҳ кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилмади.

Шундай қилиб, LSIL билан хасталанган аёлларда, ОПВ мавжудлигидан қатъи назар, дисбиотик касалликлар назорат гуруҳига қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилди. Бир томондан, бу кузатув қин микробиоценоздаги аномалияларнинг бошланғич босқичида, ҳатто вирус таъсирисиз ҳам, бачадон бўйни диспластик ўзгаришлар пайдо бўлишида аҳамиятини кўрсатиши мумкин. Бошқа томондан, текширув вақтида ОПВ-манфий бўлган беморларда ўтмишда вирус билан касалланганлигини истисно қилиб бўлмайди, бу эса ўз навбатида дисплазия ривожланишининг бошланғич нуқтасига айланди. ОПВ вирусини кейинчалик ўз-ўзидан элиминация қилинса, аммо ҳозирги вақтда аниқлаб бўлмайди ва у билан бирга келадиган дисбиотик жараён

LSILга хос бўлган эпителия ҳужайраларида ўзгаришларни сақлаб қолишига ёрдам беради.

3-гуруҳ (HSIL) беморлари орасида фақат ҳар 4 чи беморда нормоценоз аниқланган, шу жумладан мутлақ нормоценоз – 2 нафар (6,3%), шартли – 5 нафар (15,6%) текширилган беморларда аниқланган. HSIL билан касалланган аёлларнинг кўпчилигида vaginal микробиотнинг ҳолати дисбиоз мезонларига жавоб берди, шу жумладан текширилганларнинг оғир дисбиози (59,4%). 3-гуруҳдаги беморларда дисбиозни аниқлаш частотаси шартли соғлом аёлларга (4-гуруҳ), шунингдек, LSIL (1 ва 2-гуруҳлардаги) билан оғирган беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлган, бу эса бачадон бўйнидаги диспластик жараённинг ривожланишида вирус-бактериал ассоциацияларнинг назариясининг фойдасига йўналаши мумкин. (2-жадвал).

Жадвал №2

Бачадон бўйни касалликлари билан аёлларнинг клиник жиҳатдан соғлом аёлларда қин микробиоценознинг тузилиши

№	Биоценознинг тури	1-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ-; n = 37)	2-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ+; n = 41)	3-чи гуруҳ (HSIL; n = 32)	4-чи гуруҳ (норма; n = 26)
1	Мутлоқ нормоценоз	14(37,8 ^{a,e})	15(36,6 ^{b,f})	2(6,3 ^{e,c,f})	18(69,2 ^{a,c})
2	Шартли нормоценоз	311(29,7 ^e)	12(26,3 ^{b,f})	5(15,6 ^{e,c,f})	7(26,9)
3	Ўртача дисбиоз	4(10,8 ^a)	4(9,8 ^b)	6(18,8 ^c)	1(3,8 ^{a,b,c})
4	Оғир дисбиоз	8(21,6 ^{a,e})	10(24,4 ^{b,f})	19(59,4 ^{e,c,f})	0(0 ^{a,b,c})



Эслатма. Бу жадвалда № 2: ОПВ- — ОПВ -манфий, ОПВ+ —ОПВ -мусбат; статистик жиҳатдан муҳим фарқлар: а- 1 ва 4-гуруҳлар ўртасидаги, б-2 ва 4-чи гуруҳлар ўртасидаги, с-3-4-чи гуруҳлар ўртасидаги, d - 1-2-чи гуруҳлар ўртасидаги, е - 1 ва 3-чи гуруҳлар ўртасидаги, f - 2 ва 3-чи гуруҳлар ўртасидаги фарқ

Жадвал№3

Бачадон бўйни касалликлари бўлган аёлларда қин микробиоценозинг миқдорий таркиби

№	Тадқиқот номи	2-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ-; n =37)	3-чи гуруҳ (LSIL, ОПВ+; n = 41)	4- чи гуруҳ (HSIL; n = 32)	5-чи гуруҳ (норма; n = 26)
	Материални олишни назорати	6,8	6,8	5,4	7,8
1	Умумий бактериал масса	7,6(7,2-7,9) ^{f,g}	7,7(7,4-8,2) ^{f,h}	8,0(7,4-8,4) ^{g,h}	7,8 (7,3-8,1)
НОРМОФЛОРА					
2	Lactobacillus spp.	7,5(6,8-7,8) ^{b,g}	7,6 (7,1-8,0) ^h	7,0(5,37,6) ^{d,g,h}	7,8(7,3-8,1) ^{a,b,d}
ФАКУЛЬТАТИВ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР					
3	Enterobacterium spp.	3,1 (2,6-3,4)	2,9 (2,5-3,3)	3,1 (2,6-3,5) ^d	2,8 (2,4-3,2) ^d
4	Streptococcus spp.	2,6 (1,7-3,6) ^b	2,5 (1,9-3,7) ^c	2,5 (2,1-3,9) ^d	2,1 (1,6-3,1) ^{a,b,c,d}
5	Staphylococcus spp.	3,0 (2,0-3,5)	2,9 (2,3-3,6)	3,1 (2,3-4,0) ^d	2,9 (2,4-3,5) ^d
ОБЛИГАТ-АНАЭРОБ МИКРООРГАНИЗМЛАР					
6	Gardnerella vaginalis + Prevotella bivia + Porphyromonas spp.	4,5 (3,5-6,1) ^{b,g}	3,9 (3,2-6,2) ^{c,h}	7,2 (6,1-7,6) ^{d,g,h}	3,5 (3,1-4,3) ^{a,b,c,d}
7	Eubacterium spp.	4,5 (3,6-5,7) ^{b,g}	4,4 (3,2-5,7) ^{c,h}	6,4 (5,5-6,8) ^{d,g,h}	3,6 (3,1-4,8) ^{a,b,c,d}
8	Sneathia spp. + Leptotrichia spp. + Fusobacterium spp.	2,1 (0-3,3) ^h	2,1 (1,4-2,9) ^h	3,4 (2,1-6,9) ^{d,g,h}	2,0 (1,3-2,6) ^g
9	Megasphaera spp. + Veillonella spp. + Dialister spp.	3,5 (2,6-4,7) ^{b,g}	3,3 (2,3-4,8) ^{c,h}	5,8 (4,1-7,2) ^{d,g,h}	3,0 (2,3-3,8) ^{a,b,c,d}

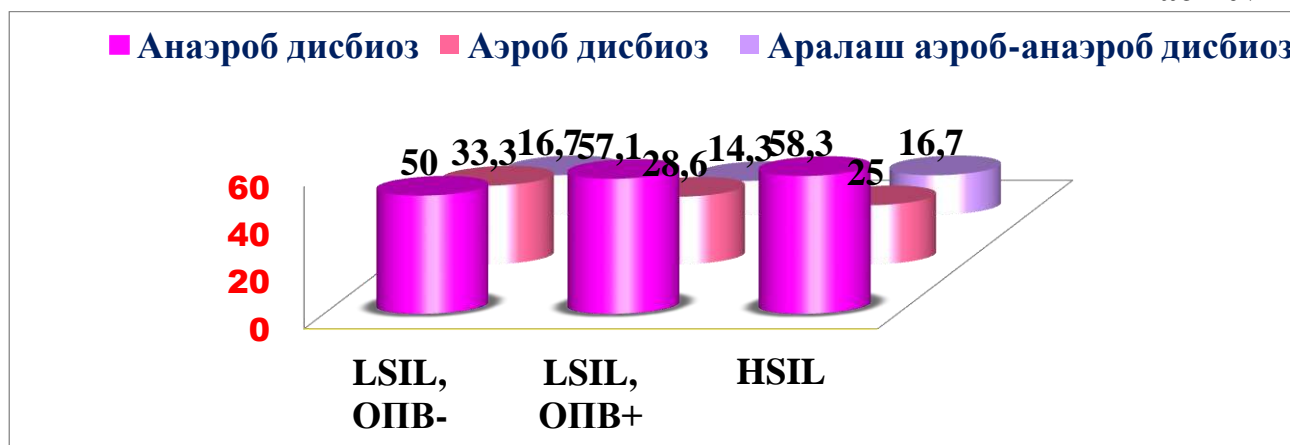


10	Lachnobacterium spp./ Clostridium spp.	3,4 (2,2-4,4) ^{b,g}	(2,2-2,8 (2,2-4,1) ^h	4,1 (2,9-5,1) ^{d,g,h}	2,7 (2,2-3,5) ^{a,b,d}
11	Mobiluncus spp./ Corynebacterium spp.	3,5 (2,8-4,1) ^{b,f,g}	(2,8-3,1 (2,5-3,9) ^{f,h}	3,9 (3,0-4,6) ^{d,g,h}	3,1 (2,5-3,8) ^{a,b,d}
12	Peptostreptococcus spp.	3,3 (2,3-4,4) ^{b,g}	(2,3-2,9 (2,3-4,0) ^{c,h}	4,4 (2,9-6,2) ^{d,g,h}	2,6 (2,2-3,3) ^{a,b,c,d}
13	Atopobium vaginiae	3,1 (2,6-5,1) ^{b,f,g}	(2,6-2,5 (2,0-3,8) ^{f,h}	6,6 (2,8-7,5) ^{d,g,h}	2,5 (2,0-3,1) ^{a,b,d}
АЧИТҚИСИМОН ЗАМБУРУҒЛАР					
14	Candida spp.	2,7 (2,4-3,3)	2,6 (2,4-2,9)	2,6 (2,4-3,0)	2,5 (2,3-2,8)
МИКОПЛАЗМАЛАР					
15	Mycoplasma hominominis	2,6 (2,4-3,3)	2,5 (2,3-2,9)	2,5 (2,3-3,0)	Аниқланмаган
16	Ureaplasma spp.	3,0 (0,0-4,2) ^b	1,7 (0,0-4,8)	2,9 (0,0-4,9) ^d	1,3 (0,0-3,8) ^{a,b,d}
ПАТОГЕН МИКРООРГАНИЗМЛАР					
17	Mycoplasma genitalium	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган	Аниқланмаган

1, 2, 3 ва 4-гурӯҳлардаги беморларда тузилиши ва ўртача даражада ифодаланган дисбиозда анаэроб дисбиоз устунлик қилди – шу жумладан 5 (62,5%), 3 (50%), 4 (57,1%) ва 7 (58,3%), аэроб дисбиоз камроқ аниқланди – шу жумладан 2 (25%), 1 (33,3%), 2 (28,6%) ва 3 (25%) аёлларда.

Аралаш аэроб-анаэроб дисбиоз мос равишда 1 (12,5%), 1 (16,7%), 1 (14,3%) ва 2 (16,7%) беморда ташхис қўйилди. Олинган маълумотлар олдинги тадқиқотлар натижалари билан мутлоқ мос келди, бу эса CIN ва БВ ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади (Расм № 2).

Расм № 2





Вагинал биотопнинг умумий бактериал масса даражаси 3-гуруҳдаги беморларда энг юқори эди - 108 ГЭ/мл, лактофлора миқдори эса таққослаш гуруҳидаги (4-гуруҳ) ва 1 ва 2-гуруҳлардаги беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст бўлди. (3-жадвал). Бундан ташқари, 4-гуруҳдаги беморларда облигат ва факультатив анаэробларнинг мутлоқ таркиби 5-гуруҳ (норма) ва 2-, 3-гуруҳдаги аёлларнинг кўрсаткичларига нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлди. Миқдори бошқа гуруҳлардаги беморларга қараганда 1000-10000 марта кўп бўлган *Gardnerella vaginalis*/*Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp., *Atopobium vaginae*, *Eubacterium* spp. и *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp., гуруҳларига мансуб микроорганизмларга алоҳида эътибор қаратиш лозим, мос равишда 107,2, 106,6, 106,4 ва 105,8 ГЭ/мл ни ташкил этди. 4-гуруҳдаги беморларда облигат анаэроблар сони ҳам нормага (5-гуруҳ) нисбатан сезиларли даражада ошди, аммо ошиши 10-100 бараварга етди. Таққослаш гуруҳига нисбатан HSIL билан оғриган беморларда факультатив анаэроблар сонининг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилди, аммо шунга ўхшаш кўрсаткичлар билан фарқ ўртача эди ва бир катталик тартибидан ошмади (10марта). Шундай қилиб, бачадон бўйни дисплазияси билан ва соғлом аёлларда қин микробиоценознинг сифат ва миқдорий таркиби сезиларли даражада фарқ қилади. Олинган маълумотлар бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда дисплазиянинг оғирлиги ва

дисбиоз даражаси ўртасидаги боғлиқликни кўрсатади: HSIL билан оғриган беморларда LSILга нисбатан облигат анаэробларнинг устунлиги билан вагинал микрофлоранинг сони ва таркибида сезиларли ўзгаришлар билан тавсифланади. Савол очиқлигича қолмоқда, бу ҳолда асосий нарса нима: қиндаги дисбиотик жараён ОПВ билан касалланган цервикал эпителияда аниқроқ патоморфологик ўзгаришларнинг пайдо бўлишига ёрдам берадиган омилми ёки ОПВнинг такрорланиши оғир дисбиоз ривожланиши билан қинда шартли-патоген облигат-анаэроб микрофлоранинг пролиферация учун қулай фон яратадими. Бачадон бўйни патологияси бўлган беморларда, айниқса HSIL билан оғриган беморларда дисбиотик бузилишларнинг юқори частотасини ҳисобга олган ҳолда, вагинал микробиотани ҳар томонлама ўрганиш ва керак бўлганда ушбу тоифадаги беморларда дисбиозни индивидуал тузатиш тавсия этилади.

Хулоса.

1. ОПВ - манфий аёлларда бачадон бўйни интраэпителиал неоплазияларининг ривожланиши вагинал микробиоценознинг бузилиши билан бирга келади. Бундай ҳолда, ҳам анаэроб, ҳам аралаш аэроб-анаэроб дисбиоз муҳим аҳамиятга эга. Анаэроблар орасида *Gardnerella vaginalis* *Eubacterium* spp., *Megasphaera* spp. ва *Mobiluncus* spp. билан боғланган ҳолда аниқланган.

2. ОПВ - билан боғлиқ бўлган цервикал неоплазиялари облигат анаэробларнинг асосий иштирокида қинда оғир дисбиотик жараёнларнинг



ривожланиши билан кечади. Анаэроблар орасида энг муҳимлари Gardnerella vaginalis Atopobium vaginae, Megasphaera spp./Veillonella spp./Dialister spp. ва Eubacterium spp. билан боғланган микроорганизмлар ҳисобланади.

3. Етакчи патогенларнинг хилма-хиллиги бачадон бўйни рақ олди

патологияси бўлган беморларда қин микробиоценозни ҳар томонлама ўрганиш зарурлигини тақозо этади, бу эса ўрганилаётган асосий биотоп иштирокчиларни индивидуал терапия мақсадида юқори аниқлик ва ўзига хослик билан миқдорий ва сифат жиҳатидан баҳолаш имконини беради.

References:

1. Ашурова Н.Г., Наврузова Н.О. Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки// Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017. № 3 4(I). С. 29 - 30.
2. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике шейки матки// Альманах молодой науки. 2018 № 4. С. 21-23.
3. Ваганова С.Е.. Комбинированное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. / Акушерство и гинекология. 2010. №5. С. 116-120
4. Гренкова Ю.М. Современные подходы к хирургическому лечению женщин репродуктивного и постменопаузального возраста с заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №1 Том 12. С. 60-63
5. Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Каримова Г.К. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси, 2019. № 4. С. 78-80.
6. Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2005. №3 Том 5. С. 66-71
7. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н. Современная кольпоскопия – неотъемлемый компонент диагностики фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №2 Том 12. С. 85-89
8. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 1.1 (117). С. 313-314.
9. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
10. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Д. Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки. Журнал природных средств правовой защиты. 2021 10 мая; 22(1 (2)):65-72.



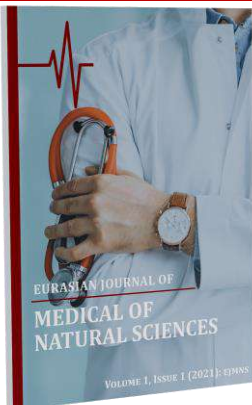
11. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Тиббиёт ва спорт, 2020. № 1. С. 74-77.
12. Наврузова Н.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки // Медицина и спорт. 2020 (1): С.74-7.
13. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари.
14. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., & Каримова, Г. К. (2020). Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки. Проблемы биологии и медицины, (1.1), 117.
15. Наврузова, Н. О., Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, У. О., Шукуров, И. Б., & Аманова, Х. И. (2019). Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки. Доктор ахборотномаси, (4), 77-82.
16. Наврузова, Н. О., Каримова, Г. К., & Ихтиярова, Г. А. (2020). Современные подходы к диагностике патологии шейки матки. Тиббиёт ва спорт, (1), 74-77.
17. Наврузова, Н., Ихтиярова, Г., & Наврузова, Ў. (2020). БАЧАДОН БЎЙНИ ФОН ВА РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ГИНЕКОЛОГИК ВА СОМАТИК АНАМНЕЗИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ. Scientific progress, 1(2).
18. Наврузова, Н. (2018). Бачадон бўйни касалликларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий масалалари.
19. Наврузова, Нилуфар О., Гулчехра А. Ихтиярова и Гульнора Дж. Матризаева. «Современные аспекты диагностики и лечения предраковых заболеваний шейки шейки матки». Журнал природных средств правовой защиты 22.1 (2) (2021): 65-72.
20. Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Ворошилина Е.С., Кузина Т.В. Эффективность реабилитационных мероприятий после деструктивных методов тарипии у пациенток с патологией шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией. // Акушерство и гинекология. 2012. №2. С. 86-89
21. Овчинникова Н.В. Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки. // Акушерство и гинекология. 2011. №6. С. 41-46
22. Прилепская В.Н., Костава М.Н. Патология шейки матки: теория, практика // Патология шейки матки. Генитальные инфекции. – 2012 г.
23. Прилепская В.Н., Роговская С.И., Кондриков Н.И. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение и профилактика. М 2007; 211.
24. Рахматуллаева М.М., Наврузова Н.О. Анализ факторов риска развития эктопии шейки матки // Проблемы биологии и медицины, 2020. №1(116). С. 127-129.
25. Сидорова И.С., Жолобова М.Н., Ведерникова Н.В., Агеев М.Б. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). // Российский вестник акушера- гинеколога. 2012. №3 Том 12. С. 55-57
26. Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Хамдомов А.Б., Наврузова Н.О. Особенности предменструального синдрома у подростков // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 3(111). С. 130-132.



27. Nilufar Navruzova, Gulchehra Ikhtiyarova, Ogilkhon Navruzova, Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases // «SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN: 2181-1601 // Volume: 1 , ISSUE: 2
28. Navruzova, Nilufar O., Karshiyeva, Elnora E., Kattakhodjayeva, Makhmuda Kh., Ikhtiyarova, Gulchehra A. «METHODS FOR DIAGNOSING DISEASES OF THE UTERINE CERVIX» Frontiers in Bioscience-Landmark 2022 27(1): 20-28
29. Navruzova, N., Ikhtiyarova, G., & Navruzova, O. Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases. SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN, 2181-1601.
30. Navruzova, N. O., Karshiyeva, E. E., Ikhtiyarova, G. A., Hikmatova, N. I., Olimova, N. I., & Muminova, N. K. (2021). CLINICAL AND LABORATORY MARKERS FORECASTING OF CERVICAL DISEASES AND ITS PREVENTION. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 13098-13110.
31. Navruzova, N. O., Karimova, G. K., & Ikhtiyarova, G. A. (2020). Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology. Medicine and sports, (1), 74-77.
32. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. Problems of Biology and Medicine, (1.1), 117.
33. Navruzova N.O., Karshiyeva E.E., Ikhtiyarova G.A., Hikmatova N.I., Olimova N.I., Muminova N.Kh. Clinical and laboratory markers forecasting of cervical diseases and its prevention// Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021. 13098-13110
34. Navruzova N.O., Karimova G.K., Ikhtiyarova G.A. Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology // Medicine and sports, 2020. N. 1. P. 74-77.
35. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K., Navruzova U.O., Shukurov I.B., Amanova Kh.I. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 77-82.
36. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K. Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases // Problems of Biology and Medicine 2020. N. 1.1 (117). P. 313-314.
37. Kenjaeva Z.O., Khamdamova M.T., Khamdamov A.B., Navruzova N.O. The course and features of the premenstrual syndrome in adolescent girls // Problems and solutions of advanced scientific research 2019. № 3(111). P. 130-132.
38. Ikhtiyarova, G. A., Navruzova, N. O., & Karimova, G. K. (2019). Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases. Doctor akhborotnomasi, (4), 78-80. SCIENTIFIC PROGRESS VOLUME 3 | ISSUE 1 | 2022 ISSN: 2181-1601 Uzbekistan www.scientificprogress.uz Page 207
39. Ikhtiyarova G.A., Navruzova N.O., Karimova G.K. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases // Doctor akhborotnomasi. 2019. N. 4. P. 78-80.
40. Navruzova, N., Ikhtiyarova, G., & Navruzova, O. Retrospective analysis of gynecological and somatic anamnesis of cervical background and precancerous diseases. SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN, 2181-1601.



41. Ikhtiyarova, G. A., Navruzova, N. O., & Karimova, G. K. (2019). Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases. *Doctor akhborotnomasi*, (4), 78-80.
42. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. *Problems of Biology and Medicine*, (1.1), 117.



RESULTS OF THE ANALYSIS OF CLINICAL, MORPHOLOGICAL FACTORS FOR THE PROGNOSIS OF RENAL CELL CARCINOMA

L.T. Gaziev¹ N.E. Atakhanova², N.I. Tursunova³,
¹Jizzakh branch of Republican specialized scientific
and practical medical center of Oncology and radiology
²⁻³Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6968982>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

Renal cell cancer,
immunohistochemistry,
prognosis, tumor receptors,
proliferation index.

ABSTRACT

This article analyzes the main clinical, morphological factors affecting the outcome of the disease, and determines their proportion. Favorable clinical and morphological signs were: absence of lymphovascular invasion, lymphocytic infiltration of the tumor, small tumor size, absence of concomitant pathology. Adverse prognosis factors include: lymphovascular invasion, absence of tumor infiltration by lymphocytes, large tumor size and severe concomitant pathologies.

Introduction

In terms of incidence among malignant neoplasm, renal cell cancer (RCC) ranks tenth in the world and firmly holds the third place among malignant neoplasm of the genitourinary system [1,2]. In the structure of cancer incidence in the world population, RCC accounts for 2-3% of all malignant neoplasm, with the highest incidence in developed countries [3]. In Russia, in 2017, RCC was first diagnosed in 13556 patients. The standardized incidence rate was 16.87 per 100,000 populations, and the increase in incidence over 10 years was 42.63%. In terms of the rate of increase in the incidence of RCC, it is second only to prostate and thyroid tumors [4]. In Uzbekistan, the incidence is 2.2 per 100 thousand populations [5]. RCC is characterized by a fairly variable and unpredictable clinical course, which is due to the genetic heterogeneity and morphological diversity of this group of

tumors [6]. Despite the fact that in recent years there has been an improvement in the detection of the process, more frequent detection of small tumors and early stages, the mortality rate from RCC has not undergone significant changes [7]. Therefore, the identification of factors that make it possible to make an individual prognosis and determine the optimal treatment strategy for a RCC patient is one of the most important tasks of modern oncology [8]. Of the many prognostic parameters studied so far, the stage of the tumor when it is detected is the most predictive in relation to the probable course of the disease [9]. In the era of development of minimally invasive and ablative methods of treatment, new forms of targeted therapy and new views on the molecular mechanisms of development and progression of RCC, the identification of factors that make it possible to make an individual prognosis and determine the



optimal treatment strategy for a patient with renal cell cancer is one of the most important tasks of modern oncology [10,11]. Therefore, it seems relevant to conduct a study aimed at identifying the influence of various clinical and morphological parameters of renal cell cancer on survival rates.

Purpose of work: study cancer-specific survival in patients with non-metastatic renal cell cancer using clinical and morphological prognostic factors.

Materials and methods

This study is based on a retrospective study of data from 73 patients with renal cell cancer. Patients with localized or locally advanced renal cell cancer, depending on the size of the tumor and its location, underwent organ-preserving operations or radical nephrectomy in the period from 2014 to 2019. The characteristics of patients and tumors are shown in table 1.

Table 1.

General characteristics of patients

Total number of patients	73	100%
Men	47	64,4%
Women	26	35,6%
Age		
<40	4	5,5%
40-55	24	33%
55-70	27	37%
>70	18	24.5%
Tumor size		
<4 cm	22	30%
4-7 cm	33	45.4%
7-10 cm	12	16.4%
>10 cm	6	8.2%
T stage		
T1a	23	31.5%
T1b	20	27.5%



T2	10	13.7%
T3a	10	13.7%
T3b	5	6.8%
T4	5	6,8%
N stage		
N0	66	90.4%
N+	7	9.6%
M stage		
M0	73	100%
M1	0	0%
Histological type of tumor		
light cell c-r	65	89 %
papillary c-r	3	4.1%
chromophobic c-r	2	2.8%
sarcomatoid c-r	3	4.1%
Degree of differentiation		
G1	40	54.8%
G2	24	32.8%
G3	9	12.4%
Invasion of the tumor into the adrenal gland		
Present	2	2,7%
Invasion of the collective system		
Present	12	16.4%
Areas of tumor necrosis		
Present	26	35.6%
Multifocal tumor growth		
Present	3	4,1 %
Tumor venous thrombosis		
Present	7	9.6%



The average age of patients diagnosed with the disease is 59 years (18-84). There were 47 males (64.4%) and 26 females (35.6%). The average tumor size was 6.1 cm (1-25 cm). The most common histological types of renal cell cancer were light cell type 65 cases (89%), papillary renal cell cancer 3 cases (4.1%) and sarcomatoid renal cell cancer 3 cases (4.1%). Localized forms of renal cell cancer (stages T1 and T2) were observed in 53 cases (72.6%), while T3a, T3b and T4 stages accounted for 20 cases (27.4%). The multifocal nature of the tumor was detected in 3 (4.1%) cases. According to the degree of differentiation, the distribution of patients was as follows: high degree-40 (54.8%) cases, moderate degree - 24 (32.8%) cases, low degree - 9 (12.4%) cases. Intraoperatively, a visual increase in regional lymph nodes was detected in 11 (15%) patients, but the vast majority of patients did not have cancer metastases in regional lymph nodes. No one had distant metastases in the above group of patients. Tumor invasion into the adrenal gland was detected in 2 cases (2.7%). Areas of necrosis during histological examination of the drug were identified in 26 (35.6%) cases. Tumor thrombosis of the renal vein or inferior Vena cava occurred in 7 (9.6%) patients. Statistical processing of received data

Statistical processing of data is performed using the application package "Statistica for Windows" V. 7.0, StatSoft Inc.

Results and discussions.

The Department of urology of the Tashkent city branch Republican specialized scientific and practical medical center of Oncology and radiology, with the aim of improving the prediction of outcome in patients with renal cell carcinoma analysis of the relationship between survival rates for various clinical and morphological parameters of renal cell cancer. The parameters of the disease that directly correlated with survival were identified. Of all the studied parameters of renal cell cancer statistically significant correlation with leaders survival in the group of patients studied showed parameters such as pathologic stage of the primary tumor, tumor size, degree of differentiation, histological involvement of regional lymph nodes, tumor thrombosis of the renal or the inferior vena cava. The same parameters as the patient's gender, age, histological type of tumor, the presence of necrosis sites, and invasion of the collective system did not show a statistically significant correlation with the survival of patients with renal cell cancer (table. 2).

Table 2

One-factor analysis of the dependence of survival on other clinical and morphological parameters of renal cell cancer.



Factor	Pearson correlation Coefficient (g), p
Gender	0,037 p=0,578
Patient's age (years)	-0,149 p=0,219
Pathological stage of the primary tumor	-0,362 p=0,002
Maximum pathological tumor size	-0,3491 p=0,003
Histological type of tumor	-0,131 p=0,281
Degree of differentiation	-0,438 p=0,001
Histological involvement of regional lymph nodes	-0,327 p=0,006
Tumor necrosis sites	-0,213 p=0,79
Renal vein thrombosis, inferior Vena cava	0,3766 p=0,03722
Invasion of the collective system	-0,239 p=0,046
Tumor invasion into the adrenal gland	0,1712 p=,010

When performing a multivariate analysis of 5-year cancer-specific survival in renal cell cancer, risk ratios were determined depending on statistically significant prognostic factors. The maximum risk ratio

was found between groups of tumors with a degree of differentiation of 1 and 3, the maximum size up to 4 cm and more than 4 cm in diameter (table. 3).



Table 3

Multivariate analysis of survival in renal cell cancer depending on prognostic factors.

Variables	Category	Ratio risk	Confidence interval	P
Pathological T stage	T1-2 -T3a	3,825	1,697-8,624	0,0023
	T1-2 - T3b	3,823	1,468-9,966	0,0117
Maximum pathological size	up to 4 cm- more than 4 cm	7,12	1,027-19,410	0,0096
	up to 7 cm - more than 7 cm	6,22	2,829-13,68	0,0017
	up to 10 cm - more than 10 cm	3,21	1,969 -5,247	< 0,001
Degree of differentiation	1-2	4,375	1,104-16,012	0,0355
	2-3	2,286	0,982-5,427	0,0537
	1-3	10,0	2,428-41,177	0,0355
metastases to regional lymph nodes	N0-N+	2,857	1,5185 - 5,376	0,0477
Venous thrombosis is	present - not available	1,538	0,597-3,960	< 0,001

Single-factor and multi-factor analyses of the dependence of survival in renal cell cancer on its clinical and morphological parameters allowed us to visualize the significance of each of these parameters for predicting survival in the group of studied patients, as well as the nature of the dependence of survival rates on changes in these parameters. Traditionally, the T stage of the primary tumor is considered the most predictive in relation to the

prognosis. The study of survival in groups of patients with different stages showed that the survival rate for T1a and T1b stage tumors limited by the renal capsule did not differ significantly. The five-year survival rate for the T1a stage was 93%, while for the T1b stage it was 89%. The same indicator for the T2 stage was only 50% and significantly differed from the survival rates for the T1a and T1b stages ($p < 0.01$). The critical size of 7.2 cm among renal



capsule-restricted tumors best separated cases of high risk of death from cases of lower risk of renal cell cancer. There was no statistically significant difference in survival rates between the stages of T3a and T3b, but in both stages, the survival rate significantly differed from the survival rate in renal capsule-restricted tumors. The risk of death from renal cell cancer is 3.8 times higher in T3a and T3b stages than in localized tumors. Stage T4 had significantly worse survival rates. No one has lived for 5 years. The 3-year survival rate was only 53%, but the prognosis was unfavorable for any size of T4 tumors. We also conducted a study aimed at identifying the critical size that can best differentiate tumors of the T3a stage into those with a relatively favorable and unfavorable prognosis. The size of 7.3 cm was also critical in the group of tumors of the T3a stage. Patients with tumors larger than 7.3 cm had a higher risk of death and those smaller than 7.3 cm had a lower risk of death compared to the risk of death identified by multivariate analysis. In the study group of patients, we conducted a comparative analysis of the survival rates of patients with locally advanced tumors and tumors accompanied by venous tumor thrombosis, with survival rates for localized tumors of comparable sizes. The average size of the tumor in the group of localized renal cell cancer was 5.8 cm. in the group of locally common tumors the average size was 7.4 cm. Among tumors accompanied by venous tumor thrombosis, the average size was 7.2 cm. Sequential excision of small-size tumors among stages T1a, T1b, and T2 obtained groups of 23 and 10 patients, comparable in size parameters to the groups of locally advanced renal cell cancer T3a and renal cell cancer stage T3b.

Neither the first nor the second comparison revealed a statistically significant difference in survival rates. In the study, the increase in tumor size, both when considered as a categorical variable and a continuous variable, was accompanied by a progressive decrease in survival rates. The results of the single-factor correlation analysis allow us to conclude that the size of the tumor can be considered as an independent prognostic factor, and its prognostic value in the likely outcome of renal cell cancer is comparable to the value of the tumor stage T. However, when predicting the likely outcome of renal cell cancer, the size of the tumor must be considered along with the stage, since tumors of identical sizes but different stages can have radically different results. However, the large size of the primary tumor, regardless of the presence or absence of local distribution, as well as the presence or absence of tumor venous thrombosis, were themselves a factor that worsens the prognosis. Tumor involvement of regional lymph nodes affected survival rates to a much more pronounced extent than local invasion or tumor sprouting of the venous system. The 3-and 5-year survival rate for regional lymph node tumors was only 52% and 26%, respectively. The risk of death from renal cell cancer at stage N+ was almost 3 times higher than at stage N0. The degree of tumor differentiation was the most strongly correlated with survival of all significant prognostic factors. There was a significant difference in survival rates in all three groups of tumors by the degree of differentiation. The risk of death from low-grade renal cell cancer was 10 times higher than for high-grade renal cell cancer.

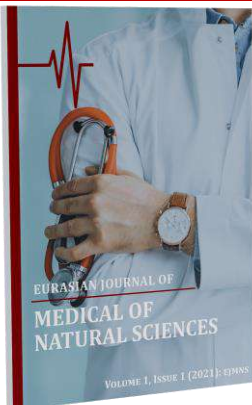


Conclusions. The pathological stage of the tumor, the maximum pathological size, the degree of differentiation, histological involvement of regional lymph nodes, and tumor thrombosis of the renal or inferior

vena cava are statistically reliable predictors of cancer-specific survival in patients with non-metastatic renal cell cancer.

References:

1. Matveev B.P. Clinical oncology. Moscow, 2011.
2. Alyaev Yu.G. Advanced, combined and organ-preserving operations for renal cell cancer. Moscow. 2012.
3. Davydov M.I., Matveev B.P., Figurin K.M., Buidenok Yu.V. Extended and combined operations in the treatment of locally advanced and metastatic renal cell cancer. Moscow 2010.
4. Chissov V.I., Starinsky V.V., Petrova G.V. (Ed.) Malignant neoplasms in Russia in 2017.
5. Tillyashaykhov MN, Achieving cancer control in Uzbekistan. Samarkand. 2018.
6. Bensalah K, Leray E, Fergelot P, Rioux-Leclercq N, Tostain J, Guille F, Patard JJ. Prognostic value of thrombocytosis in renal cell carcinoma // J Urol. 2016 Mar.-Vol.175(3 Ptl). -P.859-63.
7. Ficarra V, Novara G, Galfano A, Artibani W. Neoplasm staging and organ-confined renal cell carcinoma: a systematic review // Eur Urol. 2014. Vol. 46. -P. 559-564.
8. Amin, M. B., Amin, M. B., Tamboli, P., Javidan, J., Strieker, H., de-Peralta Venturina, M. et al: Prognostic impact of histologic subtyping of adult renal epithelial neoplasms: an experience of 405 cases // Am J Surg Pathol. 2012. -Vol. 26. - P. 281.
9. Associazione italiana registri tumori. www.registri-tumori-it.
10. Available at URL: <http://www.seer.cancer.gov/>. Accessed 2016.
11. Tursunova N.I., Atakhanova N.E. The significance of preoperative radiation therapy in the treatment of uterine body cancer, depending on p53 and bcl-2 // European science review. 2018. – Vol. 7-8. P.171-175.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН.

Усмоналиева Бахора Вафокуловна

Республиканское научно-производственное предприятие
«препаратов крови»

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6969020>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

гемотрансмиссивная
инфекция, донор,
реципиент,
гемотрансфузия

ABSTRACT

Под гепатитом понимают острые или хронические воспалительные заболевания печени. Если гепатит вызван вирусом, то его называют вирусным. Существует целая группа вирусов гепатита, каждый из которых отличается как по путям передачи, так и по степени опасности для печени и организма в целом. Гепатиты В и С входят в группу инфекционных заболеваний вирусной этиологии с парентеральным механизмом передачи и с преимущественным поражением печени. В основном эти гепатиты протекают бессимптомно, тяжело поддаются лечению, часто переходят в хроническую форму (гепатит В в 5—10% случаев, гепатит С в 50—80%) и нередко ведут к летальному исходу. В связи с этим проблема вирусных гепатитов давно является общечеловеческой и наряду с ВИЧ-инфекцией требует самого пристального к себе внимания со стороны современной медицины [1, 2].

Сегодня вирусными гепатитами страдает свыше 500 млн человек. Некоторые заболевания протекают в скрытой форме, например, гепатит С. По этой причине его прозвали «ласковым убийцей», поскольку он десятилетиями может не проявляться. При этом гепатит С способствует развитию цирроза и рака печени. Ежегодно от вирусных гепатитов умирает около 1,5 миллионов человек во всем мире (больше всего в странах Юго-Восточной Азии). В подавляющем большинстве случаев смерть наступает от вирусных гепатитов С и В. Последний до сих пор считается неизлечимым.

Переливание донорской крови. Во всем мире в среднем 0,01-2% доноров являются носителями вирусов гепатита, поэтому в настоящее время донорская кровь



перед переливанием реципиенту исследуется на наличие вирусов гепатита. Риск инфицирования повышается у лиц, нуждающихся в повторных переливаниях крови или ее препаратов.

Обеспечение безопасного переливания крови и ее дериватов для реципиента остается весьма актуальной проблемой современной трансфузионной медицины. Несмотря на существующие достижения в этой области, к сожалению, полностью обезопасить гемотрансфузии для реципиента пока не удастся. Вместе с тем, поиск профилактических мер для снижения посттрансфузионных реакций и осложнений (ПТО), должен быть продолжен [2]. В задачи Служб крови всех без исключения стран мира входит обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов для пациентов, получающих трансфузии в клиниках. Безусловным приоритетом является обеспечение инфекционной безопасности в отношении гемотрансмиссивных инфекций, среди которых наиболее распространены вирусные гепатиты. Диагностика гепатитов В и С на современном уровне является обязательной как в Узбекистане, так и за рубежом. При этом необходимо подчеркнуть, что именно в Службе крови применяются наиболее современные диагностические методики, обладающие максимальной чувствительностью. В последние несколько лет традиционная иммунологическая диагностика гепатитов В и С была дополнена молекулярно-биологическими методиками — технологиями амплификации нуклеиновых кислот (nucleic acid amplification technologies,

NAT), позволяющими выявить инфекционный агент на ранней стадии до образования иммунологических маркеров [3].

Как и при любых других заболеваниях, обращения больных вирусными парентеральными гепатитами обоснованы присутствующими в момент обращения жалобами. Учитывая характер течения данных заболеваний, чаще всего это происходит либо при острых гепатитах, что по данным статистики случается не часто, либо при обострении хронических на довольно поздних стадиях болезни. При этом симптомы могут быть невыраженными (преджелтушный период) и распознаны врачом как острая респираторная вирусная инфекция, острая кишечная инфекция и т. д. В свою очередь, увлечение граждан самолечением не способствует своевременному обнаружению вируса у больного. Выявление вирусного гепатита во время диагностики, связанной с другим заболеванием, носит случайный характер. Что же касается диспансеризации населения, то обследование граждан на инфекционные болезни зачастую не утверждено законодательством. Поэтому сохраняет актуальность проблема распространения парентеральных вирусных гепатитов В и С, которая в свою очередь требует задействования в диагностическом поиске не только пришедших в



медицинские учреждения с жалобами, но и клинически здоровых людей.

Приказом министра здравоохранения (зарегистрирован МЮ 15.01.2014 г. № 2556) утверждено Положение о порядке сдачи крови и ее компонентов. Донором является физическое лицо, добровольно предоставляющее часть своей крови и ее компонентов для медицинских нужд. Согласно Закону Республики Узбекистан «О донорстве крови и ее компонентов» (№ 402-II от 30.08.2002 г., далее – Закон) сдавать кровь и ее компоненты могут лица, достигшие 18-летнего возраста, и только после их медицинского освидетельствования. Медицинское освидетельствование лиц перед сдачей крови и ее компонентов и выдача документов о состоянии их здоровья проводятся бесплатно. В соответствии с принятым Положением медицинское освидетельствование доноров включает в себя получение необходимых данных у донора, его медицинское обследование и лабораторное исследование (скрининг) крови. Чтобы попасть в число доноров, нужно заполнить медицинский вопросник (по установленной Положением форме) и пройти собеседование. При обнаружении в крови донора ВИЧ/СПИД, гепатитов «В», «С» или элементов других гемотрансмиссивных инфекций (инфекций, связанных с заражением через донорскую кровь и ее продукты) служба крови (специализированные медицинские учреждения) уничтожает кровь и сообщает донору об отстранении от донорства. В Положении приведен перечень случаев, являющихся основанием для полного

или временного отстранения от донорства.

Служба крови принимает доноров по следующим документам:

Граждан Республики Узбекистан – по паспорту, военнослужащих – по военному удостоверению или личному удостоверению офицера; иностранных граждан и лиц без гражданства – по виду на постоянное жительство.

Донор, принятый к донации, должен дать письменное согласие на исследование его крови на гемотрансмиссивные инфекции (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, бруцеллез, сифилис, туберкулез, малярия). Результаты скрининга крови на гемотрансмиссивные инфекции действительны в течение 7 дней со дня взятия крови на исследование.

В Положении приведен перечень первичных медицинских документов по учету доноров.

При медицинском обследовании донора:

проводится общий осмотр; определяется скорость и ровность пульса (должно быть 60-80 ударов в минуту), артериальное давление (систолическое 90-170 мм рт.ст., диастолическое 60-90 мм рт.ст.); определяется количество гемоглобина (норма у мужчин – не менее 128 г/л и 40% гематокрита, у женщин – не менее 120 г/л и 38% гематокрита); измеряется температура (не ниже 36° С и не выше 37° С).

Лица весом 50 кг и меньше, ростом 150 см и ниже могут допускаться к донорству только по письменному заключению врача-терапевта.



Документом также определены дополнительные виды медицинского обследования при предварительной и повторной сдаче плазмы (жидкой части крови), а также клеток крови.

Установлены и требования к сдаче цельной крови и донации плазмы.

Так, сдавать цельную кровь можно не более 4 раз в год. По Закону норма разового забора составляет не более 400 мл крови, а также 20 мл крови на лабораторные исследования. Интервал же между донациями, необходимый для восполнения резерва сывороточного железа, для мужчин составляет не менее 2 месяцев, для женщин – не менее 3 месяцев.

При донации плазмы ее предельный объем, получаемый у одного донора, не должен превышать 12 л в год, а разовая доза – 600 мл. Максимальное количество плазмаферезов (выделение плазмы из крови и обратное вливание донору клеток крови) для одного донора установлено в 20 процедур в год с промежутком 7-14 дней. Если проводятся разные виды донации, а также после каждых 10 плазмаферезов интервал между процедурами должен составлять 1 месяц. Для доноров, работающих в тяжелых и вредных условиях труда, промежуток времени для восстановления трудоспособности должен быть не менее 12 часов.

Перед донацией донору дается прохладительный напиток или сладкий чай, а после – еда или денежная компенсация за еду.

Напомним, что в соответствии с Законом в день сдачи крови и ее компонентов, а также в день медицинского освидетельствования донор освобождается от работы с

сохранением за ним среднего заработка за эти дни. Учащиеся лицеев и колледжей, студенты вузов, иные категории обучающихся в день сдачи крови и ее компонентов, а также в день медицинского освидетельствования освобождаются от занятий, а военнослужащие – от несения нарядов, вахт и других форм прохождения службы.

Законом также установлено, что непосредственно после каждого дня сдачи крови и ее компонентов донору предоставляется дополнительный день отдыха с сохранением за ним среднего заработка. Указанный день отдыха по желанию донора может быть присоединен к ежегодному трудовому отпуску.

По Положению сбор, заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов вправе осуществлять только специализированные медицинские учреждения.

Целью данной работы является оценить вклад Службы крови НПП «Препараты крови» в выявляемость больных парентеральными вирусными гепатитами В и С.

Материал и методы

Материалом исследования стал контингент доноров Службы крови НПП «Препараты крови» за 2018—2022 гг., данные о котором получены из отчетов Службы крови.

В Службе крови НПП «Препараты крови» для обследования донорской крови применяют самые современные передовые методы лабораторной диагностики, определенные законодательством (Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан, от 24.07.2017 г. № 537.



Исследования образцов крови на серологические маркеры возбудителей трансфузионно-трансмиссивных инфекций, в том числе вирусных гепатитов С и В, проводят методом иммуноферментного анализа (ИФА) на анализаторах Evolis («Bio-Rad», США) и методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) на анализаторах Architect 2000 («Abbott», США). Исследование донорской крови на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В проводят тест-системами Monolisa HBsAgUltra («Bio—Rad», Франция) или HBsAg Qualitative Architect («Abbott», США). Для подтверждения результатов выявления HBsAg реакцией нейтрализации применяют HBsAg-подтверждающий тест «Bio—Rad» или «Abbott». Суммарные антитела к HВс-антигену определяют тест-системами Monolisa а-HВсAg («Bio—Rad», Франция). Исследование донорской крови на антиген/антитела к гепатиту С проводят тест-системами Monolisa HCV Ag-Ab Ultra («Bio—Rad», Франция) и а-HCV Architect («Abbott», США); в качестве подтверждающих тестов используют иммуноблот ИноЛИА (Бельгия) или Десискан (Франция). Также обязательно применяют NAT-тестирование донорской крови. Используют методы полимеразной цепной реакции (ПЦР) и амплификации,

опосредованной транскрипцией (transcription-mediated amplification, TMA). ПЦР-исследования выполняют в пулах из 6 образцов на анализаторе Cobas s201 («Roche», Швейцария) с использованием мультиплексных тест-систем Cobas TagScreen. В основе метода TMA лежит гибридизационный анализ, оценку результатов проводят по конечной точке. Исследования выполняют в индивидуальных образцах на анализаторе Tigris («Novartis» и «GenProbe» США) с использованием тест-систем Ultrio.

Для идентификации инфекции проводят дискриминаторные исследования на анализаторе Tigris с помощью тест-систем на отдельные инфекции Ultrio HIV, Ultrio HCV, Ultrio HBV или на анализаторе Cobas s201 с помощью дискриминаторной тест-системы Cobas MPX 2 TagScreen.

Исследование активности АЛТ в образцах крови проводят кинетическим методом на анализаторе Architect 8000. В норме показатели активности АЛТ до 55 МЕ/л.

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлены данные Республиканское научно-производственное предприятие «препаратов крови» по городу Ташкенте о структуре случаев выявления парентеральных гепатитов В и С среди доноров за 2021-2022гг.

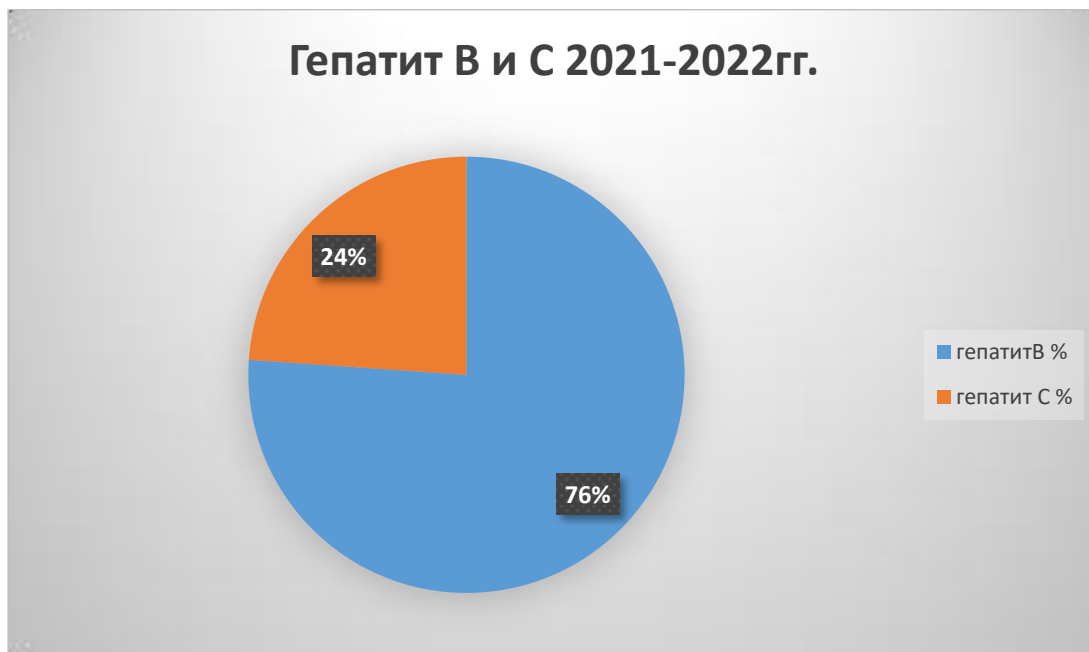


Рис. 1. Отношение числа выявленных случаев гепатита В к числу заболевших гепатитом С среди доноров (76,1% гепатит В, 23,9% гепатит С).

За период с 2018 по 2021г. количество людей, ставших донорами, увеличилось почти на 10 тыс. человек (табл. 2).

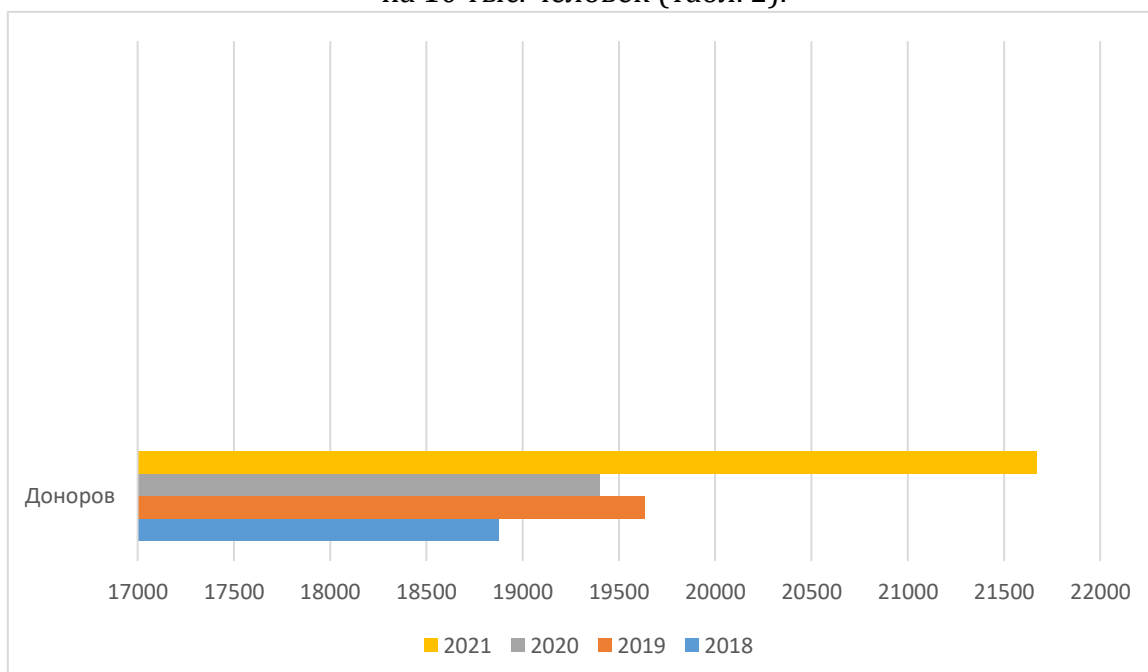


Таблица 2. Число людей, ставших донорами в Службе крови НПП «препаратов крови» в 2018, 2019, 2020 и 2021 гг., абс.

Согласно данным отчетов учреждений Службы крови НПП «препаратов крови» показатель обнаружения маркеров

парентеральных гепатитов В и С у доноров в 2018 г. составил 203 человека, затем резко снизился до 169 и



в 2021 г. снова возрос до 169 человек (рис. 3). При этом в соотношении числа людей, ставших донорами, к случаям обнаружения маркеров гепатитов, наибольшее значение соответствует 2018 г., показатель обнаружения маркеров парентеральных гепатитов в 2018г. наибольший — 0,83%. Однако, в целом, этот процент за 3 года

относительно невелик и находится в интервале от 0,63 до 0,83% (табл. 3).

Таблица 3. Доля обнаружений в донорском контингенте Службы крови НПП «Препаратов крови» маркеров гепатитов В и С, % Доля доноров с маркерами гепатитов В и С, % 0,82 0,63 0,83

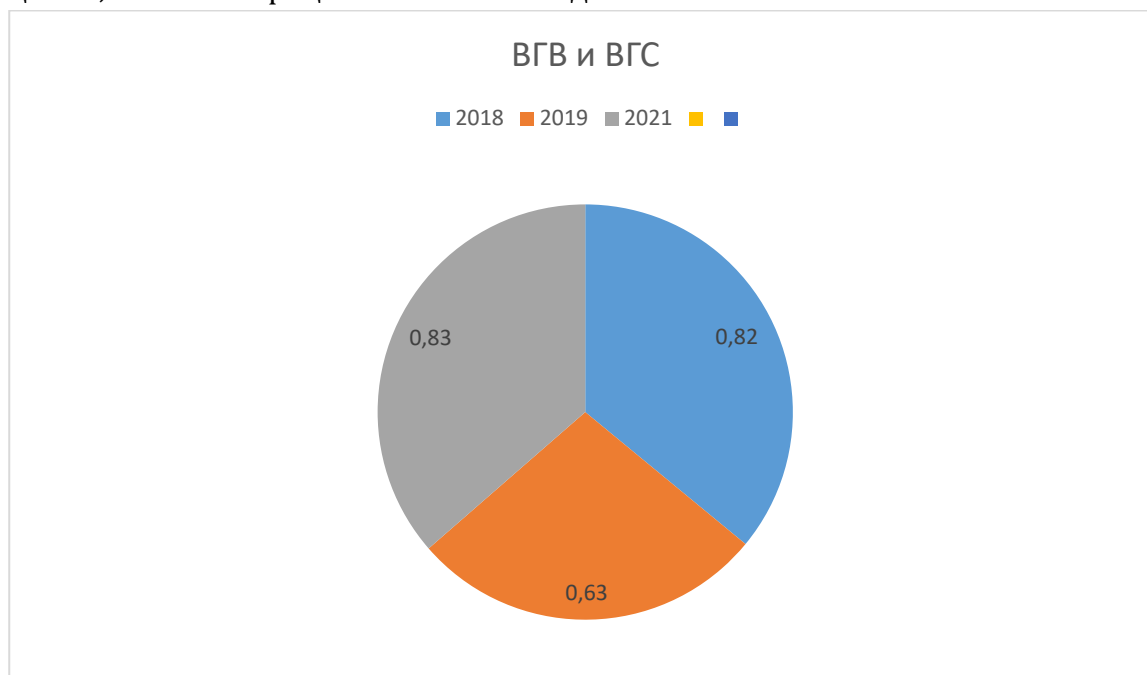


Таблица 4. Число выявленных маркеров гепатитов В и С в донорском контингенте Службы крови НПП «препаратов крови» в 2018, 2019, 2021 и 2022 гг., абс.

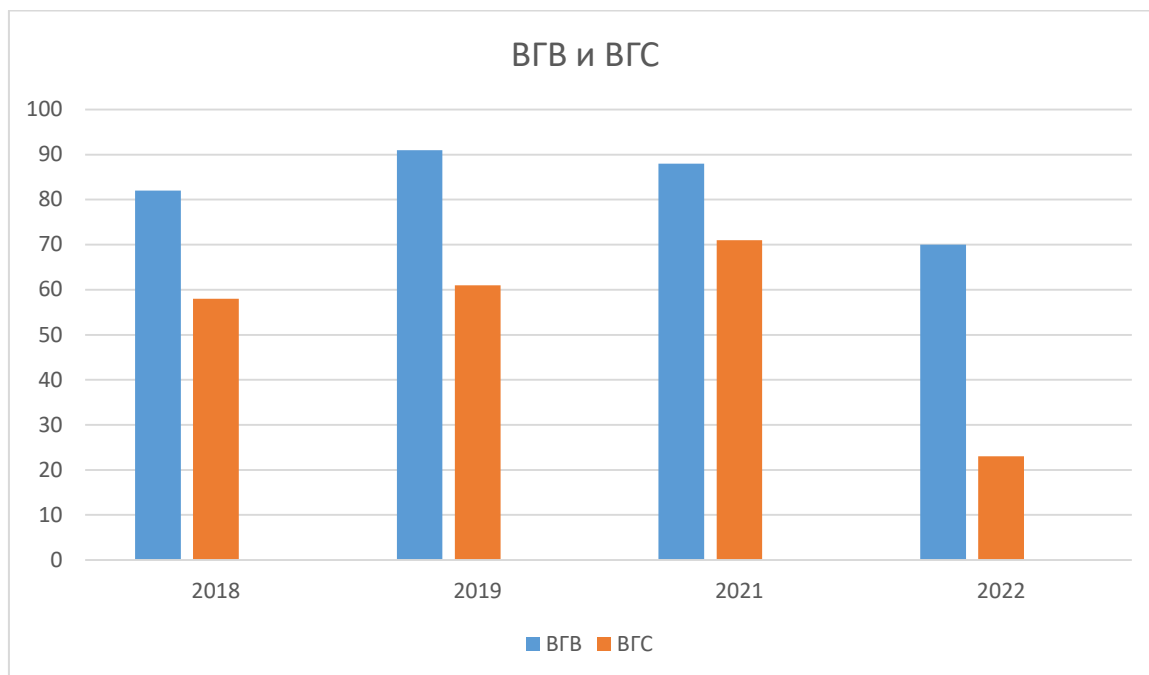


Рис. 4. Доля выявленных маркеров гепатитов В и С в донорском контингенте Службы крови НПП «Препаратов крови»

Обсуждение

Как известно, основными источниками распространения вируса гепатита В являются вирусоносители. Вероятность их обнаружения существенно меньше, нежели больных острой и хронической формой, в связи с полным отсутствием симптоматики и сохранением активного образа жизни. А поскольку доноры в связи с тщательным предварительным отбором состоят из клинически здоровых и активных людей, то вероятнее всего тех, у кого был обнаружен маркер вирусного гепатита В и С в Службе крови, можно отнести к категории вирусоносителей. Поскольку число доноров по годам составляло от 72 до 81 тыс. человек в год, мы сочли правильным экстраполировать эти данные на 100 тыс. населения.

Выводы

Таким образом, Служба крови представляет собой уникальный

источник информации о состоянии здоровья граждан (инфицировании в первую очередь), находящихся на территории Узбекистан и считающих себя здоровыми.

Уже на протяжении нескольких десятилетий мировое медицинское сообщество продолжает борьбу с вирусными гепатитами. Эти усилия дают положительные результаты, в том числе и в нашей стране. Благодаря программе по всеобщей иммунизации населения мы можем говорить о значительных успехах, отразившихся в цифрах статистики: за 11 лет (2010—2021) показатель заболеваемости острым гепатитом В снижен в 23,5 раза. Но в результате анализа данных отчетов Службы крови НПП «Препараты крови», мы можем утверждать, что проблема гепатитов В и С остается актуальной и требует прогрессивных мер: иммунологических, диагностических и лечебных. Все они



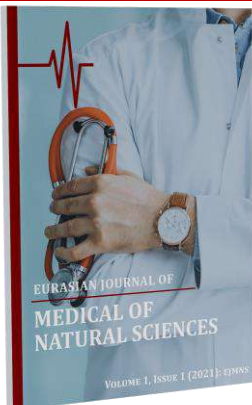
могут быть реализованы только в совместной работе медицинских организаций различных областей направленности. Для этого необходима не только качественная работа специалистов, но и четко отлаженная связь между медицинскими учреждениями.

То же можно сказать и о количестве обнаруженных вирусоносителей

гепатита В и С. Доноры, имеющие в своем состоянии клинические либо лабораторные отклонения от нормы, до донации не допускаются. В связи с этим можно также предполагать, что те доноры, у которых были обнаружены маркеры к данному виду гепатитов, являются вирусоносителями

References:

1. Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States. Geneva: WHO, 2013, p.14-15;
2. Meier-Stephenson V., Badmalia MD., Mrozowich T., Lau KC., Schultz SK., Gemmill DL., Osiowy C., van Marle G., Coffin CS., Patel TR. Identification and characterization of a G-quadruplex structure in the pre-core promoter region of hepatitis B virus covalently closed circular DNA. // J Biol Chem - 2021 - Vol - NNULL - p.100589; PMID:33774051
3. Li Y., Yan L., Wang R., Wang Q., You Z., Li B., Zhang J., Huang B., Chen Y., Li Y., Lian M., Tang R., Qiu D., Gershwin ME., Xiao X., Miao Q., Ma X. Correction to: Serum Immunoglobulin G Levels Predict Biochemical and Histological Remission of Autoimmune Hepatitis Type 1: A Single Center Experience and Literature Review. // Clin Rev Allergy Immunol - 2021 - Vol - NNULL - p.; PMID:33666868
4. Керимов А.А., Гаджиева П.Ш. О частоте выявления серологических маркеров инфицирования вирусами гепатитов В и С среди доноров крови, живущих в Азербайджане. // Биомедицина, 2017, N.1, с. 41-44;
5. Керимов А.А. Вирусные гепатиты в Азербайджане: основные аспекты изучения и перспективы борьбы. // Биомедицина, 2003, N.2, с.3-8.
6. Mamedov M., Kerimov A., Asadov C. et al. Distribution of some viral infections serological markers among blood donors in Azerbaijan Republic. / Abstr. IV Eur. congress Int. Soc. of Blood Transfusion. Venezia, 1995, p.396; 6.
7. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. Важнейшие достижения и перспективные пути дальнейшего развития инфекционной гепатологии. // Современные достижения азерб. медицины, 2016, N.2, с.311; 3. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Теоретические основы эпидемиологии и профилактики трансфузионных вирусных инфекций. Под ред. М.И.Михайлова. Баку: Элм, 2012, с.215-216;



THE ROLE OF INTERCULTURAL COMMUNICATION IN OVERCOMING INTERCULTURAL CONFLICTS

Qodirova Dilnoza Xoliq qizi

Student of Media and Communication faculty, UzSWLU

Tel number: +998901808002

Email: qodirovadilnoza0922@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6969026>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

Intercultural communication, biculturalism, multiculturalism, intercultural conflicts, cultural competence culture, non-verbal communication.

The study of communication between people of other cultures and social groups, as well as how culture influences communication, is known as intercultural communication. It refers to the wide range of communication procedures and issues that inevitably arise when people from various religious, social, ethnic and educational backgrounds work together in an organization or social context. It aims to comprehend how people from other countries and cultures act, communicate, and view the world around them in this way. Intercultural communication focuses on recognizing and respecting persons who have different cultural backgrounds. The goal is mutual adaptation between two or more separate cultures, rather than complete integration, which leads to biculturalism/ multiculturalism. It encourages the development of cultural

ABSTRACT

People can learn new languages and traditions, tolerate non-verbal communication disparities, and prepare for intercultural encounters. However, the primary goal should be to develop intercultural communication competency, or the ability to manage important aspects of intercultural communication. In this paper, I will discuss the concept of communication, particularly nonverbal communication, and its characteristics in communicating a message across cultures.

sensitivity and enables for cross-cultural empathy.

Today's world is marked by an increasing number of interactions that result in communication between people of various languages and cultural backgrounds. Contact with people from other cultures is sometimes stressful and fraught with miscommunication. Good intentions and a nice demeanor do not appear to be enough. One of the most important aspects of communication is respect for other cultures. No one should look down on people who have different habits, languages, or civilizations; instead, attempt to comprehend what and how they see the world through their eyes. Contacts in the fields of tourism, education, science, and entertainment, as well as business, politics, and immigration, facilitate cross-cultural communication. Because the group to



which a person belongs is distinct, communication in all of these cross-cultural encounters must be constructive and free of misunderstandings. New sorts of relationships are currently posing communication issues that few people are prepared to.

When a person from one culture sends a message to be processed by someone from another culture, intercultural communication happens. The subject of intercultural communication is hampered by a major issue, as the linguistic phrase culture frequently causes confusion. To begin with, it refers to a huge group of people and what they share in common, such as their history, language, or geographic location. When people refer to the Japanese, Chinese, Americans, British, and so on, they are referring to what these groups have in common and what disparities exist among their members. When discussing such big groups, it is vital to avoid the problem of overgeneralization by referring to world culture in places where it does not apply, particularly in discourse of intercultural communication.

Individual conversation is referred to as discourse. Culture, on the other hand, is a secondary consideration. It is a set of guidelines for living and working in a society. Individuals do not converse with different cultures. Individuals with either an American or a French heritage can only communicate with each other through their respective cultures. This branch of research examines how people from various cultural backgrounds communicate with one another and across cultures in similar and distinct ways. Culture is a collection of beliefs, ideas, customs, general behavior, festivals, cuisine, attitudes, and even clothing styles that vary by country.

People from the same country share cultural commonalities, yet there are also differences, particularly in geographical locations within a country. Cultures vary over time, but people who migrate from one culture to another do not change their cultures. As a result, cross-cultural communication necessitates prudence.

Culture is a discursive space that is continually changing, not a fixed identity. As a result, cultural interactions are a complicated interaction of entities that are always negotiating their own identities. Culture is a human creation as well, a system of symbols through which man gives meaning to his own experiences. This establishes one's identity and worldview. As a result, cultures are seen as manifestations of differences. Culture fosters a sense of belonging, identity, and inclusion, and so implies exclusion and borders. These boundaries are not as well defined as national borders, yet they are crucial to cultural interactions.

The link between cultures is defined by the meaning at these borders. These constrained spaces are discursive, allowing for debates, agreements, and compromises. Maintaining a good balance between the forces of individualism and community to offer a common sense of identity while preserving individual dignity, freedom, and creativity is also part of cultural communication. As each conversation includes culture-specific characteristics, cultural communication entails the negotiation of cultural conventions. Nonverbal communication is a significant aspect of cultural contact.

No two persons are the same, regardless of ethnicity or life experiences, and everyone has different values, views, or assumptions than others. These values and experiences



are formed by our life events, which shape our conduct and decisions. To better comprehend a person's worldview, we must assume that judgments of culturally distinct conduct are likely to be ethnocentric, and that they will interact with the communication required to learn about the worldview context in which the behavior must be evaluated in any event. People in some worldviews can find similar ground on which to build shared understanding and respect.

In Conclusion, the first step toward a better understanding and improved intercultural

communication is to be aware of all of the challenges listed. Long-standing habits or thought patterns must be changed before progress can be made. The growing demand for global understanding places us all in a position to contribute our best efforts. A person should be able to navigate his way into close proximity to foreign ideals, attitudes, and customs. He should be able to collaborate with them without sacrificing his own principles in the pursuit of a better society.

References:

1. Luring, Jacob (2011). Intercultural Organizational Communication: The Social Organizing of Interaction in International Encounters. Journal of Business Communication.
2. Barna, Laray. Stumbling blocks in Intercultural Communication, in Samovar, L.A. Porter: Intercultural Communication: A Reader, Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA, 1994.
3. Cit, Mc Daniel, E. Samovar, L. Porter: Understanding Intercultural Communication. The Working Principles. 2009.
4. Scollon, Ronald. Scollon, Suzanne. Intercultural communication: a discourse approach, Blackwells Publishing Ltd. Oxford 2001.
5. Clifford, James. On Orientalism in: The Predicament of Culture: Twentieth Century Ethnography, Literature and Art, Harvard University Press, Cambridge. 1988.
6. Watson, Ian: Negotiating Cultures. Eugenio Barba and intercultural debate. Manchester University Press, New York. 2002.



ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Исмаилов С.И.¹ Маматханова Г.М.²

¹Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова
Республика Узбекистан Ташкент

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Республика Узбекистан
Фергана

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6976038>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

информационная
технология, электронные
компьютерные методы,
эффективность
компьютеризации,
система электронного
документооборота,
медицинская
документация.

Актуальность. Для целей менеджмента здравоохранения на различных уровнях используются различные системы оценки и индикаторов качества и эффективности деятельности ЛПУ, сбор которых требуют современной информационной базы. Для данных целей может применяться лишь та информация, которая используется в первичной или учетно-регистрационной документации, поэтому ее ведение имеет особое значение для менеджмента в ЛПУ и может оцениваться по нескольким группам критериев: а) объем работы, б)

ABSTRACT

В работе представлены сведения о значении информационных технологий, электронных компьютерных методов и влияния электронного документооборота на деятельность практикующих врачей амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях модернизации и информатизации системы здравоохранения

качество работы, в) эффективность работы. [1, 2, 16,18].

Проблема увеличения количества медицинской документации в современном здравоохранении характеризуется как кризис традиционных систем сбора и накопления медицинской информации. Особенно заметен этот кризис в учреждениях ПМСП, где спектр услуг и обслуживаемых состояний пациентов весьма широк, соответственно, велики информационные потребности. [4, 6, 11].



Кризис документооборота проявляется в основном в трех аспектах. Во-первых, это проблема непроизводительных затрат времени на ведение первичной или учетной медицинской документации. Во-вторых, повсеместно увеличивается количество не только официальных, но и неофициальных учетных форм. В-третьих, увеличивается количество официальных и неофициальных отчетных форм, которые в настоящее время готовятся медперсоналом вручную. [1, 16, 17, 19]

Особую озабоченность вызывают затраты времени медперсонала на ведение учетной документации.

Цель данной статьи – показать способы формирования информационной компетентности врачей амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях модернизации и информатизации системы здравоохранения. Основопологающим для данного исследования является описательный метод, состоящий из анализа публикаций в периодических изданиях, обобщения опыта.

Материалы и методы: изучение влияния электронного документооборота на деятельность практикующих врачей амбулаторно-поликлинических учреждений. Для анализа использован метод контент-анализа с элементами обобщения.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования, проведенные С.И.Исмаиловым («Совершенствование медицинского учетного документооборота в первичном и вторичном звеньях здравоохранения (на примере г. Ташкента)», 2006г.) показали

следующие результаты: при деятельности врачей-педиатров в участковой поликлинике (47) показано, что при среднем расходе времени на приеме в поликлинике на 1 прием 7 мин 45 сек, 51% рабочего времени врача расходуется на ведение различной медицинской документации, и лишь 35,1% - на непосредственную врачебную работу. При перерасчете соотношений затрат времени на «полезную» врачебную работу и на ведение документации за вычетом расходов времени на подготовку рабочего места и различные выходы из кабинета это соотношение становится 59,2% к 40,8%, т.е. больше половины времени при работе с пациентом врач тратит на заполнение документации.

Канадские исследователи, работавшие в Камеруне, выявили, что работники центров здоровья лишь 27% рабочего времени тратят на производительную, полезную работу, причем большая часть ее посвящена лечению, а профилактическая деятельность занимает у них менее 1% общего рабочего времени (109). По данным индийских исследований, врач производительно тратит лишь 53,3% времени, а из непроизводительных затрат рабочего времени 20% уходит на записи (245).

Из-за постоянного роста объемов документов во всем мире, все более широкого применения ЭВМ при обработке информации, использования не бумажных носителей необходимо искать новые возможности овладения и управления документированной информацией. Организация работы с документами влияет на качество



работы руководства учреждений, культуру труда ее сотрудников и организацию работы в целом. Успех управления в частности медицинских учреждений зависит от того, насколько профессионально ведется документация. Учреждения в системе здравоохранения постепенно переходят на систему электронного документооборота [3, 5, 7, 8].

Электронный документооборот представляет собой организационно-техническую систему. Эта система обеспечивает процесс создания, управления, распределения, контроля над потоками электронных документов в учреждения, а также их хранение. Электронный документооборот - это совокупность автоматизированных процессов по работе с документами, представленными в электронном виде, с осуществлением концепции «бумажного делопроизводства» [1,11,28,29]. Внедрение систем электронного документооборота (далее - СЭД) позволяет решить ряд задач и достичь определенных целей [1, 7, 14, 28, 29].

Основными целями при внедрении СЭД ставятся достижения следующих ориентиров: 1) повышение управляемости системы здравоохранения; 2) предоставление информации о том, какие документы обрабатываются в медицинских учреждениях и в какие сроки это происходит; 3) повышение исполнительской дисциплины; 4) оперативный контроль выполнения задач и исполнения приказов; 5) быстрое и качественное предоставление текущей статистической работы; 6) сокращение

времени на внедрение управленческих решений; 7) сокращение времени согласования приказов и распоряжений; 8) повышение качества работы медицинских учреждений (сокращение времени обработки данных и количества совершаемых ошибок при обработке материалов) [9, 10, 12, 15, 21,24].

Данные ориентиры помогают увидеть, какие основные преимущества получает здравоохранение при использовании электронного документооборота. Они могут быть различны. Это позволяет условно разделить эти преимущества на три группы.

В первую в группу входит выполнение части операций, т.е. автоматически увеличивается скорость и точность работы за счет переложения части операций на СЭД. Это достаточно высоко смогут оценить сотрудники учреждений.

Во вторую группу можно отнести повышение мобильности учреждений (адаптации к всевозможным окружающим факторам): 1) учреждения имеют возможность быстрее менять свое направление тактики движения благодаря оперативной реакции на управленческие воздействия; 2) вследствие вовремя предоставляемой аналитической информации о ходе работ, качество этих управленческих воздействий оказывается на совершенно другом уровне.

Третья группа - улучшение взаимодействия сотрудников. Например, исключительно благодаря регистрации документов и учетных форм в электронном виде статистик получает отчет в течение нескольких секунд и пересылает его руководителю



без дополнительных усилий, с помощью СЭД. Вместе с тем, половина атрибутов регистрационной формы заполняется автоматически. Для того чтобы заполнить остальную половину – нужно только выбрать из справочника нужное значение; журналы регистрации формируются системой автоматически и доступны за любой период в любой момент по нажатию одной кнопки мыши; поиск документов осуществляется любым сотрудником самостоятельно. Рассмотрим подробно, какие преимущества предлагает электронный документооборот при внедрении его в учреждение. Одно из преимуществ – повышение производительности организации [1, 7, 11, 13, 17, 19, 20].

Необходимо отметить, что на поиск нужных документов и информации при наличии системы электронного документооборота тратится гораздо меньше времени, по сравнению с традиционным (бумажным) ведением [1, 11, 28]. Доступ к электронному документообороту можно получить с любого персонального компьютера организации. Вторым преимуществом можно назвать мгновенный доступ к актуальной информации. Способность быстро и легко находить последние версии документов [24, 25, 26, 32].

Таким образом, решается проблема актуальности документооборота. Пользователь сможет найти последнюю версию файла и работать уже с ней, даже если один и тот же документ существует в нескольких вариантах. Еще одно преимущество – это уменьшение ошибок типа «человеческий фактор». Правильная организация электронного

документооборота позволяет исключить ошибки, которые влечет за собой человеческий фактор. При бумажном документообороте на поиск пропавших документов уходят часы, в то время как СЭД справляется с такой задачей всего за несколько секунд. Уменьшение материальных издержек бесспорно можно назвать одним из преимуществ. Электронные системы управления документооборотом значительно сокращают расходы организации [4, 17, 22, 23, 30, 31].

Вследствие этого увеличивается эффективность сотрудников медицинских учреждений за счет автоматизации работы, а также, снижаются издержки на расходные материалы, используемые при бумажном документообороте.

Пятое преимущество: улучшение взаимодействия внутри организации. Внедрение системы электронного документооборота облегчает коммуникацию, обмен информацией, а также помогает разрушить барьеры между различными подразделениями. Это позволяет улучшить взаимодействия между учреждениями и отделами внутри организации. Одно из важных преимуществ, несомненно, коллективная работа с документами. Автоматизация документооборота позволяет одновременно нескольким пользователям работать с одним и тем же файлом, а также осуществлять поиск по единой базе данных документов [17, 18, 26, 27, 33].

При внедрении СЭД сокращается потребность в дополнительном персонале. Увеличение объемов производства при электронном документообороте не требует



значительного расширения персонала. Достаточно обучить уже имеющийся коллектив пользоваться СЭД. Также при использовании электронного документооборота снижаются расходы на хранение бумажных документов [1, 3, 11, 14].

Введение электронного документооборота позволит снизить издержки на хранение документации. Хранение документов в электронном виде позволяет защитить документы от повреждений. Использование СЭД снижает риски вследствие пожара, наводнения или других форс-мажорных обстоятельств.

Большим плюсом СЭД является то, что он защищает документы от биологических факторов. Однако, не стоит забывать о том, что внешние накопители быстро устаревают. В виду этого, следует всегда следить за новинками в сфере здравоохранения [9, 10, 14, 22].

Еще одним из основных преимуществ внедрения СЭД можно назвать повышение корпоративного сознания в организации. Четко понимая общие цели и задачи, каждый сотрудник начинает чувствовать себя частью единой команды. Рассматривая вышеперечисленные преимущества, мы выявлена, что в первую очередь, внедрение электронного документооборота ведет к экономии трудовых и материальных затрат на работу с документами, полному контролю за документами, их движением и исполнительской дисциплиной, а также к сокращению временных циклов работы с документами. Не малую часть занимают преимущества, связанные с

управлением персоналом в учреждении. Во-первых, уменьшение ошибок типа «человеческий фактор» и коллективная работа с документами. Во-вторых, улучшение взаимодействия внутри учреждения и повышение корпоративного сознания. Все это приводит к более быстрой, четкой и правильно выполненной работе [1, 11, 13, 14].

Некоторыми авторами [1, 11, 14], выявлено то, что при использовании электронного документооборота для управления учреждений здравоохранения повышается ее эффективность. СЭД гарантирует успешное управление документами; персонал получает расширенные возможности для работы (уменьшаются временные затраты на обработку документов). Все это позволяет эффективно управлять системы здравоохранения, а благодаря этому, возрастает конкурентоспособность медицинских учреждений.

Заключение

Применение цифровых технологий и электронного документооборота на деятельность практикующих врачей амбулаторно-поликлинических учреждений позволило оптимизировать эти направления работы.

Внедрение цифровых технологий в лечебно-профилактические учреждения находится на начальном этапе.

Основной целью внедрения автоматизированной системы документооборота можно считать задачу по избавлению неповоротливой бюрократической машины традиционного делопроизводства от бумажных завалов. Именно достижению указанной цели и служит электронный



документооборот и электронное делопроизводство. При этом следует отметить, что эффективное внедрение систем электронного документооборота в системе здравоохранения напрямую

зависит от совершенствования законодательной базы и определения на государственном уровне требований к разработке и эксплуатации таких систем.

References:

1. Асадов Д.А., Исмаилов С.И., Дурманов Б.Д. На пути к электронному медицинскому документообороту: система клиничко-информационной документации (СКИД) //Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН выпуск. - №1. - 2006. - Москва. - С.153-154.
2. Асадов Д.А., Дурманов Б.Д., Исмаилов С.И. Реформирование системы здравоохранения в Узбекистане //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины за рубежом. - №5. - Москва. - (сент.2003). 2003. - С.54-57.
3. Бойко Е.Л. Цифровое здравоохранение / Е.Л. Бойко // Вестник Росздравнадзора. - 2018. - № 3. - С. 5-8.
4. Гайдаров Г.М. Социологические аспекты проблем в организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.М.Гайдаров Г.М., И.С. Кицул, Н.Ю.Ростовцева // Здравоохранение. 2004. -№3 -С. 139-149.
5. Гусев С.Д., Гусев Н.С., Бочанова Е.Н. Информационное обеспечение оказания качественной медицинской помощи при использовании медицинских информационных систем. Врач и информационные технологии. - 2016.
6. Дюкарева А.М. Опыт оптимизации деятельности поликлиники / А.М. Дюкарева, Ю.А. Ленгин. // Здравоохранение. 2003. -№10. -С.39-45.
7. Ефремова Л.И., Колекина А.О. Выбор системы электронного документооборота для предприятия // Вестник ВУиТ. 2019. №1.
8. Жильников А.Ю., Михайлова О.С. Электронный документооборот // Территория науки. 2017. №2.
9. Жуковская Ирина Евгеньевна Методы и инструменты разработки инновационных стратегических управленческих решений на основе применения передовых информационно-коммуникационных технологий в статистической отрасли Узбекистана // Статистика и экономика. 2013. №5.
10. Жуковская Ирина Евгеньевна К вопросу о роли интеграции информационных ресурсов в единой информационной системе региона для решения функциональных статистических задач // Статистика и экономика. 2015. №3.
11. Запольских О.М. Электронный документооборот - повышение эффективности управления организацией // Ученые записки Тамбовского отделения РосМУ. 2018. №11.
12. Зарубина Т.В. Актуальные вопросы внедрения информационных технологий в здравоохранение / Т.В. Зарубина // Вестник Росздравнадзора. - 2018. - № 3. - С. 20-25.



13. Зингерман Б. В., Шкловский-корди Н. Е. Электронная медицинская карта и принципы ее организации. Врач и информационные технологии. - 2013.
14. Иванова Елена Владимировна Электронный документооборот как форма современного делопроизводства // Гуманитарий Юга России. 2017. №1.
15. Исмаилов С.И., Дурманов Б.Д., Джамалутдинова И.Ш. Стандартизация понятий базы статистики здравоохранения. //Здравоохранение. - Дискуссион. - №9. - Белоруссия, Минск. - 2003. - С.31-34.
16. Исмаилов С.И. Компьютеризация медицинских учреждений как составная часть реформы здравоохранения //Медицинский журнал Узбекистана. - №1-2. - 2004. - С.136-137.
17. Исмаилов С.И. Анализ первичной медицинской документации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи //Медицинский журнал Узбекистана. - №4. - 2004. - С.99-103.
18. Исмаилов С.И. Структурно-функциональный анализ учетной медицинской документации в учреждениях здравоохранения. //Медицинский журнал Узбекистана. - №5. - 2005. - С.85-87.
19. Исмаилов С.И. Совершенствование системы первичной регистрации заболеваемости в амбулаторных и госпитальных учреждениях. //Медицинский журнал Узбекистана. - №2. - 2005. - С.7-8.
20. Луцкий М.А. Рациональное управление ЛПУ на основе комплексного применения информационного мониторинга и моделей конечных результатов / М.А. Луцкий, Я.Е. Львович, В.М. Фролов//Управление в биомедицинских социальных и экономических системах: Межвуз. сб. науч. тр. Воронеж: РАЕН, ВГТУ, ВИВТ, 2012. С.97-104.
21. Могзоев А.М., Ожигов М.А. Совершенствование документооборота в делопроизводстве органов муниципальной власти // Муниципалитет: экономика и управление. 2018. №1 (22).
22. Мурашко М.А. Информационные системы для инновационного развития контроля (надзора) в сфере здравоохранения / М.А. Мурашко, А.И. Панин, К.Г. Поспелов // Вестник Росздравнадзора. - 2018. - № 3. - С. 9-19.
23. Мухаммад-Али Хакимович, Кенжабаев Омон Тургунович Роль информационно-коммуникационных технологий в развитии Республики Узбекистан // Современные информационные технологии и ИТ-образование. 2016. №4.
24. Нормативно-справочная информация при построении электронного здравоохранения в России: взгляд на проблему / В.И. Стародубов, Т.В. Зарубина, К.В. Сидоров, С.Л. Швырев, С.Е. Раузина, Ю.И. Королева // Врач и информационные технологии. - 2017. - № 2. - С. 19-28.
25. Ольховская Ирина Валерьевна Развитие информационных технологий и телекоммуникационных систем в республике Узбекистан // Проблемы Науки. 2016. №21 (63).
26. Орлова Т. С. Учетные формы в системе статистического, ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи учреждения



- здравоохранения (на примере Костромской области) / Т. С. Орлова // Зам. гл. врача.-2012.-№5.-С. 18-28.
27. Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного / М. Я. Подлужная, С. П. Шилова, Л. Д. Арасланова, Г. Е. Коршунова // Менеджер здравоохранения. - 2008.-№7.-С. 60–65.
28. Пахомов Евгений Вячеславович Анализ систем электронного документооборота в органах муниципального управления // Известия ЮФУ. Технические науки. 2012. №8.
29. Фролов В.М. Оптимизация объема обслуживания и ресурсного обеспечения лечебно-профилактического учреждения на основе медицинского информационного мониторинга/ В.М.Фролов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: Журнал практической и теоретической биологии и медицины. М., 2013. Том 12, №1. С.241-244.
30. Aaronson JW, Murphey-Cullen CL, Chop WM, Frey RD. Electronic medical records: the family practice resident perspective. *Fam. Med.* 2001 Feb; 33(2): 128-32.
31. Adams WG, Mann AM, Bauchner H. Use of an electronic medical records improves the quality of urban pediatric primary care. *Pediatrics.* 2003 Mar; 111 (3):626-32.
32. Aydin CE, Forsythe DE. Implementing computers in ambulatory care: implications of physician practice patterns for system design. *Proc. AMIA Annu Fall Symp.* 1997; 677-81.
33. Baund RH. Conceptual search in electronic patient record. *Medinfo.* 2001; 10 (pt1): 156-60.



BIOLOGIYA SOHASIDAGI DOLZARB MUAMMOLAR

Sobitxonov Javohir Zunnurxon o'g'li¹

Biotexnologiya fakulteti Biologiya yo'nalishi
4-bosqich talabasi javohiruzbekistan8@gmail.com

99 656 08 11

Imomov Otabek²

Ilmiy rahbar: Phd

¹⁻²Namangan davlat universiteti

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7010266>

ARTICLE INFO

Received: 01st August 2022

Accepted: 03rd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

hayotning yaralishi, insonni
paydo bo'lishi, bosh miya
,hayvonni paydo bo'lishi,
xotira va bilish
qonuniyatlari, o'simlik
kasalliklarini oldini olish.

ABSTRACT

Bu maqolada biologiya sohasida o'z yechimini topmagan ma'lumotlar yoritib berilgan.

Biologiya sohasidagi dolzarb muammolar Biologiya fanida hali o'z yechimini topmagan bir qancha muammolar mavjud. Ulardan hayotning paydo bo'lishi, hayvonning paydo bo'lishi genetik axborot xotira va bilish qonuniyatlari, oziq-ovqat tanqisligi, havoning ifloslanishi shular kabilardir.

Turli olimlarning gipotezasiga ko'ra hayotning yaralishi birinchi navbatda suvda aminokislotalarning rivojlanishi tufayli avtotrof va getertrof organizmlar rivojlangan.

Hayotning paydo bo'lishi

Tirik organizmlarning paydo bo'lishi va rivojlanishi to'g'risidagi qarashlar majmui. Hayotning paydo bo'lishi to'g'risida xar hil fikrlar mavjud. Ilohiy kitoblarda tirik jonzotlarni muayyan makon va zamonda ma'lum reja asosida oliy Yaratuvchi tomonidan yaratilganligi ta'kidlanadi.

Qur'onda dunyo 6 kunda yaratilganligi yozilgan.

Irlandiyalik arxiyepis-kop Asher dunyo miloddan avvalgi 4004- yil oktabrda yaratilganini hisoblab chiqqan. Kreationsizm ta'limotiga asosan hayot g'ayritabiiy hodisa natijasida bir marta paydo bo'lgan va shundan bureationsizm ta'limotiga asosan hayot g'ayritabiiy hodisa natijasida bir marta paydo bo'lgan va shundan buyon o'zgarmasdan qolgan. Qadimiy Xitoy, Rim, Bobilda paydo bo'lgan nazariyalarga binoan hayot tabiatda o'z-o'zidan paydo bo'lgan. Yunon faylasufi Empedokl (mil.avv.490-430 yil) tiriklik havo, tuproq, olov va suvdan tashkil topgan. Demokrit (mil.avv.460-370 yil) hayot loyodan ,Fales (mil.avv.625-547 yil)o'simlik va hayvonlar balchiqdan paydo bo'lgan, degan fikr bildirishgan. Aristotel fikricha moddaning muayyan zarrachasi



“hayotiy kuch”ga ega, bu kuch qulay muhitda tirik organizmni paydo qiladi. Van Genmolt (1577-1644) iflos kiyim, qorong’u shkaf va bug’doy donidan 3 hafta davomida sichqon paydo bo’lganligini yozadi.

Ammo Italiya vrachi va biolog Franchesko Redi og’zi yopilgan idishda saqlangan go’shtda pashshalar paydo bo’lmasligini isbot qiladi. Biroz vaqt o’tgach Lui Paster (1860) tajriba orqali “G” shaklidagi egilgan nay ulangan kolbada qaynatilgan go’shtning aynimasligini isbot qildi.

Insonning paydo bo’lishi

Inson Homo sapiens (lot.ongli odam) sut emizuvchilar sinfining Hominidae oilasiga mansub primat turidir. Odamlar abstrakt fikrlash, nutq, introspeksiya qobiliyatli yuksak rivojlangan miyaga egadir. Bunday miya bilan odamlar mehnat qurollari ishlatishni o’rganib, boshqa tur hayvonlardan ilg’orlashib ketdilar. Odam ijtimoiy mehnat asosida shakllangan tafakkur va nutqqa ega bo’lishi, mehnat qurollari yasashi va atrof muhitga faol ta’sir ko’rsata olishi bilan boshqa tirik mavjudotlardan farq qiladi. Odamni antropologiya fani o’rganadi. Aslida insonni Allox taollo tuproqdan yaratgan Hayotni ham Allox yaratgan, va o’ziga itoat yani ibodat qilishni buyurgan. Barcha narsalarni Allox o’zi yaratgan.

Inson xotirasi

Xotirada esda olib qolish, esda saqlash, esga tushirish va unutish kabi asosiy jarayonlar mavjud bo’ladi. Shu jarayonlarning har biri aloxida mustaqil psixik xususiyat hisoblanmaydi. Ular faoliyat davomida shakllanadi va o’sha faoliyat bilan belgilanadi. Muayyan bir materialni esda olib qolish hayot faoliyati jarayonida individual tajriba orttirishga bo’liqdir. Esda olib qolingani keyinchalik faoliyatda qo’llanish uchun uni

esga tushirish taqozo etiladi. Hozirgi kunda xotiraning mexanizmlari va qonuniyatlarini o’rganish bo’yicha uchta nazariya mavjuddir. Bular psixologik, neyrofiziologik hamda biokimyoviy nazariyalardir.

Inson xotirasining hajmi qancha?

Ko’pchilikka ma’lumki, odamlar o’z miyasi imkoniyatlaridan to’liq foydalanmaydi. 10 foizli imkoniyatlar haqida gapirmayman, biroq shunisi aniqki, miyaning imkoniyatlari tasavvurga sig’ishi qiyin. “Hi-News” olimlari tomonidan miyaga qancha ma’lumot sig’ishi mumkinligi borasida olib borilgan tadqiqot natijalari bilan bo’lishdi.

Solka biologik tadqiqotlar instituti olimlarining so’nngi ma’lumotlariga ko’ra, inson miyasi hajmi bunga qadar aniqlangan natijalardan 10 barobarga ko’p ekan. Aniq raqamlarni keltiradigan bo’lsak, gap bir peta bayt (1000 terabayt) haqida ketmoqda. Bir-ikki yil oldin butun internet hajmi shunchaga teng deya baholangandi.

Inson miyasi hajmini aniqlash uchun olimlar kalamushning gippokamp to’qimasini 3D tahlil yordamida o’rgandi. Jarayonda ma’lum bo’lishicha, miya sinapslari o’z o’lchamini o’zgartirishi mumkin, bu esa xotira hajmiga ta’sir ko’rsatadi. Bundan tashqari barcha holatlarning 10 foizida sinapslardan nusxa ko’chirilgan.

Hayvonning paydo bo’lishi

Hayvonot dunayvonot dunyosi –organik olam sistemasidagi yirik bo’limlaridan biri Hayvonlarning bundan 1-1,5 mlrd yil ilgari okean suvida mikroskopik xlorofillsiz, amyobasimon xivchinlilar shaklida paydo bo’lganligi taxmin qilinadi. Hayvonning eng qadimiy qazilma qoldiqlari qoldiqlari yoshi 0,8 mlrd yildan oshmaydi. Ko’p hujayrali hayvonlar-bo’shliqchililar, chugalchanglar, tuban bo’g’imoyoqlilar dastlabki qoldiqlari



so'nggi kembrio'p hujayrali hayvonlar-bo'shliqchililar, chuvalchanglar, tuban bo'g'imoyoqlilar dastlabki qoldiqlari so'nggi kembriy qatlamlaridan boshlab, (mil.avv. 690-570mln yil) uchraydi. Kembriy davri boshlarida (mil.avv570-490mln.yil)tashqi mineral skeletli dengiz umurtqasizlarining ko'pchilik guruhlari rivojlangan. Vanihoyat bo'r davrining oxirlariga kelib (136-66 mln yil avv.) ko'pchilik dengiz umurtqasizlari, dengiz va quruqlikda yashovchi sudralib yuruvchilar , shu jumladan dinozavrlar qirilib ketadi, ular o'rnini qushlar va sut emizuvchilar egallaydi. Hozirgi kunda o'zimizdan misol qilib aytaman O'zbekiston hududida hayvonlar soni kamayib ketyapti. Xatto "Qizil kitob"ga kiritilgan turlari bor Ulardan bittasi Turkiston ohusi ham bor. Kamayib ketayotgan turlarning eng ko'pi qushlar hisoblanadi

. Bularning oldini olish uchun maxsus bog' va qo'riqxonalar qilib, ba'zi turlarning qirilib ketishini oldini olish lozim.

O'simlik kasalliklarini oldini olish

O'simlik kasalliklarining 30 mingdan ortiq turi bor. O'simlik kasalliklari- o'simliklarda turli sabablar -kasallik qo'zg'atuvchilar hamda noqula'simlik kasalliklari- o'simliklarda turli sabablar -kasallik qo'zg'atuvchilar hamda noqulay tashqi sharoit ta'sirida yuz beradigan patologik jarayonlar. Bular organizm funksiyasi (fotosintez,nafas olish, o'stiruvchi moddalar sintezi , suv, oziq moddalar

harakat)ning buzilishiga, o'simlik butunlay nobud bo'lishi yoki ba'zi organlarining zararlanishiga olib keladi O'simlik kasalliklari hosilini,sifatini buzadi. Paxtani zararlovchi kasalliklar mas, vilt, va h.k. Oldini olish tadbirlari ekinlarning o'sishi va rivojlanishi uchun yaxshi sharoit yaratish, kasalliklarga chidamli navlarni ekish, ilmildini olish tadbirlari ekinlarning o'sishi va rivojlanishi uchun yaxshi sharoit yaratish, kasalliklarga chidamli navlarni ekish, ilmiy asoslangan urug'chilik, urug'likni dorilash va va h.k. dan iborat. Davolashda turli kimavolashda turli kimyoviy preparatlar (insektitsidlar, fungitsidlar, fumigantlar)dan foydalaniladi. O'simlik kasalliklari qo'zg'atuvchilarining bir mamlakatdan ikkinchi mamlakatga o'tmasligi uchun karantin qo'llaniladi.

Xulosa

Biologiya sohasini rivojlanishi uchun uning oldidagi kattayu kichik muammolarini jadal yechish lozim Hali yechilmagan muammolar juda ko'p. Men bir biolog sifatida qo'ldan kelganicha shu maqolamni ommaga chiqarishni lozim topdim. Izlanishda davom etgan holda genetik kod va genetik axborot irsiyat to'g'risida izlanish olib boraman. Hozircha hayotning paozircha hayotning paydo bo'lishi, insonni paydo bo'lishi ,hayvonni paydo bo'lishi, va o'simlik kasalliklarini oldini olishni ilmiy rahbarim bilan oz bo'lsada o'rgandim. Allox nasib qilsa kelajakda biologiyani yuksak cho'qqilarga olib chiqaman.

References:

1. Ibrohim Abdullayev "Biologiyaning dolzarb muammolari"
2. To'raqulov "Biologiya asoslari"
3. Wikipedia.org.
4. Fyllar. org.
5. Xabar. uz
6. Wikiwand. com



7. Wikipedia.org



DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF GENE POLYMORPHISM IN THE COURSE OF VIRAL HEPATITIS B AND C (literature review and own data)

Yuldasheva D.H.

Xayrullayeva D.X.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7016366>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 23rd August 2022

KEY WORDS

Chronic viral hepatitis,
cytokines, genetic
polymorphism

ABSTRACT

The obtained results serve as a basis for a more extensive study of the contribution of genetic factors in the course of chronic viral hepatitis V and C, and for the personalization of approaches to the treatment of patients. Based on the obtained data, the quality of diagnosis will be improved and the criteria will be developed to reduce the serious complications of the disease, liver cirrhosis and carcinoma, disability and death rate. Scientific studies, the analysis of the studied literature show that in the development of chronic viral hepatitis, it is necessary to carry out genetic tests in making an accurate diagnosis of the course of the disease.

The urgency of the problem. Viral hepatitis C and B continue to be the most important medical and social problem throughout the world. This is due to high morbidity, especially among young people, the severity of complications and the degree of chronicity. Hepatitis C and B viruses are the most common causes of hepatocellular carcinoma. Chronic viral hepatitis C is one of the socially significant infectious diseases. The importance of this disease is determined by the high proportion of chronicity of acute hepatitis (up to 80% of cases), the ability of the hepatitis C virus to permanent mutations and the difficulties associated with this in creating a vaccine, expensive treatment [5,7,11]. In 2019, according to World Health Organization (WHO) 71 million people worldwide are infected with the hepatitis C virus, and 350,000 to 500,000

deaths annually. Chronic viral hepatitis C is considered one of the leading causes of liver cirrhosis and the development of hepatocellular carcinoma. It is the clinical outcomes of hepatitis C that more often than other etiological factors lead to liver transplantation [7,12].

According to various authors, 250-400 million people are registered in the world chronically infected with the hepatitis B virus. The urgency of the problem is also associated with the possible consequences of chronic viral hepatitis. It has now been proven that chronic HCV infection leads to progressive inflammation of the liver; in 20-30%, progression of liver cirrhosis is observed, followed by decompensation or the formation of hepatocellular carcinoma [3]. It has been established that in patients with hepatitis B in 70-90% of cases, the development of hepatocellular carcinoma



is possible at stages up to development of liver cirrhosis [2]. It has been shown that patients with coinfection (hepatitis B + C) have a significant increase in the risk of developing hepatocellular carcinoma [3].

The study of the mechanisms of the pathogenesis of chronic viral liver diseases against the background of the growth of this pathology in the world is an urgent task of hepatology. At the core liver damage in HCV infection is a combination of direct cytopathic and immune-mediated cellular damage induced by the virus [1].

It is believed that a violation of the structure of the liver with the development of necrotic and fibrotic changes in it is associated with the level of production of pro-inflammatory cytokines - interleukin'6 and tumor necrosis factor alpha (TNF' α) [4].

It is known that TNF' α is involved in the processes of destruction and repair of tissues against the background of inflammation, and its elevated level is observed in viral and bacterial infections, oncological diseases, and many inflammatory reactions. During the period of exacerbation of diseases of the gastrointestinal tract, the concentration of TNF' α in serum exceeds the norm by an average of 10 times, and in some patients by 75–80 times [2,8]. The current treatment strategy is based on genotype and virological response during treatment. Recently, many studies have been devoted to determining the cytokine status in CHC. Thus, according to the authors [10], elevated serum levels of pro-inflammatory cytokines correspond to a high degree of inflammation and fibrotic changes in the liver tissue.

It is known that the hepatitis C virus is characterized by a pronounced genetic

polymorphism. It has been found that with HCV – infection virus is represented by a set of closely related genetic variants (quasi-variants). The genetic polymorphism of the hepatitis C virus in combination with single nucleotide polymorphism of genes obviously affects not only the course, the outcomes of CHC and CHB, but also the different rate of formation of liver fibrosis [9,11]. As noted by V.T. Ivashkin, chronic damage to hepatocytes by the hepatitis B virus is a potentially precancerous process as a result of an imbalance between hepatocyte regeneration and inflammation [3,6].

The results of research conducted in the last ten years show that the important contribution of genetic factors in the progressive development of chronic hepatitis V and C has been revealed. At the same time, the characteristics of the course of the disease and the effectiveness of the treatment depend on the genetic characteristics of the patients. Today, a number of scientific researches are being conducted in the world to study the genetic basis of chronic viral hepatitis, to prevent complications by developing early diagnosis and treatment methods. Scientific studies and the analysis of the studied literature show that in the development of chronic viral hepatitis, it is necessary to carry out genetic tests in order to make an accurate diagnosis of the course of the disease. Conducting research aimed at determining the origin and genetic relationship of dangerous complications of chronic viral hepatitis V and C (cirrhosis of the liver, hepatocellular carcinoma) is one of the urgent problems of hepatology.

CONCLUSION. The obtained results serve as a basis for a more extensive study of the



contribution of genetic factors in the course of chronic viral hepatitis V and C, and for the personalization of approaches to the treatment of patients. Based on the obtained data, the quality of diagnosis will be improved and the criteria will be developed to reduce the serious complications of the disease, liver cirrhosis

and carcinoma, disability and death rate. Scientific studies, the analysis of the studied literature show that in the development of chronic viral hepatitis, it is necessary to carry out genetic tests in making an accurate diagnosis of the course of the disease.

References:

1. Бакулин, И. Г. Лечение больных с циррозом печени HBV-этиологии: успехи, нерешенные вопросы / И. Г. Бакулин, Т. Ю. Хайменова, И. О. Сидорова // Терапевт. арх. – 2013. – Т. 85, № 12. – С. 114–118.2
2. Гончарова И. А. Полиморфизм генов-модификаторов иммунного ответа при заболеваниях печени различной этиологии / [и др.] // Мед. генетика. – 2010. – № 12. – С. 20–24..5
3. Ивашкин, В. Т. Иммунная система и повреждения печени при хроническим гепатитах В и С / В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – Т. 19, № 6. – С. 4–10. 2. 6
4. Каплина Н. А., Жукова Е. А., Романова С. В., Маянская И. В. Изменения клинических показателей и цитокинового статуса у детей с хроническими вирусными гепатитами В и С на фоне противовирусной терапии. Цитокины и воспаление 2011; 10 (3): 130–134.3..
5. Кучерявый, Ю. А. Хронический гепатит, цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома – звенья одной цепи // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 5. – С. 3–11.1
6. Федорченко, С. В. Хроническая HCV-инфекция / С. В. Федорченко. – Киев : Медицина, 2010. – 272 с.4
7. Липов Андрей Васильевич // Возможности предикции противовирусной терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С // Автореферат диссертации на соискание уч. Ст. канд. Мед. Наук. 14.01.04 – внутренние болезни. Ставрополь – 2021.С.21.
8. Царегородцева Т. М. Цитокины и цитокиноterapia при заболеваниях органов пищеварения. Терапевтический архив 2004;4: 69–72.5..
9. Danbi Lee et al. // Tumor necrosis factor-alpha promoter gene polymorphism affects the occurrence of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B / // J. Hepatol. – 2010 Apr. – Vol. 52. – P.S223–S224.
10. Farci P., Wollenberg K., Diaz G., Engle R.E., Lai M.E., Klenerman P., Purcell R.H., Pybus O.G., Alter H.J. Profibrogenic chemokines and viral evolution predict rapid progression of hepatitis C to cirrhosis. Proc Natl Acad SciUSA 2012; 109(36): 14562–14567, <https://doi.org/10.1073/pnas.1210592109>.



11. Patin E, Kutalik Z, Guernon J, Bibert S, Nalpas B, Jouanguy E et al. Genome-wide association study identifies variants associated with progression of liver fibrosis from HCV infection. *Gastroenterology*. 2012 Nov;143(5):1244-52.

12. Sebastiani G., Halfon P., Castera L., Mangia A., Di Marco V., Pirisi M., Voiculescu M., Bourliere M., Alberti A. Comparison of three algorithms of non-invasive markers of fibrosis in chronic hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35(1): 92-104, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04897.x>. Literature

13. DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY IN HYPOTHERIOSIS IN WOMEN OF FERTILO

AGE Xayrullayeva Dilnora Xislatovna¹

Bukhara State Medical Institute physiology chair assistant
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4934368>

14. УДК 616.12-008.46-055.2:616.441 СОСТОЯНИЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ. Хайруллаева Дилнора Хислатовна Ассистент кафедры Физиологии Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино. Узбекистан

15. Калинин А.П., Котов С.В., Карпенко А.А. Неврологические маски гипотиреоза у взрослых.

Патогенез, клиника, диагностика // Клиническая медицина. - 2003. - №10. - С. 58-62. [Kalinin

A.P., Kotov S.V., Karpenko A.A. Klinicheskaya medicina. Clinical medicine. - 2003. - N10. - P. 58-62 (in Russian)]



ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Жамбиллов Равшанбек Сотволдиевич

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018438>

ARTICLE INFO

Received: 28th May 2022

Accepted: 02nd June 2022

Online: 05th June 2022

KEY WORDS

Пародонт,
пародонтолог, индекса
РМА по Парма, индекса
Рамфьер-да,
пародонтального
индекса (ПИ) по Расселу.

ABSTRACT

Диагностировать недуг может только компетентный пародонтолог путем осмотра ротовой полости и проведения биопсии десенных тканей. Лечение заключается в использовании медикаментозных способов и хирургического вмешательства. Немаловажную роль играет общая и иммуномодулирующая терапия.

Генерализованный пародонтит – это разновидность заболевания ротовой полости, которое относится к группе воспалительных и поражает ткани пародонта. Его течение сопровождается кровоточивостью десен, их отеком, нестерпимой болью. Ситуация усугубляется и возникновением неприятного запаха изо рта, появлением зубных отложений, формированием зубодесневых карманов.

Диагностировать недуг может только компетентный пародонтолог путем осмотра ротовой полости и проведения биопсии десенных тканей. Лечение заключается в использовании медикаментозных способов и хирургического вмешательства. Немаловажную роль играет общая и иммуномодулирующая терапия.

Цель исследования. Целью исследования явилось уточнение синдромно-патогенетической роли электрофореза лечения пациентов с генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 142 больных ХГП легкой и средней степени тяжести в возрасте 16-60 лет. Диагноз заболевания тканей пародонта верифицировался на основании жалоб пациентов, данных анамнеза, клинического осмотра, определения пародонтальных индексов: индекса РМА по Парма, индекса Рамфьер-да, пародонтального индекса (ПИ) по Расселу.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал достоверные различия у пациентов, получавших стандартную терапию ХГП



и комплексную терапию с включением ЭЭФ даларгина. После лечения пародонтита с включением в комплексную терапию ЭЭФ даларгина общая клиническая картина заболевания значительно улучшилась уже через 3-4 посещения у пациентов с легкой степенью тяжести заболевания (2-я группа). Кровоточивость, воспалительные изменения в тканях пародонта исчезли практически полностью. По завершении курса лечения показатели индексов, отражающих состояние гигиены полости рта, значительно улучшились у пациентов обеих групп. Показана статистическая достоверность различий индексов ПИ и РМА у пациентов 1-й и 3-й групп, что подтверждает более высокую эффективность комплексной терапии с включением ЭЭФ даларгина у пациентов 3-й группы достигались после завершения 7-й процедуры. Более выраженная позитивная динамика подтверждена показателями индексов ПИ и РМА непосредственно после завершения курса лечения. Отсутствие жалоб и нормализация состояния тканей пародонта через 6 месяцев после окончания курса лечения пародонтита с применением даларгина наблюдались у 92,3 % пациентов 2-й группы по сравнению с 72,7% у пациентов 1 группы. Через год эти показатели составили 75 % и 52,9 % и через 18 месяцев - 53,84 % и 33,3% соответственно (табл.2). Таким образом, использование ЭЭФ даларгина при лечении пародонтита легкой степени тяжести у больных, страдающих пептической язвой двенадцатиперстной кишки, в 1,6 раза чаще способствует

стойкой полуторагодичной клинической ремиссии ХГП по сравнению с традиционными подходами в лечении.

Отсутствие жалоб и нормализация состояния тканей пародонта через 6 месяцев после окончания курса лечения пародонтита с применением даларгина наблюдались у 71,43 % пациентов 4-й группы по сравнению с 54,17% у пациентов 3 группы. Через год эти показатели составили 64,28 % и 43,75 % и через 18 месяцев — 50 % и 30 % соответственно (табл.3). Таким образом, полуторагодичная клиническая ремиссия в 1,7 раза чаще регистрируется при использовании ЭЭФ даларгина в комплексном лечении пародонтита средней степени тяжести у больных, страдающих пептической язвой двенадцатиперстной кишки.

Анализ результатов лечения ХГП легкой и средней степеней тяжести у больных, страдающих пептической язвой двенадцатиперстной кишки, выявил положительную динамику у больных всех исследуемых групп, лечение которых проводилось по разным схемам, однако наилучшие клинико-функциональные показатели наблюдались в группах, где комплексное лечение включало применение ЭЭФ даларгина. Такой эффект действия препарата обусловлен рядом его положительных фармакодинами-ческих свойств, в частности его иммуномодулирующим влиянием как на организм в целом, так и на ткани пародонта в частности, что сопоставимо с литературными данными. Следовательно, применение даларгина у больных генерализованным пародонтитом



оправданно, патогенетически обусловлено и может быть рекомендовано для широкого применения в практике врача-стоматолога. Вывод. Полученные результаты позволяют сделать вывод о

целесообразности включения ЭЭФ даларгина в комплексную терапию ХГП легкой и средней степени тяжести у лиц, страдающих пептической язвой двенадцатиперстной кишки.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллеясона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935
16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.



17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич

Старший преподаватель кафедры госпитальной и клинической
стоматологии

Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018451>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20nd August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

бюгельные протезы,
Микродеформации,
ортопедического лечения,
верхней или нижней
челюсти.

ABSTRACT

Это обусловлено микродеформаций элементов замка бюгельного протеза во время перераспределения жевательного давления с бюгельного протеза на искусственные коронки. Причем изгибающая нагрузка на элементы замка будет тем больше, чем больше жевательная нагрузка и податливость мягких тканей протезного ложа под бюгельным протезом.

Введение. Сочетанные конструкции зубных протезов (бюгельные протезы с замковой фиксацией) широко применяются при ортопедическом лечении пациентов с частичными дефектами зубных рядов. Это обусловлено тем, что в этом виде зубных протезов удачно сочетается функциональность и эстетика. Однако у этого вида зубных протезов имеются и недостатки, которые могут снижать качество ортопедического лечения. Наиболее частым осложнением, встречающимся на практике, является откол искусственных полимерных зубов в области замков бюгельных протезов, что снижает качество проведенного ортопедического лечения.

Это обусловлено микродеформаций элементов замка бюгельного протеза во время перераспределения жевательного давления с бюгельного протеза на искусственные коронки. Причем

изгибающая нагрузка на элементы замка будет тем больше, чем больше жевательная нагрузка и податливость мягких тканей протезного ложа под бюгельным протезом. Элементы замка в бюгельном протезе являются критической зоной, в которой происходит максимальная концентрация внутреннего напряжения.

Цель исследования. Повысит эффективность ортопедического лечения пациентов за счёт улучшения качества бюгельных зубных протезов, путём совершенствования изготовления искусственных зубов в области замков.

Материалы и методы исследования. Было обследовано и проведено ортопедическое лечение 60 пациентов. У всех пациентов имелось частичное отсутствие зубов на верхней или нижней челюсти, 1 и 2 класс по



Кеннеди. 40 пациентам были изготовлены сочетанные конструкции зубных протезов, несъемная часть которых была представлена металлокерамическими коронками или мосто-видным протезом в сочетании с бюгельным протезом с замковым креплением.

Всего им изготовлено 40 сочетанных конструкций зубных протезов. У 20 пациентов, которым сочетанные конструкции зубных протезов изготовлены ранее, наблюдались сколы полимерной облицовки с искусственных зубов на гнезде матрицы замка. Этим пациентам проведена починка 20 бюгельных протезов.

Результаты исследования. При осмотре сочетанных зубных протезов, у которых на бюгельных протезах искусственные зубы на гнездах матриц изготовлены путем приточки зубов из гарнитура и фиксации их базисной пластмассой, скол эстетичной облицовки в течение срока пользования зубными протезами наблюдался у 5 бюгельных протезов, всего осмотрено 20 бюгельных протезов у 20 пациентов (диаграмма 4). В первой контрольной группе, в первой подгруппе, осложнения ортопедического лечения зубных рядов в виде сколов полимерной облицовки с искусственных зубов на гнездах матриц бюгельных протезов наблюдались в 25% случаях, а во второй основной группе, первой подгруппе, осложнения в виде скола композитной облицовки с той же области наблюдались в 5% случаев. Таким образом, предложенная технология эстетической облицовки искусственных зубов на гнездах матриц позволяет снизить осложнения в виде сколов облицовки с этих зубов на 20%.

Через два года пользования сочетанными конструкциями зубных протезов, у которых были сделаны починки (реставрация) сколов эстетической облицовки с искусственных зубов на гнезде матрицы бюгельных протезов с замковой фиксацией традиционным способом, рецидивы сколов наблюдались у 5 бюгельных протезов из 10 обследованных (диаграмма 5). Через два года пользования сочетанными конструкциями зубных протезов, у которых были сделаны починки сколов эстетической облицовки с искусственных зубов на гнезде матрицы бюгельных протезов с замковой фиксацией разработанным способом, с применением технологии плазменного напыления, рецидивы сколов наблюдались у 2 бюгельных протезов из 10 обследованных.

Применение плазмонапыленного ретенционного металлического слоя в комбинации с металлпраймерами при изготовлении зубных протезов значительно увеличивает прочность соединения композита с металлом каркаса протезов на 43%, достигая $24,4 \pm 2,2$ мегапаскалей (МПа).

Для увеличения максимальной прочности сцепления композита с металлом каркаса зубного протеза целесообразно использовать литые шаровидные перлы в сочетании с плазменным напылением и металлпраймерами, что увеличивает прочность соединения композита с металлическим каркасом на 76%, достигая $30,0 \pm 2,6$ мегапаскалей (МПа).

Способ облицовки композитом искусственных зубов в области замков бюгельных протезов, с использованием



предлагаемой ретенционно-адгезивной технологии на основе плазменного напыления, обеспечивает уменьшение сколов композитной облицовки на 20% по сравнению с традиционным способом облицовки.

Восстановление сколов полимерной облицовки искусственных зубов в области замковых креплений бюгельных протезов с использованием предложенной ретенционно-адгезивной технологии на 40% снижает частоту рецидивов сколов по сравнению с традиционным способом восстановления.

Вывод. Разработанная ретенционно-адгезивная технология соединения

композита с поверхностью металла для облицовки металлических каркасов зубных протезов композитами при изготовлении комбинированных зубных протезов позволяет повышать их прочность.

Снижена частота поломок бюгельных протезов с замковой фиксацией путем оптимизации процесса их изготовления с применением технологии плазменного напыления.

Обоснована методика починки сколов полимерной облицовки с искусственных зубов в области замков бюгельных протезов с использованием технологии плазменного напыления.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО



«Стоматология», 1997.— 32 с.

12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.

13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.

14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.

15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.-

М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935

16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.

17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Атохонов Алишер Вохобович

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018469>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

челюстно-лицевой
области, сахарного
диабета, атрофия,
ретинопатия,
хайропатия, нейропатия,
микроальбуминурия,
катаракта, липоидный
некробиоз.

Введение. Сахарный диабет (СД), являясь наиболее распространенной эндокринной патологией, затрагивающей лиц любого пола, возраста и национальности приводит к длительной утрате здоровья и ранней гибели больных. Сахарный диабет сопровождается такими осложнениями, как диабетическая ретинопатия, хайропатия (ограничение подвижности суставов), сенсорная нейропатия, микроальбуминурия, катаракта, липоидный некробиоз (поражение кожи), задержка физического развития и полового созревания. В основе осложнений лежат микро и макроангиопатии, гипергликолизирование коллагена.

ABSTRACT

При СД изменения со стороны челюстно-лицевой области множественны, они зависят от типа, длительности, компенсации сахарного диабета и от его осложнений.

Ранним признаком СД может быть сухость во рту, гиперемия слизистых оболочек, жжение, сопровождающееся жаждой, атрофия нитевидных сосочков языка, хейлиты, изменение вкусовой чувствительности, остеопороз в пределах альвеолярного отростка и др. Много исследований посвящено ухудшению гигиенического состояния полости рта у больных СД, состоянию твердых тканей зуба, однако данные противоречивы.

При СД изменения со стороны челюстно-лицевой области множественны, они зависят от типа, длительности, компенсации сахарного диабета и от его осложнений.

Ранним признаком СД может быть сухость во рту, гиперемия слизистых оболочек, жжение, сопровождающееся жаждой, атрофия нитевидных сосочков языка, хейлиты, изменение вкусовой чувствительности, остеопороз в пределах альвеолярного отростка и др. Много исследований посвящено ухудшению гигиенического состояния полости рта у больных СД, состоянию твердых тканей зуба, однако данные противоречивы. Возможно, это обусловлено особенностями и длительностью клинического течения



основного заболевания, продолжительностью приема препаратов, наличие осложнений, наследственными и другими факторами.

Цель исследования. Повышение эффективности ортопедического лечения при полной адентии у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Всего под наблюдением находилось 70 пациентов, в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 40 мужчин и 30 женщин.

Результаты исследования. В условиях экспериментально воспроизведенного сахарного диабета значительно меняется динамика морфологических проявлений тканевой реакции и формирования капсулы вокруг введенного под кожу имплантата. Наиболее интенсивное и склонное к хронизации воспаление в ткани происходит при имплантации животным с СД акриловых пластмасс - «Фторакс» и «СтомАкрил». Воспалительная реакция тормозила созревание соединительной ткани капсулы, формирующейся вокруг образцов из полимеров.

Тканевая реакция на титановый имплантат у животных без модели сахарного диабета выражена заметно слабее, чем на полимеры, быстрее идет созревание и фибротизация капсулы, она тоньше и менее выражены дистрофические изменения клеток. При экспериментальном диабете воспалительная реакция на титан усиливается по сравнению с контролем, но остается менее значительной, чем в группах с имплантацией полимеров.

Тестирование по методу Р. Фолля возможно применять с целью ориентировочной оценки биосовместимости материала для съемного зубного протеза у больных СД и заключения о целесообразности применения титанового базиса вместо акриловой пластмассы.

При использовании протезов из сплава титана ВТ-14 общая микробная обсемененность возрастает в небольшой степени. Использование базисной пластмассы "СтомАкрил" сопровождается резким увеличением обсемененности слизистой оболочки полости рта и базиса протеза с преобладанием условно-патогенной микрофлоры.

Вычисление анаэробного индекса по соотношению разных летучих жирных кислот в ротовой жидкости позволяет оценить адаптационные и дизадаптационные процессы у больных сахарным диабетом. Слабое возрастание анаэробного индекса после протезирования с использованием титанового базиса и резкое увеличение индекса при применении акриловой пластмассы в ранние сроки после протезирования свидетельствует о лучшей адаптации пациентов с СД к съемным протезам с титановым базисом. 6. Результаты экспериментальных и клинко-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что больным с компенсированной формой сахарного диабета 1 и 2 типа изготовление съемных зубных протезов с металлическим базисом из сплава титана ВТ-14 не вызывают патологических изменений со стороны микробиоценоза и тканей полости рта.



Вывод. Разработано устройство для крепления несъемного зубного протеза, позволяющее повысить ретенцию литых протезов на зубах с укороченной клинической коронкой в среднем на 82 %.

На основании проведенных анатомо-морфометрических и лабораторно-экспериментальных исследований определены оптимальные параметры «устройства» и разработаны рекомендации по его использованию в зубах с укороченной клинической коронкой в группе премоляров и моляров верхней и нижней челюстей.

В ходе выполнения поставленных задач усовершенствованы методики «подготовки зуба для протезирования», «получения оттиска зубного ряда», «изготовления литой коронки и ее фиксации» с применением «устройства».

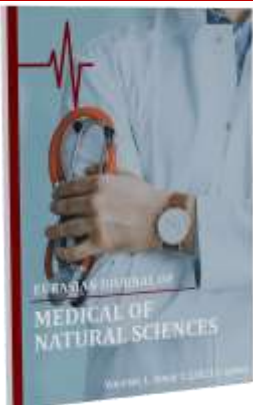
Практическое внедрение и клиническая апробация в течение 6 лет убедительно доказали эффективность предложенного устройства и метода фиксации, как средства профилактики расцементирования несъемных протезов.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов. - М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.



12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.-
М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935
16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.
17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Эсонов Бахтиёр Ювошбоевич

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018475>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20nd August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

красной каймы губ,
слизистой оболочки рта,
механическое
травмирование, широкий
спектр температурных
изменений.

ABSTRACT

Разнообразие существующих лекарственных препаратов и их фармакокинетика не всегда приводят к желаемому положительному результату. Лечение патологических состояний красной каймы губ является трудной задачей. В работе представлен фрагмент обзора специальной отечественной и зарубежной литературы, посвящённой медикаментозным схемам лечения заболеваний красной каймы губ. Убедительно показано, что в основе принципов лечения должна быть положена этиопатогенетическая терапия.

Введение. В работе представлен фрагмент обзора специальной отечественной и зарубежной литературы, посвящённой медикаментозным схемам лечения заболеваний красной каймы губ. Убедительно показано, что в основе принципов лечения должна быть положена этиопатогенетическая терапия.

Разнообразие существующих лекарственных препаратов и их фармакокинетика не всегда приводят к желаемому положительному результату. Лечение патологических состояний красной каймы губ является трудной задачей.

Недостаточно полно изучен вопрос дифференцированной системы лечения. В связи с этим дальнейший поиск лекарственных схем не теряет свою

актуальность и требует дальнейших эффективных способов.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и лечения кератозов слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

Материалы и методы исследования. Всего под наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 26 мужчин и 30 женщин. Обследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от проводимого местного лечения.

Результаты исследования. Эпителий слизистой оболочки рта (СОР) является важнейшим препятствием на пути проникновения в организм аллергенов, антигенов и канцерогенов, и также областью возможного внедрения микроорганизмов. Он



постоянно подвергается различными видами воздействий: механическое травмирование, широкий спектр температурных изменений и изменений значений рН, раздражающее и повреждающее действие различного рода веществ, продуктами жизнедеятельности различных микроорганизмов, вирусов и др.

Поддержание целостности эпителия СОР обеспечивается тем, что эпителиоциты непрерывно образуются в самом глубоком слое, благодаря делению малодифференцированных предшественников, затем смещаются в вышележащие слои, подвергаются дифференцировке и в конечном итоге слущиваются с его поверхности. Нарушение барьерной функции эпителия СОР приводит к развитию различных патологических процессов воспалительного характера, гиперплазии, гиперкератозов.

Среди всех заболеваний СОР патологические состояния, связанные с нарушением процессов ороговения (и/или эрозирования), встречаются у $13,5 \pm 1,67\%$ больных, сложность диагностики и эффективного лечения требует постоянного совершенствования методик и дальнейшего изучения заболеваний данной группы. Распространенность многих из существующих болезней СОР увеличивается с возрастом людей. Особенно это относится к опасным для жизни болезням, имеющим тенденцию трансформироваться в злокачественные опухоли

Основной патоморфологический элемент КПЛ - это папула молочно-белого или сероватого цвета, но при экссудативно-гиперемической форме

появляется и эритема застойного типа, при эрозивно-язвенной форме — эритема, эрозия или язва, при буллезной форме — эрозия, пузырь, эритема, при гиперкератотической форме папулы объединяются в бляшки.

Излюбленным местом КПЛ на СОР являются дистальные отделы слизистой оболочки щёк (78,5-90,0%), языка (30,0-51,3%), слизистая оболочка альвеолярного отростка/десневой край (13,0-27,5%), значительно реже (1,9-9,3%) КПЛ отмечается на СО нёба и красной каймы губ.

КПЛ слизистой оболочки рта характеризуют следующие особенности: хроническое рецидивирующее течение, полиморфизм клинических проявлений и потенциал к опухолевой трансформации. При этом озлокачествление встречается в 1,1-6,3% случаев. КПЛ зачастую отличается торпидностью к проводимому традиционному лечению.

Выделяют острую и хроническую стадии заболевания. В острой стадии КПЛ при типичной форме возникают новые папулы, при экссудативно-гиперемической увеличивается гиперемия и экссудация, при эрозивно-язвенной форме возникают новые эрозии или увеличиваются в размере существующие. Даже незначительная травма СОР может провоцировать

Вывод. Предложена методика измерения площадей очагов кератозов слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Предложенный комплекс лечения позволит эффективнее проводить лечение больных с плоской формой



лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Применение метода регистрации хемилюминесценции позволяет оценить состояние свободно-радикального окисления в ротовой жидкости пациентов с плоской формой лейкоплакии.

Выявленный оксидативный стресс в ротовой жидкости у пациентов с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки рта и красной каймы губ обосновывает применение геля прополиса в комплексном лечении.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935



16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.

17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Жамбиллов Равшанбек Сотволдиевич

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7024398>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

пародонтологических
заболеваний, хронического
гингивита, патология
пародонта,
демографических
особенностей,
профессиональных
факторов,
климатогеографических
условий.

ABSTRACT

Заболеваниям пародонта у нас в стране и за рубежом уделяют большое внимание, на протяжении многих лет ряд исследователей занимается поисками методов их лечения и профилактики. Арсенал лекарственных средств для лечения гингивита и пародонтита обширен. Однако эти средства не полностью отвечают требованиям, предъявляемым к патогенетической терапии, не приводят к стойкой ремиссии заболевания. Все это обосновывает дальнейший поиск немедикаментозных методов, повышающих эффективность клинического подхода к лечению гингивита.

Введение. По данным эпидемиологических исследований в последние годы появилась явная тенденция роста пародонтологических заболеваний среди населения нашей страны.

Несмотря на определенные достижения в лечении хронического гингивита, совершенствовании программ его профилактики, высокий уровень данной патологии, неуклонная тенденция к росту заболеваемости свидетельствуют об актуальности проблемы. Это обусловлено широкой распространенностью (80–95 %) заболеваний пародонта, сложностями диагностики в связи с многообразием

клинических проявлений, трудностями лечения и профилактики.

Наиболее часто встречающаяся патология пародонта в 15–19 лет – гингивит, а после 30 – пародонтит. Их распространенность зависит от сопутствующих заболеваний, характера питания, демографических особенностей, профессиональных факторов, климатогеографических условий.

Заболеваниям пародонта у нас в стране и за рубежом уделяют большое внимание, на протяжении многих лет ряд исследователей занимается поисками методов их лечения и профилактики. Арсенал лекарственных средств для лечения гингивита и



пародонтита обширен. Однако эти средства не полностью отвечают требованиям, предъявляемым к патогенетической терапии, не приводят к стойкой ремиссии заболевания. Все это обосновывает дальнейший поиск немедикаментозных методов, повышающих эффективность клинического подхода к лечению гингивита.

Цель исследования. Обосновать применение цитоморфометрического метода для диагностики и оценки эффективности лечения хронического катарального гингивита у больных, находящихся на ортодонтическом лечении.

Материалы и методы исследования. В стоматологической поликлинике АОСБ проводилось обследование и лечение 118 пациентов в возрасте от 19 до 32 лет. Среди них 66 (55,9 %) женщин и 52 (44,1 %) мужчины, страдающих хроническим гингивитом.

Всем пациентам проводили комплекс лечебных мероприятий, включающих в себя санацию полости рта, профессиональную гигиену с применением антисептика, обучение правилам гигиены полости рта. Дальнейшее лечение – физиотерапевтическое.

Пациенты были разделены на 2 группы сравнения. Первую группу пациентов лечили посредством воздействия инфракрасного лазерного света при помощи аппарата с длиной волны 0,89 мкм и частотой 1000 Гц, при средней мощности (150 мВт/см²).

Для второй группы применяли светодиодный аппарат с длиной волны 625–640 нм, частотой модуляции

светового потока 80±10 Гц, при выходной мощности 32 мВт/см².

Результаты исследования. Цитоморфологические показатели здоровой десны у больных характеризуются преобладанием ороговевших (48,37%) и ядродержащих плоскоэпителиальных клеток (38,29%) шиповатого слоя. Содержание полиморфно-ядерных лейкоцитов составляет 9,65%, неповрежденных моноцитов - 1,58%, голаядерных моноцитов - 1,30%. Выявлены клетки с признаками цитопатологии: с вакуолизированной цитоплазмой (0,19%), деформированным ядром (0,15%), базофильными включениями (0,09%), контаминированные микроорганизмами (0,20%), фагирующие (0,01%). Базальные и фибробласто-подобные клетки не выявлены. Воспалительно-деструктивный индекс -6,31±0,81.

Цитоморфологические показатели десны у больных с хроническим катаральным гингивитом характеризуются, по сравнению с показателями здоровой десны, уменьшением содержания ороговевших безъядерных клеток - в 1,4 раза, ядродержащих клеток шиповатого слоя - в 1,1 раза; увеличением содержания клеток с явлениями цитопатологии: с деформированным ядром - в 3,2 раза, контаминированных микроорганизмами - в 2,7 раза, с явлениями фагоцитоза - в 11 раз; увеличением количества клеток воспалительного инфильтрата: ПМЯЛ - в 2,5 раза, голаядерных моноцитов - в 2,2 раза, неповрежденных моноцитов - в 1,7 раза; повышением величины



воспалительно-деструктивного индекса в 3,9 раза.

На основании изучения гигиенических индексов, а также цитологии и бактериоскопии десны доказано значительное превалирование показателей при генерализованных формах по отношению к локализованным, не только в плане воспалительной реакции, но и обменных процессов прилегающей к десне эмали зуба.

При воздействии инфракрасного лазерного излучения ликвидация воспалительных проявлений наблюдалась после проведения минимум 2-х процедур при локализованном хроническом катаральном гингивите и максимум 5-ти процедур при генерализованном хроническом катаральном гингивите средней степени.

При применении светодиодного модулированного излучения ликвидация воспалительных проявлений достигается после

проведения минимум одной процедуры при локализованном хроническом катаральном гингивите и максимум 3-х процедур при генерализованном хроническом катаральном гингивите средней степени.

При использовании инфракрасного лазерного и модулированного светодиодного излучения происходило значительное снижение количества микрофлоры полости рта или ее исчезновение по данным бактериоскопии и цитологии у пациентов с хроническим гингивитом, причем наблюдается тенденция преимущества модулированного красного света.

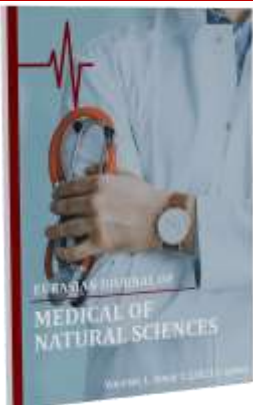
Вывод. При сравнительной оценке результатов лечения больных хроническим гингивитом доказано достоверное преимущество модулированного светодиодного излучения в красной области спектра перед инфракрасным лазерным излучением.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.



7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935
16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.
17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ИММЕДИАНТ-ПРОТЕЗЫ

Атохонов Алишер Вохобович

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018499>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

Иммедиат-протез,
жевательного аппарата,
кровенной сгусток,
нервные окончания,
раневую поверхность.

ABSTRACT

Иммедиат-протезирование имеет достаточно большую историю. Обычно выделяют два периода в развитии этого вида протезирования. В литературе описаны археологические находки из могил этрусков и пирамид египетских фараонов, представляющие конструкции с искусственными зубами, вставленными в лунки удаленных зубов.

Введение. Иммедиат-протез изготавливается до удаления зубов и фиксируется немедленно после одномоментного их удаления (вне зависимости от количества). Таким образом, пациент не испытывает неудобств, описанных выше. Кроме того, при иммедиат-протезировании зубной протез максимально приближен к естественному виду пациента — так, что окружающие не отмечают резких различий во внешности до и после протезирования, сохраняются правильные очертания нижнего отдела лица. Работа идет по принципу «пришел с зубами, ушел с зубами — все в один день, в один час». Следует отметить, что пациенты, как правило, четко улавливают огромное преимущество иммедиат-протезов даже с учетом того, что это временные протезы со сроком пользования от полугода до полутора лет с обязательной их заменой.

Иммедиат-протезирование имеет достаточно большую историю. Обычно выделяют два периода в развитии этого вида протезирования. В литературе описаны археологические находки из могил этрусков и пирамид египетских фараонов, представляющие конструкции с искусственными зубами, вставленными в лунки удаленных зубов.

Цель исследования. Изучить методы использования иммедиат-протезы.

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения показывают, что за тот достаточно длительный промежуток времени, который проходит с момента удаления зубов до протезирования, происходит перестройка жевательного аппарата, которая значительно ослабляет пародонт и жевательные мышцы.



Методика обследования, общей подготовки, санации полости рта больного при имедиат-протезировании неспецифична. Наиболее удобным и рациональным лечебно-профилактическим средством для этой цели является съемный пластиночный имедиат-протез. В дальнейшем под его прикрытием можно дождаться создания необходимых условий в полости рта и протезировать оптимальной конструкцией, какой бы сложной она ни была.

Результаты и обсуждение исследования. В условиях экспериментально воспроизведенного сахарного диабета значительно в целом имедиат-протезирование благоприятно влияет на психику больного и его общее состояние, обладая высоким психотерапевтическим эффектом.

Таким образом, имедиат-протез — это аппарат, обладающий комбинированным действием. Для пациентов наиболее наглядно и ощутимо его компенсаторное действие — отсутствие изменений внешнего вида пациента, устранение эстетического изъяна, восстановление речи, функции жевания. Кроме этого, имедиат-протез оказывает еще и лечебное и профилактическое действие.

Лечебное действие: протез выполняет защитную функцию, предохраняя кровяной сгусток, нервные окончания, раневую поверхность от механических, химических и температурных раздражителей,

демонстрирует ускорение регенераторных процессов после удаления зубов, целенаправленное формирование альвеолярной части и благоприятное влияние на результаты последующего протезирования; возможность местного применения антисептиков.

Профилактическое действие: профилактика осложнений после удаления зубов, деформаций зубных рядов, перегрузки оставшихся зубов, их повышенной стираемости, перегрузки ВНЧС, сохранение тонуса жевательной мускулатуры.

На основании вышеизложенного четко просматривается вывод о том, что имедиат-протезы необходимо рассматривать как обязательный или крайне желательный этап санации, как мощное профилактическое средство восстановления и поддержания нормальной функции зубочелюстной системы.

Имедиат-протезы — эффективное средство сохранения и повышения уровня качества жизни современного человека.

Вывод. Таким образом, имедиат-протез рассматривается не только для восполнения эстетического дефекта, но и для восстановления функции жевания, перераспределения жевательной нагрузки, в качестве изолирующей повязки для сохранения кровяного сгустка, защиты лунки после удаления зубов от механических, химических и температурных раздражителей

References:



1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935
16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.
17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



ОСОБЕННОСТИ ЧАСТИЧНОЙ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Атохонов Алишер Вохобович

ассистент кафедры госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018508>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

соматической патологии,
субкомпенсации,
компенсации,
онкологической
патологии,
мегаллокерамических
протезов.

Введение. На сегодняшний день при частичной адентии протезирование – довольно распространенное и востребованное направление в ортопедической стоматологии. Основной проблемой данного вопроса является то что при частичной потере зубов зубной ряд подвергается немаловажным изменениям, нарушается биомеханика зубочелюстной системы, состояние пародонта и твердых тканей зуба, появляется эстетический недостаток, а также общее состояние пациента.

Главной задачей является правильный подбор метода лечения пациента и выбор необходимой конструкции, которая удовлетворяет все требования врача и пациента.

Цель исследования. Целью данной работе является изучение особенностей

ABSTRACT

Главной задачей является правильный подбор метода лечения пациента и выбор необходимой конструкции, которая удовлетворяет все требования врача и пациента.

Основной проблемой данного вопроса является то что при частичной потере зубов зубной ряд подвергается немаловажным изменениям, нарушается биомеханика зубочелюстной системы, состояние пародонта и твердых тканей зуба, появляется эстетический недостаток, а также общее состояние пациента.

протезирования при частичной адентии в ортопедической стоматологии.

Материалы и методы исследования. В общей сложности обследован 100 человек, из них 61 мужчин (61,0%) и 39 женщин (39,0%) в возрасте от 70 до 95 лет.

Были выбраны следующие критерии для включения пациентов в исследование:

- возраст 70 лет и старше;
- частичное отсутствие зубов (I и II класс по Кеннеди);
- отсутствие соматической патологии или наличие сопутствующих заболеваний в стадии субкомпенсации или компенсации;
- отсутствие онкологической патологии, лучевой или химиотерапии в анамнезе;
- ясное сознание;



- добровольное согласие на участие в исследовании.

При осмотре полости рта пациентов регистрировали наличие дефектов зубных рядов, пользуясь классификацией Кеннеди. При этом обращали внимание на наличие в полости рта ортопедических конструкций, вид конструкционного материала, а также отмечали их функциональное состояние. Выясняли также характер нуждаемости в съемном протезировании по следующим критериям: (1) отсутствие протеза; (2) наличие некачественного протез (износ, поломка, необходимость его переделки из-за изменения клинической ситуации); (3) наличие качественного протез — протезирование не требуется.

Результаты исследования. Для изучения биомеханики и теоретического обоснования конструкции несъемных протезов без днетальной отюры разработана универсальная математическая модель, в которой учтены форма и размеры зубного ряда, функциональная подвижность опорных структур, морфологические и физико-механические свойства костной ткани, твердых тканей зубов и конструкционных материалов, используемых при изготовлении мегаллокерамических протезов, а также параметры опорной и консольной частей конструкции,

Оптимальные прочностные параметры металлокерамического протеза без днетальной опоры достигаются при учете коэффициента зависимости диаметра поперечного сечения каркаса от длины его консольной части. При увеличении

длины консольной части от 4,9 мм до 25,9 мм значения коэффициента изменяются от 0,77 до 2,67. а диаметр поперечного сечения от 1,9 до 6,7 мм.

При восстановлении несъемным протезом с односторонней опорой одного жевательного зуба обоснованным соотношением между количеством искусственных и опорных зубов является 1:3. При восстановлении консольной частью несъемного протеза без днетальной опоры двух жевательных зубов с одной или с двух сторон зубного ряда опорная структура должна объединять не менее шести зубов, стабилизированных по дуге

Клиническими, рентгенологическими и народонтологическими исследованиями установлено, что несъемные протезы с односторонней опорой не вызывают прогрессирующих воспалительно-дистрофических изменений в пародонте опорных зубов при достаточной жесткости конструкции протеза, обоснованном выборе соотношения протяженности консольной и опорной частей протеза. Эффективность функции жевания при ортопедическом лечении частичной потери зубов несъемными протезами без дистальной опоры восстанавливается до 90 %.

Клиническими условиями применения несъемных протезов без дистальной опоры для восстановления жевательных зубов являются физиологические вилы прикуса, отсутствие дн статьи но го смещения нижней челюсти вследствие потерн зубов в боковых участках зубного ряда, отсутствие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и патологической подвижности зубов.



Вывод. Изучение особенностей протезирования при частичной потере зубов в современной ортопедической стоматологии позволяет врачу-ортопеду правильно подойти и

рассмотреть со всех аспектов вопрос протезирования пациента, основываясь на индивидуальных особенностях больного.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокондиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935



16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.

17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич

Старший преподаватель кафедры госпитальной и клинической
стоматологии

Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018514>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

Коронка, мостовидными
протезами,
комбинированных
протезов,
внутрикорневой
фиксации.

ABSTRACT

Обеспечение высокой эстетичности конструкции возможно, как при лечении пациентов с дефектами твердых тканей зубов различной этиологии, так и с дефектами зубных рядов. Владение врачом техникой препарирования с уступом, наличие на стоматологическом рынке выбора керамических масс с разнообразной гаммой цветов, а также умение техника передать через керамическую облицовку цвет и прозрачность естественных зубов, создают эстетику в стоматологии.

Введение. Современные несъемные конструкции в клинической ортопедической стоматологии представлены литыми одиночными коронками, мостовидными протезами, условно съемными мостовидными протезами, а также коронками с различными видами аттачменов и балочной системой фиксации для комбинированных протезов. Обеспечение высокой эстетичности конструкции возможно, как при лечении пациентов с дефектами твердых тканей зубов различной этиологии, так и с дефектами зубных рядов. Владение врачом техникой препарирования с уступом, наличие на стоматологическом рынке выбора керамических масс с разнообразной гаммой цветов, а также умение техника передать через керамическую

облицовку цвет и прозрачность естественных зубов, создают эстетику в стоматологии.

Цель исследования. Повышение эффективности ортопедического лечения несъемными литыми конструкциями при укороченной клинической коронке опорных зубов путем научно обоснованного применения нового способа фиксации и устройства для крепления несъемного зубного протеза.

Материалы и методы исследования. Всего под наблюдением находилось 56 пациентов, в возрасте от 32 до 75 лет, среди которых было 26 мужчин и 30 женщин. Обследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от проводимого местного лечения.



Результаты исследования.

Разработана методика ортопедического лечения с использованием оригинальной конструкции «Устройство для крепления несъемных протезов на зубах», состоящей из втулки и винта, с заданными параметрами и целевым назначением для повышения ретенции несъемных литых протезов, фиксированных на зубах с низкой клинической коронкой.

Комплексом анатомо-морфометрических исследований установлена возможность использования устройства для крепления несъемных протезов на зубах, даны рекомендации по оптимальным параметрам фиксатора в молярах и премолярах верхней и нижней челюстей, разработаны показания к его применению.

Комплексом лабораторно-экспериментальных исследований выявлена прямая зависимость ретенции искусственной коронки от высоты клинической культи зуба, доказаны целесообразность, эффективность и улучшение степени ретенции до 82%, связанные с применением устройства для крепления несъемных протезов на зубах при протезировании литыми несъемными конструкциями на зубах с низкой клинической коронкой.

Комплексом клинических исследований в сроки наблюдений до 6 лет продемонстрирован стабильный результат протезирования несъемными литыми конструкциями на зубах с низкой клинической коронкой с помощью винтовой внутрикорневой

фиксации. Эффективность профилактики расцементировки в сроки 5-6 лет составила 100%.

Применение внутриканальных фиксаторов расширяет возможности использования опорных зубов с высотой коронки менее 5 мм при ортопедическом лечении несъемными конструкциями, повышает успех и гарантирует качество работы.

Вывод. Разработано устройство для крепления несъемного зубного протеза, позволяющее повысить ретенцию литых протезов на зубах с укороченной клинической коронкой в среднем на 82 %.

На основании проведенных анатомо-морфометрических и лабораторно-экспериментальных исследований определены оптимальные параметры «устройства» и разработаны рекомендации по его использованию в зубах с укороченной клинической коронкой в группе премоляров и моляров верхней и нижней челюстей.

В ходе выполнения поставленных задач усовершенствованы методики «подготовки зуба для протезирования», «получения оттиска зубного ряда», «изготовления литой коронки и ее фиксации» с применением «устройства».

Практическое внедрение и клиническая апробация в течение 6 лет убедительно доказали эффективность предложенного устройства и метода фиксации, как средства профилактики расцементировки несъемных протезов.

References:



1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО «Стоматология», 1997.— 32 с.
12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.
13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.
14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.
15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935
16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.
17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич

Старший преподаватель кафедры госпитальной и клинической
стоматологии

Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7018525>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 24th August 2022

KEY WORDS

Эстетическом
отношении,
психологическом
отношении, верхней
челюсти, нижней
челюсти, жевательный
индекс, речевые пробы,
стереогнозия.

Введение. Реабилитация пациентов при полной потере зубов представляет сложную проблему создания протезов, полноценных в функциональном, эстетическом и психологическом отношении. Значимость этих факторов может быть неодинаковой в зависимости от возраста пациента, профессии, внешних изменений лица. Полная потеря зубов встречается наиболее часто в возрасте 60 лет и старше, хотя установлена закономерность, что 15% 40-летних людей также нуждаются в полных съемных протезах. По прогнозам, в ближайшие десятилетия около половины пациентов с полным отсутствием зубов будут составлять люди в возрасте 30-50 лет.

ABSTRACT

Реабилитация пациентов при полной потере зубов представляет сложную проблему создания протезов, полноценных в функциональном, эстетическом и психологическом отношении. Значимость этих факторов может быть неодинаковой в зависимости от возраста пациента, профессии, внешних изменений лица. Полная потеря зубов встречается наиболее часто в возрасте 60 лет и старше, хотя установлена закономерность, что 15% 40-летних людей также нуждаются в полных съемных протезах. По прогнозам, в ближайшие десятилетия около половины пациентов с полным отсутствием зубов будут составлять люди в возрасте 30-50 лет.

Цель исследования.

Совершенствование конструирования съемных протезов с учетом современного уровня развития гнатологии, направленное на повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов.

Материалы и методы исследования.

Было обследовано и проведено ортопедическое лечение 60 пациентов. У всех пациентов имелось частичное отсутствие зубов на верхней или нижней челюсти, 1 и 2 класс по Кеннеди. 40 пациентам были изготовлены сочетанные конструкции зубных протезов, несъемная часть которых была представлена металлокерамическими коронками или



мосто-видным протезом в сочетании с бюгельным протезом с замковым креплением.

Всего им изготовлено 40 сочетанных конструкций зубных протезов. У 20 пациентов, которым сочетанные конструкции зубных протезов изготовлены ранее, наблюдались сколы полимерной облицовки с искусственных зубов на гнезде матрицы замка. Этим пациентам проведена починка 20 бюгельных протезов.

Результаты исследования. Процесс окончательной адаптации пациентов к полным съемным протезам, изготовленным по усовершенствованным методикам, происходит быстрее по сравнению с общепринятым методом протезирования, а степень их фиксации, стабилизации и равновесия выше, чем при произвольном формировании базиса и зубных рядов.

При повторном лечении большинства пожилых и старых людей с полным отсутствием зубов следует применять технологию изготовления новых протезов с поэтапной, постепенной коррекцией их структуры; определенным прогностическим признаком адаптации к протезу может быть оральная стереогнозия до начала лечения.

Применение биофункционального метода протезирования пациентов с полной потерей зубов, особенно с применением объемного моделирования в трудных клинических условиях, улучшает качество ортопедического лечения, что подтверждается результатами жевательных и речевых проб.

Методы изучения результатов адаптации к полным съемным протезам (оценка пациента, соблюдение эстетических норм, возможность употребления разнообразной пищи, жевательный индекс, речевые пробы, стереогнозия), оказались адекватными и могут быть использованы для сравнительного определения их качества.

У пациентов со значительной степенью атрофии альвеолярного отростка, особенно на нижней челюсти (II, IV классы по Келлеру), следует применять сочетанное (объемное моделирование + калотта) конструирование полного съемного протеза.

При лечении пациентов с полным отсутствием зубов, которые по каким-либо причинам не в состоянии посетить клинику требуемое количество раз, следует более широко применять нетрадиционные способы протезирования, в частности использовать после соответствующей коррекции старые протезы при условии, что больной пользовался им до последнего времени.

Рекомендуется использовать данные стереогнозии в качестве прогностического критерия адаптационных возможностей пациентов к полным съемным протезам.

Для определения эффективности лечения полными съемными протезами рекомендуется применять фонетический метод, главным качественным признаком которого является разборчивость речи; аудиторский анализ позволяет определить степень разборчивости



речи как в целом, так и каждой фонемы в отдельном.

При повторном лечении беззубых больных необходимо нормализовать межальвеолярную высоту, особенно у пациентов, имеющих заеды вследствие мацерации слизистой оболочки и кожи углов рта при длительном пользовании протезами с пониженной высотой.

После протезирования пациенты должны находиться на диспансерном учете, с ежегодным осмотром и контролем состояния альвеолярного отростка под базисом протеза: во время осмотра врач может выявить проблемные зоны, устранить

возникшие неудобства, удалить с протеза зубной камень.

Вывод. Внедрение в клиническую практику результатов проведенного исследования вооружает врачей современными методами получения протезов, удовлетворяющих пациентов в функциональном, эстетическом и психологическом отношении.

Данные сравнительного клинико-лабораторного анализа результатов протезирования пациентов с полной потерей зубов показали преимущество конструирования зубных рядов в артикуляторе «Stratos 200» с использованием калотты.

References:

1. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - 680 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А.Волкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 240 с.
3. Бир Р. Эндодонтологии / Р.Бир, М.Бауманн, С.Ким. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 368 с.
4. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С.Григорьян, А.И.Грудянов, Н.А.Рабухина, О.А.Фролова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 320 с.
5. Болезни полости рта / Под ред. Л.М. Лукиных. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. - 509 с.
6. Борисенко А.В. Кариес зубов: Практическое руководство. - К.: Книга плюс, 2000. - 344 с.
7. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов.- М : Киша плюс, 2002. - 544с.
8. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. — М.: АО «Стоматология», 1999. - 176 с.
9. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). — М.: АО «Стоматология», 1997. — 64 с.
10. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
11. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. — М.: ОАО



«Стоматология», 1997.— 32 с.

12. Дубова М.А., Салова А.В., Хиора Ж.П. Расширение возможностей эстетической реставрации зубов. Нанокompозиты: Учебное пособие. - СПб., 2005. - 144 с.

13. Ефанов О.И., Дзанагова ТФ. Физиотерапия стоматологических заболеваний. — М.: Медицина, 1980. — 296 с.

14. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. - 320 с.

15. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — 3-е изд., перераб. и доп.-

М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — 296 с. Литература 935

16. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Пульпиты: Учебное пособие. - СПб.: «Нормед-издат», 1999. - 88 с.

17. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Эндодонтическое лечение периодонтитов: Учебное пособие. — СПб.: «Нормед-издат», 2000. - 88 с.



ФОРМЫ И СПОСОБЫ МЕДИЦИНСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Бобоев М.М., Маматов Б.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7021209>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 20th August 2022

Online: 25th August 2022

KEY WORDS

симуляционное обучение в
медицине; симуляционные
технологии;

симуляционный центр;

симуляционный тренинг;

имитационные методы;

формирование

практических

компетенций.

ABSTRACT

Практические навыки клинической работы до применения их на реальных пациентах студенты должны приобретать в специальных центрах, оснащенных высокотехнологичными тренажерами и компьютеризированными манекенами, позволяющими моделировать клинические ситуации. Одной из важных предпосылок в реализации данного принципа является создание современных симуляционных центров. В статье обсуждаются проблемы, которые необходимо решить для успешного и эффективного внедрения симуляционного обучения в медицинское образование.

История применения медицинской симуляции в обучении врачей насчитывает многие тысячелетия и неразрывно связана с развитием медицинских знаний и ходом научно-технического прогресса. Так, успехи химической промышленности обусловили появление пластмассовых манекенов, прогресс компьютерных технологий предопределил создание виртуальных тренажеров и симуляторов пациента.

В системе отечественного здравоохранения, в числе прочего, появились и широко внедряются разнообразные фантомы, модели, муляжи, тренажеры, виртуальные симуляторы и другие технические

средства обучения, позволяющие с той или иной степенью достоверности моделировать процессы, ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности медицинских работников. При этом, если отдельные фантомы для отработки простейших практических навыков в некоторых учебных заведениях использовались давно, то внедрение сложных виртуальных симуляторов и системы управления их применением в образовании появились лишь в последнее десятилетие. К настоящему моменту накоплен достаточный опыт применения имитационных методов в образовании, в том числе и медицинском [1].



Начинающим свою практическую работу врачам требуется достаточно длительный период для овладения практическими навыками выполнения различных врачебных вмешательств. Так, по данным разных авторов, врачам, специализирующимся в области эндовидеохирургии, необходимо выполнить от 10 до 200 лапароскопических холецистэктомий, 20–60 фундопликаций и т.д [2, 3].

К традиционным формам обучения практическим навыкам врача относятся следующие варианты: на животных, на трупах, с участием пациентов (ассистенции при курации и на операциях). Все эти варианты обучения имеют значительные недостатки – при обучении на животных необходимо содержать и обслуживать виварий, оплачивать работу его сотрудников, закупать животных; при этом количество и время выполнения манипуляций ограничено, необходим постоянный индивидуальный контроль преподавателя с субъективной оценкой работы обучаемого, существуют организационные проблемы использования наркотиков, необходимо учитывать протесты защитников прав животных, этические проблемы и т.д. Так же сложно и неудобно обучение на трупах, что требует организации специальной службы, при этом работа нереалистична.

Чтобы достичь должного уровня практических навыков, необходимо выполнить 100–200 процедур под контролем преподавателя. При этих вариантах обучения необходимо дорогостоящее оборудование, наборы инструментов и расходных материалов.

И наконец, за счет опасности нанесения вреда пациенту, риска развития ятрогенных осложнений получение начальных, базовых практических навыков с участием пациентов надо считать недопустимым [2].

Единственный эффективный и безопасный способ отработки практических умений в настоящее время предоставляют виртуальные технологии. Смоделированные на компьютере ситуации активно реагируют на действия курсантов и полностью имитируют физиологический ответ пациента на действия врача либо воспроизводят адекватную реакцию тканей на манипуляции хирурга. Врачи, освоившие практические навыки при помощи виртуальных тренажеров, значительно быстрее и увереннее переходят к настоящим вмешательствам, их дальнейшие реальные результаты становятся более профессиональными. Кроме того, компьютерное моделирование, основанное на объективных данных реального пациента (МРТ, КТ, УЗИ и т.п.) позволяет заранее спрогнозировать и даже отработать предстоящее исследование или операцию, что снижает потенциальный риск и повышает качество медицинской помощи [4].

Тренинг на роботах – симуляторах пациента позволяет оценить исходный уровень командной работы и значительно его повысить в процессе обучения. В исследовании, проведенном на симуляторах при моделировании травматического шока, доказано достоверное возрастание командного мастерства в процессе тренинга [4].



Вместе с тем стоит учитывать данные исследования, в котором доказано, что усвояемость навыков СЛМР выше на роботах-симуляторах, чем на тренажерах [5].

В настоящее время десятки компаний по всему миру производят виртуальные симуляторы для многих медицинских специальностей. Им посвящены десятки ежегодных конференций, публикуются сотни статей

[6]. Виртуальные тренажеры имеют ряд несомненных преимуществ перед вариантами обучения, на которых останавливались выше – нет текущих финансовых затрат, продолжительность и режим обучения не ограничены по времени, возможно любое количество повторений упражнения с автоматической, мгновенной и беспристрастной качественной и количественной оценкой до достижения его полного доказанного освоения и закрепления, не требуется постоянного присутствия преподавателя, методические рекомендации осуществляются автоматически, программа сама указывает на допущенные ошибки, выполняется объективная сертификация. Уже первые выполненные исследования N. Seymour [7], T. Grantcharov [8] показывают преимущества виртуальных тренажеров. По данным авторов, использование виртуального тренажера в учебном процессе существенно, в 2,5 раза, снижает количество ошибок, которые допускают начинающие хирурги при выполнении своих первых лапароскопических операций. Результаты исследований подтверждают обоснованность

продолжающегося внедрения симуляционных виртуальных технологий в программы медицинского обучения и тренингов.

Реалистичность симуляционного оборудования (fidelity), используемого для обучения медработников, подразделяется на семь уровней [9]. При разработке тренажеров каждый последующий уровень сложнее воплотить в жизнь. В соответствии с данными уровнями реалистичности можно классифицировать все симуляторы:

1. Визуальные, когда применяются традиционные технологии обучения – схемы, печатные плакаты, модели анатомического строения человека. Также это могут быть простейшие электронные книги и компьютерные программы. Базой любого практического навыка является зрительное симуляционное обучение, во время которого отрабатывается правильная последовательность действий при выполнении врачебных манипуляций. Недостаток заключается в отсутствии практических тренировок обучаемого.

2. Тактильный, когда воспроизводится пассивная реакция фантома. В данном случае отрабатываются мануальные навыки, скоординированные движения и их последовательность. Благодаря реалистичным фантомам можно довести до автоматизма отдельные манипуляции, приобрести технические навыки их выполнения.

3. Реактивный, когда воспроизводятся самые простые активные реакции фантома на действия студента. Оценка точности действий обучаемого человека осуществляется лишь на базовом



уровне. Подобные манекены и тренажеры изготавливаются из пластика, дополняются электронными контроллерами.

4. Автоматизированный – это реакции манекена на внешние воздействия. В таких симуляторах используются компьютерные технологии на основе скриптов, когда на определенные действия дается конкретный ответ фантомом. Отрабатываются когнитивные умения и сенсорная моторика.

5. Аппаратный – обстановка медицинского кабинета, операционной. Благодаря таким обучающим системам достигается уверенная способность действовать в аналогичной реальности.

6. Интерактивный – сложное взаимодействие манекена-симулятора с медицинским оборудованием и курсантом. Автоматическое изменение физиологического состояния искусственного пациента, адекватный ответ на введение лекарств, на неправильные действия. На этом уровне можно напрямую оценить квалифицированность практиканта.

7. Интегрированный – взаимодействие симуляторов и медицинских аппаратов. В ходе операции виртуальные тренажеры демонстрируют все необходимые показатели. Отрабатывается психомоторика, сенсомоторика технических и нетехнических навыков. Переход на последующий уровень реалистичности удорожит симуляционное оборудование втрое (правило «утроения»).

Отдельно хотелось бы остановиться на такой форме симуляционного обучения как «стандартизованный пациент».

Стандартизованный пациент – человек (как правило, актер), обученный имитировать заболевание или состояние с высокой степенью реалистичности, так что даже опытный врач не сможет распознать симуляцию. Работа со «стандартизованным пациентом» позволяет оценить навыки сбора анамнеза, соблюдение деонтологических принципов и оценить клиническое мышление врача.

Применение актеров вместо больных в ходе практических занятий впервые было апробировано в 1963 г. преподавателями Университета Южной Калифорнии при обучении студентов-медиков в рамках трёхгодичной программы обучения неврологов. Роль пациентов играли актеры, обученные изображать патологические состояния. Описание данного опыта было опубликовано в 1964 г., но тогда, полвека назад, метод посчитали дорогостоящим и ненаучным. Затем в 1968 г. была введена практика использования помощников для демонстрации гинекологического обследования. Более широко подобная скрытая интеграция актеров, изображающих пациентов, в работу клиник произошла в 70-е годы, в ходе чего произошла смена названия «пациентов-инструкторов» на «стандартизованных пациентов».

Медицинский совет Канады в 1993 г. впервые включил оценку навыков студентов-медиков с помощью стандартизованных пациентов в программу выдачи лицензий, а в следующем году этот метод оценки знаний и навыков был официально принят образовательной комиссией для выпускников иностранных



медицинских институтов. Научные исследования доказали очевидную эффективность симуляционного обучения по сравнению с традиционным.

Валидность, надежность и практичность «практического клинического экзамена» была подтверждена и описана во многих исследованиях, данные стали основанием для официального утверждения National Board of Medical Examiners (NBM E) практики использования стандартизированных пациентов на IV–VII курсах обучения. Первое обязательное тестирование студентов-медиков США (Клинические навыки – этап II) было выполнено в 2004 г. как часть государственной программы лицензирования. Практика использования «стандартизованного пациента» существует и в системе российского медицинского образования, однако широкого распространения, в силу дороговизны и трудности организации, она не получила.

Говоря о современных симуляционных образовательных технологиях следует, по-видимому, разделять понятие технологии обучения практическим умениям и алгоритмам с использованием специализированных тренажеров и манекенов и понятие симуляции –клинического моделирования критических ситуаций с применением специализированной учебной системы, основным компонентом которой является многофункциональный компьютеризированный манекен – имитатор реального пациента.

Первое подразумевает обучение определенному практическому умению или даже группе умений, методике или алгоритму с использованием тренажеров или манекенов различной степени сложности. Основная цель такого обучения –научить специалиста работать руками, давая ему возможность производить конкретные практические манипуляции, такие как интубация, обеспечение сосудистого доступа, дефибриляция и многие другие. К этому понятию можно отнести и практическую отработку отдельных методик и алгоритмов, которая становится возможной в ходе практической работы на муляжах и позволяет врачу представить в деталях, упорядочить и запомнить необходимый порядок действий в критической ситуации. Это индивидуальное обучение специалиста без привязки к работе его в команде, не требующее воссоздания реалистичности пациента, места оказания неотложной помощи или анестезиологического пособия и всей ситуации с пациентом в целом.

Второе понятие – симуляция в неотложной медицине – подразумевает более широкий контекст. Основными задачами симуляционного обучения является обучение работе с больным в критической ситуации в условиях, максимально приближенных к тем, в которых обычно работает специалист. Эти условия воссоздают внешний вид реального пациента и его жизненно важные функции (начиная с возможности разговаривать, дышать, воспроизводить пульсацию на периферических сосудах, звуки, тоны, шумы сердца, легких, желудочно-кишечного тракта до фиксации



показателей на мониторах настоящего медицинского оборудования). Компьютерная программа позволяет менять параметры пациента и создавать сценарии – клинически воссоздавать различные критические состояния, с которыми обучающийся специалист будет учиться справляться, используя свои знания, аналитические способности, клинический опыт, практические умения и навыки, необходимое медицинское оборудование и личностные особенности. Основным смыслом симуляционного обучения в максимальной имитации всех компонентов, которые могут быть задействованы в реальной жизненной ситуации, связанной с лечением больного в критической ситуации. Должно быть обеспечено максимальное воспроизведение места, где развиваются события (это может быть операционная, оборудованная всем необходимым, палата интенсивной терапии с реальными кроватями и

соседями справа и слева, машина скорой помощи, оснащенная согласно утвержденным стандартам и т.д.). Возможно, если это уместно, воссоздание психологических моментов происходящих событий, которые достигаются привлечением «актеров» – студентов-медиков, сотрудников лечебного учреждения или просто добровольцев.

И, конечно же, для проведения симуляционного обучения должна быть сформирована команда, в составе которой врач будет оказывать необходимую помощь. Необходимо помнить, что одна из основных задач симуляционного обучения – обучение работе в команде со своими коллегами. Это позволяет научиться быстрому распределению ролей и обязанностей, принятию собственных решений или беспрекословному подчинению старшему в команде и, в конечном итоге, к эффективному и профессиональному решению возникшей у пациента проблемы.

References:

1. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Горшков М.Д., Гущина Е.Ю., Колыш А.Л. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РО СОМЕД-2013. Москва, 2013. Available at: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?themeid=43&event_id=16.
2. Петров С.В., Стрижелецкий В.В., Горшков М.Д., Гуслев А.Б., Шмидт Е.В. Первый опыт использования виртуальных тренажеров. Виртуальные технологии в медицине. 2009; 1(1): 4–6.
3. Dongen K.W., Zee D.C., Broeders I.A.M.J. Can a virtual reality simulator distinguish between different experience levels in endoscopic surgery? In: Abstracts 13th EAES Congress. Venice, Lido, Italy, 1–4 June 2005. Surg Endosc. 2006 Apr; 20 Suppl. 1: 54–8.
4. Carter F.J., Farrell S.J., Francis N.K., Adamson G.D., Davie W.C., Martindale J.P., Cuschieri A. Content validation of LapSim cutting module. In: Abstracts 13th EAES congress. Venice, Lido. 2005. Surg Endosc. 2006 Apr; 20 Suppl. 1: 35–7.



5. Holcomb J.B., Dumire R.D., Crommett J.W. et al. Evaluation of trauma team performance using an advanced human patient simulator for resuscitation training. *J. Trauma*. 2002; 52: 1078–85.
6. Rodgers D.L., Securro S. J., Pauley R.D. The effect of highfidelity simulation on educational outcomes in an advanced cardiovascular life support course. *Simulat Hlth*. 2009; 4: 200–6.
7. Ahlberg U.G., Enochsson L., Hedman L., Hogman C., Gallagher A., Ramel S., Arvidsson D. Compulsory simulator training for residents prior to performing laparoscopic cholecystectomy? Abstracts 13th EAES Congress. Venice, Lido, Italy, 1–4 June 2005. *Surg Endosc*. 2006 Apr; 20 Suppl. 1: 18–20.
8. Seymour N.E., Gallagher A.G., Roman S.A., O'Brien M.K., Bansal V.K., Andersen D.K., Satava R.M. Virtual Reality Training Improves Operating room performance: Results of a randomized, double-blinded Study. *Ann Surg*. 2002; 236(4): 458–64.
9. Grantcharov T., Aggarwal R., Eriksen J.R., Blirup D., Kristiansen V., Darzi A., Funch-Jensen P. A comprehensive virtual reality training program for laparoscopic surgery. Abstracts 13th EAES Congress. Venice, Lido, Italy, 1–4 June 2005. *Surg Endosc*. 2006 Apr; 20 Suppl. 1:38–40.
10. <http://symbionix-russia.ru/simulation-centers/>



ARTICLE INFO

Received: 28th August 2022

Accepted: 02nd August 2022

Online: 05th August 2022

KEY WORDS

*flexibility of large files,
principle of instrumental
processing of the tooth.*

Stainless steel files lose flexibility as the diameter increases. Usually, this lack of flexibility of large files is referred to as the main cause of most complications, such as tool blocking in the channel, the formation of steps. Funnels, straightening (false move), perforations. However, the reason for these complications lies not in the lack of flexibility of the file, but in the very principle of instrumental processing of the tooth in the direction from the apex to the crown. At the beginning after processing, a smaller diameter file is inserted to the apical opening of the unprepared channel. Instrumental processing leads to the formation of a fairly large amount of dentine sawdust along the entire length of the canal. In order to avoid blocking the channel and preventing the passage of the next large file, first of all, it is necessary to remove all sawdust. In addition, to prevent blockage of the canal and the previously described clinical complications, the movement of dentine "debris" should occur coronal, and not

Modern methods of treating certain diseases

Abdunabieva Khakimakhon

Assistant of the „Anatomy and clinical anatomy”

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7024336>

ABSTRACT

In order to eliminate the shortcomings of instrumental processing when using the deviation technique, it has been modified. What is the difference between the modern methodologies? Channel processing is started in the same way as with the traditional method, but after using file No. 25, the apical third of the channel is once again processed to larger files that are better suited for adequate channel cleaning.

apically. Instrumental processing of files from No. 10 to No. 40 or No. 50 according to ISO, using the method of deviation, will lead to blockage of the apex with dentine chips, shortening and straightening of the channel. This is not due to the flexibility of the files, but rather due to the cumulative effect of successive exposure to seven or nine files. Thus, we see that the method of retreat is not effective enough at the stage of infection control of endodontic treatment. In order to eliminate the shortcomings of instrumental processing when using the deviation technique, it has been modified. What is the difference between the modern methodologies? Channel processing is started in the same way as with the traditional method, but after using file No. 25, the apical third of the channel is once again processed to larger files that are better suited for adequate channel cleaning. File No. 30 passes to the working length, and subsequent files, gradually increasing;



expand the apical third of the channel. The use of larger diameter files becomes possible due to the creation of sufficient space in the coronal and middle thirds of the channel according to the traditional method. The created space allows larger files to freely pass almost the entire working length, and only 3-4 mm of the apical part is involved. At the same time, much less dentine chips are formed than when the file comes into contact with the intact walls of the channel, and the necessary space is created to move the sawdust in the coronal direction. The modified method of retreat involves the use of steel files and allows the operator to carry out adequate infection control, as well as more predictably create the necessary channel shape compared to the traditional method of retreat. In the last few years, there have been revolutionary changes in the instrumental treatment of root canals. Among the most significant of them is the development of extremely flexible and elastic nickel-titanium alloy files, for example, NiTi Liberator files from Miltex, which received the certificate of the International Organization for Standardization 9001 and the International Organization for Standardization 13485, as well as the certificate of the Warranty Council of Europe.

Such files bend under pressure and assume their original position after the pressure stops, so they can relatively easily overcome the curvature of the channels, which was quite problematic when working with steel files. The disadvantage of nickel-titanium files is the low plasticity of the material, i.e. the point of tension and the point of fracture are very close to each other. This means

that the tension of the metal can lead to a file fracture unexpectedly for the doctor. However, with careful work and following the instructions, the fracture of these files is unlikely. Another change in the design of files that has occurred in recent years concerns the appearance of tools with different cutting parts of which is 16 mm independent the length of the file, and the taper is 2 mm of the cutting part (only 32%), modern files have different cutting length and taper in the range from 2 mm in the cutting part to 12 mm in the tip area. The disadvantage of files with a large taper is excessive removal of dentin in the coronal part when the file is immersed in the channel. Creating a pronounced cone increases the likelihood of a tooth fracture, so files with a large taper should be used in the coronal part of the canal and reduces the taper as the files move deeper. The result of the appearance of files with different tapers was the possibility of instrumental processing of root canals from the crown to the tip. This technique is called crown-down and consists in selecting files with a taper that allows you to freely penetrate into the channel at a depth of about 4 mm and cut into the mouth when the taper of the file exceeds the taper of the channel. The file is rotated manually or with the help of a special device and is advanced by 1 mm until the apical part of the tool is inserted into the channel by 3-4 mm. At this point, the work of the file is stopped, because its too large surface cuts into the walls of the channel, which can lead to a fracture of the file and the advancement of dentine sawdust apically. In this case, it is worth going to a smaller file (possibly with a smaller taper) for more atraumatic bullet-



shaped tip. NiTi alloy. deep penetration into the channel, observing the rule requiring that the apical part of the file be free in the channel, and the file itself could safely continue advancing by 1 mm, without increasing the likelihood of fracture or jamming of the dentine chips. Thus, the working length can be achieved by a relatively small number of files. It is much easier to achieve the working length with the help of nickel-titanium file No. 25 using the crown-down technique than with steel files, while the tool will not be unduly affected. At this point, the same

result is achieved as with the method of retreat, the disadvantages of which were indicated above. Therefore, in the apical third of the channel, one more additional step needs to be done, as with the modified method of retreat, which is much easier to do with new generation files. During this stage, even files larger than those needed when working with steel files can be used. This approach makes it possible to safely achieve a channel shape similar to that achieved by using a modified deviation technique.

References:

1. Sodirjonov M. M. ETHNOSOCIOLOGICAL FACTORS OF SOCIAL TRANSFORMATION IN MODERN UZBEKISTAN //ACTUAL ISSUES OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF SCIENTIFIC SPACE. -2020. -PP. 27-34.
2. Sodirjonov M. M. THE ESSENCE OF SOCIAL CAPITAL CONSEQUENCES AND THEIR INFLUENCES TO THE MODERN SOCIETY //Bulletin of Science and Education. -2020. -No. 2-2. -PP. 113-116.
3. Sodirjonov M. M. ETHNOSOCIOLOGICAL FACTORS OF SOCIAL TRANSFORMATION IN MODERN UZBEKISTAN //ACTUAL ISSUES OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF SCIENTIFIC SPACE. -2020. -PP. 27-34.
4. Mahamadaminovich S. M. The essence of social capital consequences and their influences to the modern society //Bulletin of Science and Education. -2020. -No. 2-2 (80).
5. Sodirjonov M. M. Some Thoughts On The Evolution Of Approaches To The Concept Of Human Capital //The American Journal of Social Science and Education Innovations. -2020. -Vol. 2. -No. 08. -Pp. 144-150.
6. Sodirzhonov M. M. BOZOR IKTISODIETINING ETHNIK MUHTitga taʼsirini HUSUSIDA AIRIM muloʻl azalar //Journal Of Social Research. -2020. -Vol. 3. -No. 6.
6. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=us2lVBQAAAAJ&authuser=1&citation_for_view=us2lVBQAAAAJ:u-x6o8ySG0sC , Ruzieva Dilshoda Mavlonovna, Muzaffarova Vazira Akbarovna . PROVISION OF FAMILY STABILITY AS A PRIORITY OF STATE POLICY .
7. Salomov Shoxabbos Nozimjon og'li , <http://conf.iscience.uz/index.php/yumti/article/download/72/66> , INTRAEPITHELIAL IN VARIOUS PARTS OF THE SMALL INTESTINE QUANTITATIVE INDICATORS OF LYMPHOCYTES .



8. Salomov Shoxabbos Nozimjon o'g'li, Abdusalomov Asadbek Xasanboy o'g'li ,
<http://www.innovatus.es/index.php/ejine/article/view/29> , Quantitative Indicators of Villi
Cells in the Intraepithelial Part of the Small Intestine



ЮМШОҚ БУҒДОЙНИНГ ЯНГИ НАВЛАРИ ВА НАМУНАЛАРИНИ ҲОСИЛДОРЛИК БЎЙИЧА БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Маматкулов Икром Шавкатович¹

Амиров Отабек Хайдар ўғли²

¹⁻²Лалмикор деҳқончилик илмий-тадқиқот институти
илмий ходимлари

e-mail:uzniizerno@yahoo.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7024976>

ARTICLE INFO

Received: 16th August 2022

Accepted: 22nd August 2022

Online: 26th August 2022

KEY WORDS

Юмшоқ буғдой, рақобат
нав синаш тажриба
майдони, селекция, нав,
намуна, ҳосилдорлик,
баҳолаш, танлаш.

ABSTRACT

Мақолада юмшоқ буғдойнинг янги навлари ва намуналарини ҳосилдорлик кўрсаткичини баҳолаш бўйича ўтказилган тадқиқотлар натижалари баён қилинган. Олиб борилган тадқиқотларда юмшоқ буғдойнинг рақобат нав синаш тажриба майдонида ўрганилган 19 та нав ва тизмаларининг ҳосилдорлиги андоза навга таққослаб ўрганилди. Андоза навдан ҳосилдорлиги юқори бўлган намуналар янги навлар яратиш мақсадида танлаб олинди.

Сўнги йилларда ер юзида аҳоли сонининг ўсиши, суғориладиган экин майдонларини қисқариб бораётганлиги, озик-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш ҳажмининг ошиши тез суъратларда ошиб бораётган талабни қондира олмаяпти. Келгуси ўн йилликларда буғдой ҳосилдорлигини ошириш ҳозирги қишлоқ хўжалигининг энг муҳим мақсадларидан бири бўлиб, келажак авлоднинг истеъмол эҳтиёжларини қондиришга қаратилган.

Буғдой ҳосилдорлигини ошириш қишлоқ хўжалиги ишлаб чиқариш тизимларини такомиллаштириш ва янги технологияларни жорий этиш, яхшиланган буғдой навларини яратиш ҳамда ҳосилдорлигини ошириш бугунги куннинг долзарб вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳосилдорликнинг ҳар қандай ноқулай шароитда бир маромда

бўлишлигини таъминлашга биотик ва абиотик стрессларга чидамли бўлган навларни яратиш орқали эришиш мумкин. Сермаҳсул буғдой навини яратишда тадқиқотчилар биотик стрессларга чидамлиликни ривожлантириб бориши керак. Кўпчилик ҳолларда селекция жараёнларида юқори маҳсулдорликка эга навлар ишлаб чиқаришга етгандан сўнг касалланиб, ҳосилдорлиги пасайиб бормоқда, яъни чидамли бўлган навда иммунитет йўқолиб, касалликка чалиниб қолмоқда [2].

Дунё бўйлаб содир бўлаётган глобал иқлим ўзгариши натижасида юзага келаётган қурғоқчилик, ёғин миқдорининг камлиги, ҳаво ҳароратининг ошиб бораётганлиги, турли касаллик ва зараркунандаларнинг кенг тарқалаётганлиги ушбу омилларга



бардошли буғдой навларини яратиш ва ишлаб чиқаришга жорий этишни талаб этмоқда. Буғдойнинг жаҳон коллекция нав ва намуналарини ўрганиш, уларни маҳаллийлаштириш билан бир қаторда синтетек селекция асосида олинган маҳаллий дурагай ашёлар, тизмаларни ҳар томонлама ўрганиш, андоза навлардан юқори кўрсаткичга эга тизмаларни нав синовларига ўтказиш ва ишлаб чиқаришга жорий қилиш ҳам селекция йўналишининг асосий вазибаларидан бири ҳисобланади.

Ҳозирги кунда республикада буғдой селекцияси, уруғчилиги ва етиштириш агротехнологияларини такомиллаштириш бўйича катта илмий, амалий ва ташкилий тадбирлар амалга оширилмоқда.

Қишлоқ хўжалик экинлари селекциясининг асосий йўналишларидан бири ҳосилдорликдир [3]. Чунки янги навларнинг ҳар қандай қимматли белги-хусусиятларининг охирги натижаси сифатида ҳосилдорлик хизмат қилади.

Материал ва методлар. Тажириба кузатувлари, тахлиллар Бутуниттифоқ ўсимликшунослик институти [5] ҳамда ДДЭИТИ Ғаллаорол ИТС томонидан қабул қилинган [1] услубий қўлланмалар бўйича амалга оширилди. Ҳосилдорлик кўрсаткичи деянкадан олинган ҳосилни гектар ҳисобига айлантириш усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончилилик даражаси ва навларнинг ҳосилдорлик кўрсаткичлари дисперсион усулда қайта ишланди [4].

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Дала

тажирибалари 2021 йилда Лалмикор деҳқончилик илмий-тадқиқот институтининг суғориладиган майдонлари тажириба даласида олиб борилди. Тадқиқотларимизда ҳар бир намуна 25 м² майдончаларга экилган бўлиб, ҳар бир нав ва намунанинг умумий ҳосилдорлиги кичик селекцион комбайн ёрдамида ўриб олингандан сўнг, тозаланиб, саралангач тортиш йўли билан аниқланган. Олиб борилган тадқиқотларда 2021 йилги натижаларига кўра нав ва намуналарда ҳосилдорлик кўрсаткичлари 31,6 - 71,4 ц/га ни ташкил этди. Нав ва намуналарнинг ўртача дон ҳосилдорлиги 50,9 ц/га ни, андоза Замин-1 навида дон ҳосилдорлиги ўртача 46,1 ц/га ни ташкил этган бўлса, Истиқлол-20 навида 63,4 ц/га, Қипчоқсув наввида 59,6 ц/га, КП №183/2017 намунасида 62,0 ц/га, № 83/2016 намунасида 58,2 ц/га, КП-52/2017 намунасида 65,5 ц/га, IWWYT 9833 намунасида 60,2 ц/га, IWWYT 9819 намунасида 59,4 ц/га, КП № 198/2017 намунасида 71,4 ц/га ни ташкил этиб, андоза Замин-1 навида нисбатан 13,3 ц/га дан 25,3 ц/га гача ҳосилдорлиги юқори бўлганлиги аниқланди.

Олиб борилган 2021 йилги тадқиқот тахлил натижаларига кўра, 21thIWWYT 9827 (60,3 ц/га), 21th IWWYT 9806 (57,0 ц/га), КП 198/2017 (68,8 ц/га) тизмалари иссиқликка ва касалликларга бошқа нав ва тизмаларга нисбатан чидамлиги ва ҳосилдорлик кўрсаткичи юқори бўлганлиги учун танлаб олинди. (1-жадвал).



Рақобот нав синаш тажриба майдонида ўрганилган нав ва намуналарнинг дон ҳосилдорлиги (Ғаллаорол 2021 йил).

Нав ва тизмалар номи	Ҳосилдорлик, (ц/га)				
	min	max	$X \pm S_x$	δ	V%
Замин-1(андоза)	45,0	47,8	46,1±0,6	1,0	2,5
Краснодар-99	30,7	32,5	31,6±0,3	0,7	1,9
Дурдона	32,9	36,1	34,4±0,9	1,2	4,7
Ғозғон	43,2	47,3	45,2±1,3	1,5	5,1
Истиклол-20	62,2	64,4	63,4±0,4	0,8	1,1
Семуруг	54,2	56,2	54,9±0,3	0,7	1,1
КП-183/2017	30,3	35,7	32,8±3,4	2,4	17,9
Санзар-40	58,6	60,7	59,7±0,3	0,8	1,5
Қипчоқсув	50,6	53,2	51,8±0,7	0,3	1,6
№ 29/2016	53,9	56,2	55,0±0,6	1,0	2,0
№83/2016	56,5	59,2	58,1±0,6	1,0	1,7
КП-52/2017	64,0	66,5	65,5±0,5	0,9	1,4
IWWYT 9828	59,8	60,8	60,1±0,08	0,3	1,5
IWWYT 9806	47,7	50,1	48,6±0,4	0,9	1,7
IWWYT 9809	50,9	55,6	53,2±2,3	2,0	7,7
IWWYT 9805	57,8	60,4	59,3±0,6	1,0	1,9
IWWYT 9811	44,3	46,5	44,9±0,4	0,9	1,8
IWWYT 9819	41,1	45,0	43,0±2	1,8	8,1
IWWYT 9827	36,0	39,5	37,7±0,7	1,1	3,5
КП-198/2017	70,2	73,0	71,4±0,5	1,0	1,4
НСР₀₅			1,5		
S x %			1,1		

Хулоса. Олинган натижалар таҳлили асосида дон ҳосилдорлиги бўйича Истиклол-20 нави 63,4±0,4 ц/га, КП-52/2017 намунаси 65,5±0,5 ц/га, КП-198/2017 намунаси 71,4±0,5 ц/га ва истиқболли тизмалар сифатида танлаб олинган намуналардан IWWYT 9828 намунасида 60,1±0,08 ц/га, IWWYT 9805 намунасида 59,3±0,6 ц/га ни ташкил

этди. Бу нав ва намуналардан энг юқори ҳосилдорлик кўрсаткичига эга бўлган КП-198/2017 ва КП-52/2017 намуналари янги нав сифатида Давлат нав синаш марказига топширилди. IWWYT 9828 ва IWWYT 9805 намуналари эса экологик нав синаш участкасида кўпайтириш учун танлаб олинди.



References:

1. Аманов А. А. ва бошқалар. Донли экинлар селекцияси ва бошланғич уруғчилиги бўйича услубий қўлланма. Ғаллаорол 2004 йил.
2. Мейлиев Т. Х., Дилмуродов Ш. Д. Рост и развитие, урожайность и устойчивость к желтой ржавчине сортов в питомнике отбора продуктивных сортов //Приоритетные направления развития науки и образования. – 2019. – С. 130-133.
3. Web sites: <http://www.chemicalnow.ru.>, <https://www.science-biology.ru.>
4. Статистик таҳлиллар Б.А.Доспехов (1985)
5. Изучение мировой коллекции пшеницы. Методические указания. ВИР. Ленинград 1984.
6. Маматкулов И. Ш. и др. Роль флагового листа в засухоустойчивости сортов пшеницы //фундаментальная прикладная наука: состояние и тенденции развития. – 2021. – С. 138-144.
7. Маматкулов И. Ш., Умиров Н. Оценка коллекционных сортообразцов озимой пшеницы *iwwyt-ig* в условиях узбекистана //Современные вызовы и перспективы развития молодежной науки. – 2020. – С. 253-258.
8. Ҳ.Х.Қаршибоев. Қаттиқ буғдой F1 дурагайларида ўсимлик бўйининг ирсийланиши // Journal of New Century Innovations, (Uzbekiston), Volume 1, March 2022. 6. 250-256.
9. Karshiboev Khasan Xolbazarovich. High-yielding varieties and lines for breeding durum wheat // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2021. - Т. 11. - №. 9. - С. 532-537.



CAREX PACHYSTYLIS

Safarova Zakiya Teshayevna¹

Lecturer at the Department of Biology

Asadova Nilufar Yorkinovna²

4th year student

¹⁻²Bukhara State University, Uzbekistan

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7028189>

ARTICLE INFO

Received: 20th August 2022

Accepted: 22nd August 2022

Online: 27th August 2022

KEY WORDS

deserts, plains, steppes, river deltas, foothills, mountains, desert sedge, fodder plant, Asteraceae, legumes, grasses, Liliaceae, cruciferous, umbellate, haze, lily, buckwheat, clove, borage, rosacea.

The vegetation of Central Asia is incredibly diverse and rich. Here, deserts and plains, steppes and river deltas, foothills and mountains form not only a peculiar landscape, but also determine the diversity of species. Few people know that a large number of plants grow in Central Asia. It may seem incredible, but in reality, compared with the central regions of Russia and even with the taiga, in the foothill and mountainous regions of Central Asia, the number of plants per unit area is many times greater.

The total amount of vegetation, of course, is greater on the plains of many countries, but in terms of the overall diversity of species, Central Asia is ahead of many regions of the world. The richest flora of Central Asia includes more than 6,000 species of different plants. Plant

ABSTRACT

the article presents data on the flora of Central Asia, especially the flora of Uzbekistan, ephemeral plants growing in the arid steppe areas of Uzbekistan. The plant described is thick columnar sedge, or desert sedge, botany and physiology, economic and fodder features of the plant.

communities are most strongly developed in foothill and mountainous regions. The main reason for the richness and diversity here is the altitudinal zonality of the relief, where each altitudinal zone is represented by its unique climate and weather conditions, soils, and different regimes for the development of plants.

In Central Asia, deserts, steppes and mountains coexist side by side. In the deserts and steppes grows its own, special, adapted to the dry and dry climate of the vegetation cover. Tugai vegetation is widespread along the rivers and along the shores of lakes. In the mountains, the diversity is very large. Here you can distinguish several tiers, each of which grows its own unique flora. At the same time, they talk about the so-called belt type of vegetation.



The complex topography of the mountains, its slopes with different exposure, facing different directions of the world, receiving a different portion of illumination, weathered and moistened with different intensity, have a strong influence on the distribution of various species. In addition, the composition of the soil, which directly depends on the steepness of the slopes and altitudinal zonality, also largely determines the diversity and diversity of the vegetation cover.

Uzbekistan is located in the center of Central Asia and is included in the arid (dry) zone of the Earth. The northern and western parts of Uzbekistan are occupied by the plains of the Turan lowland, the southern and eastern parts by the Tien Shan and Pamir-Alay mountain ranges. The landscapes of Uzbekistan are diverse - these are deserts, mountains, steppes, tugai-reed thickets in floodplains. Vegetation cover of Uzbekistan includes about 4230 species, 1028 genera from 138 families. Among them - 492 cultivated and cultivated plants from 79 families. About 577 wild-growing species are medicinal plants.

Compositae, legumes, cereals, labiales, cruciferous, umbellate, haze, lily, buckwheat, clove, borage, rosaceous are the richest in species in the flora of the

republic. The complexity and unevenness of the relief determines the diversity of the vegetation cover. In Uzbekistan, four high-altitude fields can be distinguished, each of which has its own specific type of vegetation. Deserts and plains - "chul", foothills and hills - "adyr", mountains - "tau", highlands - "yaylau (jaylau)".

Sandy deserts (Most of the Kyzylkum desert, Sundukli and Kattakum sands). In sandy deserts, species such as djuzgun, saxaul, sedge, sand acacia, Richter's saltwort, astragalus, cone-bearing cone-bearing conifer, little-toothed ragwort, and haze are common. Many of the plants have long roots, rhizomes, which prevent the mobility of sands in the desert.

We are conducting research work on the plant thick-columnar sedge, or simply like desert sedge.

Thick-columned sedge, or Desert sedge - *Carex pachystylis* - is a perennial herbaceous plant, a species of the genus Sedge -*Carex*, of the sedge family - Cyperaceae. It is an exceptionally valuable pasture forage with a high nutritional value. Thick-columnar sedge is an evergreen plant with a straight stem 4 to 30 cm long and a rhizome up to 6 m long. The leaves are flat, shorter than the stems. Spikelets (4-6 pieces) crowded into a dense rhombic head.



Desert sedge - *Carex pachystylis*



SEDGE- with rhizomes

The plant is found in the Caucasus (Armenia), North Africa (Egypt), Western Asia (Afghanistan, Iran, Iraq, Israel, Jordan, Lebanon, Syria, Turkey), and in Central Asia (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan).

It develops well on loamy, clayey and sandy loam soils. It is widely

distributed in piedmont deserts, forming together with bulbous bluegrass (*Poa bulbosa*) ephemeral pastures. In the absence of grazing or with moderate grazing, bluegrass displaces, and with excessive grazing, the dominance passes to bluegrass.

**Ash and nutrient content
(NITROGEN-FREE EXTRACTIVE SUBSTANCES)**

Phase	From absolute dry matter to %				
	ash	protein	fat	fiber	NFES
Before flowering	9,3	22,8	5,3	18,8	43,8



flowering	7,6	19,0	3,3	20,5	49,6
Fruiting	8,5	15,4	3,6	23,5	49,0
dry plant	8,2	8,4	2,6	28,6	52,2
winter plant	10,2	7,5	2,3	34,6	45,4

For 100 kg of dry matter at the end of flowering, there are 102.1 feed units and 8.5 kg of digestible protein. Dry summer

plants contain 51.7 feed units and 2.6 digestible protein.



The formation of a pillow by the Sedge plant

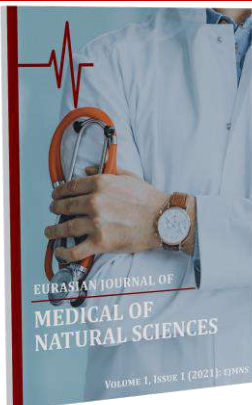
In Uzbekistan, and especially in the Bukhara region, astrakhan sheep tend to huddle more in the steppe. Desert sedge is one of the best spring food in the desert. In green and dry form, it is eaten by all kinds of farm animals and especially by horses and sheep. When eaten together with bluegrass, animals recover and gain fat

after winter. Dry remains during the summer and winter are eaten satisfactorily. The plant tolerates moderate trampling well. In a favorable spring, after grazing, it can give 30-40% of the aftermath of the original stock. In the city it is used as an evergreen, ornamental plant.



References:

1. Губанов.И. и др. 644. *Capsella bursa-pastoris* (L.) Medik. — Сумочник пастуший, или Пастушья сумка // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. — М.:
2. Дудченко Л. Г., Козьяков А. С., Кривенко В. В. Пряно-ароматические и пряно-вкусовые растения: Справочник / Отв. ред. К. М. Сытник. — К.: Наукова думка, 1989. — 304 с.
3. Сафарова З. Т., Шамсиева Ш., Фармонова О. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСТЕНИЯ РАПС //Eurasian Journal of Academic Research. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 522-525.
4. Сафарова З. Т., Фармонова О. С. К. МЕДОНОСНЫЕ РАСТЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА //Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 1083-1084.
5. Руднянская Е. И. Пыльцевая продуктивность некоторых растений // Пчеловодство : журнал.



КАМНИ В ПОЧКАХ

Туйчиев Рамзиддин¹

Лечебный факультет, 203 группа

Феруза Бердимуродова²

научный руководитель, ассистент кафедры

«Медицинская химия».

¹⁻²Самаркандский медицинский институт медицинской химии,

Самарканд ш. Ўзбекистон

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7037755>

ARTICLE INFO

Received: 24th August 2022

Accepted: 26th August 2022

Online: 31st August 2022

KEY WORDS

ABSTRACT

Абстрактный

Камни в почках в настоящее время являются серьезной проблемой и в развивающихся странах. Камни в почках обычно поражают 10-12% промышленно развитого населения. У большинства людей камни в почках появляются в более позднем возрасте. Камни в почках наиболее распространены как у мужчин, так и у женщин. Ожирение является одним из основных факторов риска образования камней.

Распространенной причиной образования камней в почках является большое количество кристаллов оксалата кальция и низкий уровень мочевой кислоты и цитрата в организме. Небольшое снижение уровня оксалатов в моче связано со значительным снижением образования кальция. оксалатные камни; поэтому рекомендуется избегать продуктов, богатых оксалатами, таких как огурцы,

зеленый перец, свекла, шпинат, соевые бобы, шоколад, сметана, попкорн и сладкий картофель. Часто камни в почках поражают такие части тела, как почки и мочевыводящие пути.

Вступление

Мочевыделительная система состоит из двух основных почек бобовидной формы, мочевыводящих путей, мочевого пузыря и мочевыводящих путей. Эти бобовидные почки расположены как раз посередине спины и под ребрами. Почечный транспорт преобразует воду и отходы организма из крови, а затем превращает их в мочу. Они также полезны для создания баланса солей и других ионов в крови. Уретральные трубки узкие, несут мочу из почек.

Он ведет в комнату треугольной формы, называемую пузырем. Однако моча хранится в эластичной камере баллонного типа, мочевой пузырь



уплощается вне тела при мочеиспускании через мочевыводящие пути. Термин «сиолитиаз» является глобальной проблемой.

Издавна в народе его также называли «нефролитиазом».

или камни в почках. Мочекаменная болезнь – это состояние, при котором присутствуют кристаллы

уролиты/камни, присутствующие в мочевыводящих путях. В западном мире,

Ежегодная заболеваемость мочекаменной болезнью составляет около 0,5% и существует риск пожизненного развития. Развитие составляет около 10-15%, но увеличивается до 20-25%. Средний Восток. Мочекаменная болезнь – это образование неровных конкрементов или конкрементов

Состояние камня является синонимом термина уролиты, камни или кристаллы.

Это рецидивирующее заболевание, и риск рецидива составляет 50% кристаллов оксалата кальция. Образование камней в почках снижает количество минералов в организме, а также необходимый элемент для формирования костей.

Камни в почках – это заболевание, при котором пациенты жалуются на сильную боль, потому что боль похожа на боль рожающей матери. Известно, что это часто случается летом, когда с потом организм теряет много воды.

Камни в почках — это заболевание, при котором в нашем организме образуются камни в почках (почках). Гранулы, начавшие расти в почках, становятся все крупнее и крупнее, при этом они одновременно вытягивают свои

головки из почек и падают по мочевыводящим путям, закупоривая их и вызывая боль. «Когда моча кислая, фекалии в ней начинают конденсироваться при высоких концентрациях. В норме он хорошо выводится, но превращается в камни в почках, так как при определенных условиях накапливаются и слипаются. Среди мужчин среднего возраста в возрасте 30-50 лет сахарный диабет, ожирение, высокое кровяное давление и гиперлипидемия являются наиболее частыми случаями камней в почках среди лиц с метаболическим синдромом. Кроме того, если вы не пьете достаточно воды и не пьете

Получайте достаточно физических нагрузок, риск развития заболевания увеличивается. Несбалансированное питание, семейный анамнез и генетические факторы также изучались на влияние камней в почках.

Конкретная причина зависит от состава камня. В основном его можно разделить на кальций, оксалаты и ураты, и среди них кальций является наиболее распространенным. Если у вас заболевание паращитовидной железы, заболевание кишечника или заболевание почек, высока вероятность образования камней из кальциевого компонента. Что касается камней мочевой кислоты, известно, что они связаны с чрезмерным потреблением мяса, такого как говядина и свинина. Такие камни в почках могут вызывать хроническую болезнь почек (хроническая почечная недостаточность, почечная недостаточность длительностью более 3 месяцев), а крупные камни могут блокировать мочеиспускание и



вызывать различные осложнения. симптомы не следует игнорировать.

«Иногда, когда боль сильная и боль исчезает через определенную минуту, многие пациенты думают, что все в порядке, и оставляют ее в покое.

На ранних стадиях, когда вес камней в почках невелик, можно принимать обезболивающие для улучшения отхождения камней, пить много воды и отбивать камни обратно. Если это не естественное лечение, требуется хирургическое вмешательство с использованием экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии или гибкого эндоскопа. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия — это метод генерирования высокоэнергетической ударной волны, которая направлена к месту его расположения, чтобы разрушить камень и вывести его с мочой. Эндоскопическая хирургия - метод введения гибкого эндоскопа через мочевыводящие пути и извлечения его путем разбивания или удерживания камня.

«Обычно частота рецидивов операции по поводу камней в почках составляет 50 процентов в течение 5 лет и 70-80 процентов в течение 10 лет. Убедитесь, что нет никаких симптомов, даже маленькие камни следует регулярно проверять, чтобы убедиться, что они не вызывают воспаление или проблемы. Небольшое количество камней не означает, что можно лечить только часть из них, но во время операции должны быть удалены все возможные камни. Даже простая процедура не является лучшим методом лечения, поэтому важно выбрать тот хирургический метод, который

наилучшим образом соответствует состоянию пациента.

Важно пить достаточно воды, чтобы предотвратить образование камней в почках. В день рекомендуется выпивать не менее 2 литров воды. Кроме того, белок может повышать уровень кальция, щавелевой и мочевой кислот в моче и повышать кислотность мочи, поэтому следует избегать чрезмерного потребления мяса.

Симптомы

Изображение, показывающее камни в почках Камни в почках Откройте всплывающее диалоговое окно

Камни в почках обычно не вызывают симптомов до тех пор, пока они не переместятся внутрь почек или не попадут в мочевыводящие пути — трубки, соединяющие почки и мочевой пузырь. Если он блокируется в мочевыводящих путях, он может заблокировать отток мочи и вызывать отек почек и спазм мочевыводящих путей, что может быть очень болезненным. В это время вы можете испытывать следующие признаки и симптомы:

Боковая и задняя, сильная, острая боль под ребрами. Боль, распространяющаяся на низ живота и суставы, имеет волнообразный характер и различна по интенсивности, боли или жжению при мочеиспускании.

Другие признаки и симптомы могут включать: Розовая, красная или коричневая моча Мутная моча или неприятный запах мочи Частое мочеиспускание, потребность в мочеиспускании чаще или реже, чем обычно

Тошнота и рвота При наличии лихорадки лихорадка и озноб



Боль, вызванная камнем в почках, может изменяться, например, по мере продвижения камня по мочевыводящим путям, она может перемещаться в другое место или усиливаться.

Виды камней в почках

Знание типа камня в почках поможет определить его причину и даст советы о том, как снизить риск образования новых камней в почках. Если возможно, постарайтесь сохранить камень в почках, чтобы вы могли принести его врачу для анализа.

Типы камней в почках включают:

Кальциевые камни. Большинство камней в почках представляют собой кальциевые камни, обычно в форме оксалата кальция. Оксалат – это вещество, которое вырабатывается печенью каждый день или поглощается из пищи. Некоторые фрукты и овощи также содержат большое количество оксалатов в орехах и шоколаде.

Факторы питания, высокие дозы витамина D, шунтирование кишечника и ряд метаболических заболеваний могут повышать концентрацию кальция или оксалатов в моче.

Кальциевые камни также могут встречаться в форме фосфата кальция. Эти типы камней часто встречаются при метаболических состояниях, таких как ацидоз почечных канальцев. Это также может быть связано с некоторыми лекарствами, используемыми для лечения мигрени или судорог, такими как топирамат (топамакс, трокенди XR, Qudexy XR).

Струвитные камни. Струвитные камни образуются в ответ на инфекцию мочевыводящих путей. Эти камни могут быстро расти и быть очень большими,

иногда с несколькими симптомами или несколькими предупреждениями.

Камни мочевой кислоты. Камни мочевой кислоты могут возникать у людей, которые теряют много жидкости из-за хронической диареи или мальабсорбции, потребляют пищу с высоким содержанием белка, страдают диабетом или метаболическим синдромом. Некоторые генетические факторы могут увеличить риск образования камней из мочевой кислоты.

Цистиновые камни. Эти камни образуются у людей с наследственным заболеванием, называемым цистинурией, которое заставляет почки перепроизводить определенные аминокислоты.

Факторы риска

Факторы, повышающие риск образования камней в почках, включают:

Семейная или личная история. Если у кого-то в вашей семье есть камни в почках, у вас также больше шансов иметь камни. Если у вас уже есть один или несколько камней в почках, высок риск развития другого.

Обезвоживание. Недостаточное употребление воды каждый день может увеличить риск образования камней в почках. Люди, которые живут в жарком, сухом климате и много потеют, могут подвергаться большему риску, чем другие.

Определенные диеты. Соблюдение диеты, богатой белком, натрием (солью) и сахаром, может увеличить риск развития определенных типов камней в почках. Особенно это касается диеты с высоким содержанием натрия. Слишком много соли в вашем рационе



увеличивает количество кальция, необходимого вашим почкам для фильтрации, и значительно увеличивает риск образования камней в почках.

Ожирение. Высокий индекс массы тела (ИМТ), большая талия и увеличение веса увеличивают риск образования камней в почках.

Заболевания органов пищеварения и хирургия. Операция обходного желудочного анастомоза, воспалительное заболевание кишечника или хроническая диарея могут привести к изменениям в пищеварении, влияющим на всасывание кальция и воды, что увеличивает количество камнеобразующих веществ в моче.

Другие медицинские состояния, такие как почечный канальцевый ацидоз, цистинурия, гиперпаратиреоз и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, также могут увеличить риск образования камней в почках.

Некоторые добавки и лекарства, такие как витамин С, пищевые добавки, слабительные (при чрезмерном употреблении), антациды на основе кальция и некоторые лекарства, используемые для лечения мигрени или депрессии, могут увеличить риск образования камней в почках.

Заключение

Камни в почках – одна из самых распространенных проблем в развитии

стран и остального мира влияют на мочевыделительную систему. Немного состояние здоровья увеличивает риск проблем с камнями в почках

такие как жирная диета, плохое питание, пищевые добавки кристаллы оксалата, диета с высоким содержанием белка и послеоперационный дефицит.

Камни могут развиваться с общими физиологическими функциями например, контроль аномального роста щитовидной железы

метаболизм кальция. Это состояние производит большое количество кальция

вызывает камни в почках в крови и моче. Камни в почках

болезнь остается все более серьезной проблемой. Образование камней в почках зависит от различных факторов, таких как метаболические, экологические.

и факторы питания. Усовершенствованы методы диагностики.

привело к лучшему пониманию болезни. некоторые техники для лечение камней в почках, например, аллопатические и фитопрепараты или хирургическое удаление камней является современной тенденцией. Но большинство людей предпочитают лечение травами для удаления камней в почках.

References:

1. Нефрология. Клинические рекомендации. По ред. Шилов ЕМ, Смирнов АВ, Козловская НЛ



2. Weaver RG, James MT, Ravani P et al. Estimating Urine Albumin-to-Creatinine Ratio from Protein-to-Creatinine Ratio: Development of Equations using Same-Day Measurements. *J Am Soc Nephrol* 2020

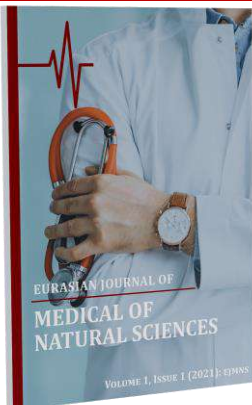
Luciano RL, Moeckel GW. Update on the Native Kidney Biopsy: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis* 2019

4. Li K, Zou J, Ye Z et al. Effects of Bariatric Surgery on Renal Function in Obese Patients: A Systematic Review and Meta Analysis. *PLoS One* 2016

5. www.google.com

6. www.rusnephrology.org

7. www.sechenov.ru



QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYASI BO'LGAN O'SMIR QIZLARDA HAYZ DAVRINING BUZILISHINI O'ZIGA XOSLIGI

Davranova Aziza Davranovna

Endokrinologiya kafedrası assistenti

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Samarqand, O'zbekiston Respublikasi

e-mail: aziza.davranova29@gmail.ru

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7037806>

ARTICLE INFO

Received: 24th August 2022

Accepted: 26th August 2022

Online: 31st August 2022

KEY WORDS

qalqonsimon bez, hayz sikli, reproduktiv tizim, gipoterioz, amenoreya.

ABSTRACT

O'smir qizlarning reproduktiv salohiyatini saqlash ya'ni fertil yoshda tug'ish funksiyasini amalga oshirish imkoniyati dunyoning barcha rivojlangan mamlakatlarida eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri xisoblanadi. O'smirlik davrida qizlar reproduktiv tizimni shakllantirishning murakkab jarayonini boshdan kechiradilar, gipotalamus tuzilmalarining yetukligi tugallanadi, gonadotrop gormonlar sekretiyaning barqaror ritmi o'rnatiladi. Balog'atga yetishning fiziologik kursi ko'p jihatdan kelajakda qizlarning homilador bo'lish, tug'ish va emizish qobiliyatini belgilaydi. O'smirlarning reproduktiv tizimining kasalliklari, ularning surunkaliligi generativ funktsiyaning to'liq rivojlanishi uchun prognozni yomonlashtiradi. Qalqonsimon bez tizimi hayz ko'rish funksiyasini tartibga solishga katta hissa qo'shadi, shuning uchun qalqonsimon bez kasalliklari tananing gormonal gomeostazasining o'zgarishiga, shu jumladan reproduktiv tizimning gormonal regulyatsiyasining buzilishiga olib keladi.

O'smir qizlarning reproduktiv salohiyatini saqlash ya'ni fertil yoshda tug'ish funksiyasini amalga oshirish imkoniyati dunyoning barcha rivojlangan mamlakatlarida eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri xisoblanadi. O'smirlik davrida qizlar reproduktiv tizimni shakllantirishning murakkab jarayonini boshdan kechiradilar, gipotalamus tuzilmalarining yetukligi tugallanadi, gonadotrop gormonlar sekretiyaning barqaror ritmi o'rnatiladi. Balog'atga yetishning fiziologik kursi ko'p jihatdan kelajakda qizlarning homilador

bo'lish, tug'ish va emizish qobiliyatini belgilaydi. O'smirlarning reproduktiv tizimining kasalliklari, ularning surunkaliligi generativ funktsiyaning to'liq rivojlanishi uchun prognozni yomonlashtiradi. Qalqonsimon bez tizimi hayz ko'rish funksiyasini tartibga solishga katta hissa qo'shadi, shuning uchun qalqonsimon bez kasalliklari tananing gormonal gomeostazasining o'zgarishiga, shu jumladan reproduktiv tizimning gormonal regulyatsiyasining buzilishiga olib keladi.



O'zbekistonning aksariyat hududlarida olib borilayotgan profilaktika tadbirlariga qaramay, o'rtacha va yengil yod tanqisligi saqlanib qolmoqda. Eng muhimlaridan biri yod tanqisligi bo'lgan hududlarda yashovchi odamning aql-zakovati muammosi bo'lib, ma'lumki bu hududlarda o'rtacha 10 kishi me'yordan 10-15% past bo'lib kelmoqda.

Shunday qilib, aholi salomatligiga jiddiy tahdid soladigan yoq tanqisligi xolatini har tomonlama o'rganish yod tanqisligi sharoitida qalqonsimon bezning holatini o'rganishga imkon beradi va dunyodagi eng keng tarqalgan yuqumli bo'lmagan patologiyani bartaraf etishga yordam beradi. Qalqonsimon bez patologiyasini rivojlanishida yodning rolini o'rganish, yoq tanqisligi xolatini diagnostika usullarini takomillashtirish yod iste'moli turlicha bo'lgan hududlarda qalqonsimon bez kasalliklarini oldini olish va davolashda tejamkor tibbiy yondashuvlarni ishlab chiqishni ta'minlaydi.

Ishning maqsadi:

Qalqonsimon bez va reproduktiv tizimlarni har tomonlama o'rganish asosida, qalqonsimon bezning turli patologiyalarida hayz davrining buzilishining xususiyatlarini aniqlash.

Materiallar va usullar:

Akademik Y.X. Turaqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali teriodologiya bo'limida qalqonsimon bez kasalliklari bilan og'riq 92 nafar bemorni to'liq

klirik, laboratoriya va instrumental tekshiruvdan o'tkazdik.

Qalqonsimon bez kasalliklari bilan og'riq bemorlar 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh - normal jismoniy rivojlanishi bilan 56 kishi [60.9%], 2-guruh - 36 [39.1%] jinsiy va jismoniy rivojlanishda kechikishi kuzatilganlar. Luteinlashtiruvchi gormon [LG], follikullarni stimullovchi gormon [FSG], estrogen konsentratsiyasini aniqlash "Beta-" analizatoridan foydalangan holda "Dials" radio immunologik to'plamlari yordamida amalga oshirildi; qalqonsimon bezni stimullovchi gormon [TSG], T4 [tiroksin] darajasi immunoferment taxlillash yo'li bilan baholandi. Akademik Y.X. Turaqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filialida bemorlarni qalqonsimon bezi va kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari ultratovush yordamida tekshiruvdan o'tkazildi.

Xulosa:

1. Qalqonsimon bezning patologiyasi o'smir qizlarning reproduktiv tizimiga ta'sir qiladi: 65,4% hayz davrining buzilishi. Hayz davrining buzilishi tarkibida tuxumdonlar disfunktsiyasi (69,8%), ikkilamchi amenoreya (12,3%), birlamchi dismenoreya (11,3%) ko'p uchraydi.

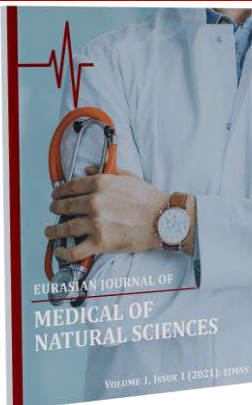
2. Qon zardobidagi qalqonsimon, gonadotrop va steroid gormonlar tarkibidagi eng aniq tebranishlar hayz davrining buzilishi bo'lgan o'smir qizlardagi diffuz notoksik buqoq va subklinik gipoterozga xosdir.

References:

1. Dedov, I.I, Sexual development of children: norm and pathology II Dedov, TV Semicheva, VA Peterkova - M.: "Color It Studio" 2002 - pp. 12-15.
2. Ushakov, A.V. "Restoration of the thyroid gland" - M. 2008 -S. 45.



3. Toshpulatova N. Togaeva G. Narbaev A. Iodine deficiency disorders and conditions are one of the main issues the world of medicine is facing. Достижения науки и образования. Monthly scientific and methodological journal. №3 (44). 2019.
4. Pozilli Paolo. Fertility and Sterility. - 2008. - November.
5. S.I. Ismailov Clinical guidelines for endocrinology. 2017.
6. Karimova N.A. Davranova A.D. Features of menstrual irregularities in adolescent girls with thyroid pathology. Trends and prospects for the development of science and education in the context of globalization. Pereyaslav-Khmel'nitsky. Ukraine. 27 version 2019. Release 46.537-540.
7. Davranova A.D. Karimova N.A. Features of early diagnosis of congenital hypothyroidism in children. Problems of biology and medicine. International scientific journal. № 1.1 (108) 2019.
8. Karimova N.A. Davranova A.D. Bakhrinov S.D. Features of the pathology of the reproductive system in girls in the iododicitis region. P. 112-114. Re-health. Andijon 2020. Issue 4.
9. Dzhuraeva Z.A. Negmatova G.Sh. The state of the cardiovascular system in patients with hypothyroidism. Use of highly innovative technologies in preventive medicine. Republican scientific-practical conference. Andijon 2020.
10. G. S. Togaeva, Clinical And Biochemical Parameters Of Patients With Type 2 Diabetes Who Were Trained At The School Of Self- Control. // JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE SPECIAL ISSUE-2. P-131-136, 2020
11. Togaeva G.S. Oripov F.S. Structural features of cells of islets of Langerhans in offspring with alloxonic diabetes // A new day in medicine. 2/1 (29/1). April June. 2020. p. 218-220.
12. Negmatova G.Sh., Togayeva G.S., Davranova A.D., Azimbegova S.N. Analysis of the thyroid status of pregnant women in the iodine-deficient region. // The American journal of medical sciences and pharmaceutical research, 4(01), 74-78.
13. Negmatova G.Sh., Togayeva G.S., Davranova A.D., Azimbegova S.N. Assessment of the effectiveness of cardioprotective drugs in treatment of children with diabetic cardiomyopathy. // The American journal of medical sciences and pharmaceutical research, 4(01), 79-83.
14. Negmatova G.Sh., Togayeva G.S., Davranova A.D., Azimbegova S.N. Uzbek medical journal. // Criteria for physical and sexual development in with thyroid diseases. 4. 32.



ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И СИМПТОМЫ

Туйчиев Рамзиддин¹

Лечебный факультет, 203 группа

Дилфуза Киямова²

научный руководитель, ассистент
кафедры «Медицинская химия».

¹⁻²Самаркандский медицинский институт медицинской
химии, Самарканд ш. Ўзбекистон

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7045381>

ARTICLE INFO

Received: 28th August 2022

Accepted: 31st August 2022

Online: 03rd September 2022

KEY WORDS

ABSTRACT

Желчный камень

Желчные камни представляют собой тип кристаллов, которые образуются в желчном пузыре. Они могут быть очень болезненными, но обычно не вызывают серьезных заболеваний. Боль локализуется под ребрами с правой стороны и обычно носит приступообразный характер. У многих людей с камнями в желчном пузыре вообще нет никаких проблем.

Симптомы камней в желчном пузыре

Вам не нужно замечать, что у вас есть камни в желчном пузыре, потому что они редко вызывают симптомы.

Если у вас проблемы с желчным пузырем, они часто возникают после еды, особенно если вы ели жирную пищу. Затем вы можете испытывать боль от нескольких минут до нескольких часов.

Желчнокаменная болезнь может состоять из нескольких симптомов:

Вы испытываете режущую или схваткообразную боль под ребрами с правой стороны. Боль также может быть более тупой и постоянной.

Может болеть высоко в желудке у диафрагмы.

Боль иррадирует в спину и правую лопатку.

Боль приходит приступами с промежутками между ними, когда она менее болезненна.

Может быть больно, когда вы надавливаете под правую грудную клетку.

Вы чувствуете вздутие и пузыри в животе.

Вы чувствуете тошноту и холодный пот. Вы также можете рвать.

Боль уменьшается при движении. Поэтому вам трудно оставаться на месте.

Камни в желчном пузыре могут вызвать воспаление



Камни в желчном пузыре могут воспалить желчный пузырь, желчные протоки или поджелудочную железу. Затем вы получаете лихорадку и внезапную боль под правым ребром, и боль становится более постоянной.

Воспаление поджелудочной железы может стать опасным для жизни состоянием. Тогда вам может понадобиться интенсивная терапия. Подробнее об остром воспалении поджелудочной железы читайте здесь .

Желчный камень также может застрять в желчном протоке и препятствовать попаданию желчи в кишечник. Это может вызвать у вас своего рода желтуху. В случае желтухи вы получаете один или несколько из следующих симптомов:

Кожа и белки глаз становятся желтоватыми.

Ваша моча будет темного цвета.

Кал становится серо-белого цвета.

Вы чувствуете боль в животе, под правой грудной клеткой.

Он чешется по всему телу.

Заблокированный желчный проток также может инфицироваться. Тогда у вас также будет высокая температура.

Когда и куда мне обращаться за помощью?

Если вы считаете, что у вас камни в желчном пузыре, обратитесь в медицинский центр . Вы можете связаться со многими приемными, войдя в систему .

Немедленно обратитесь в медицинский центр или в дежурную службу , если что -либо из следующего относится к вам:

Вы подозреваете, что у вас желтуха из-за камней в желчном пузыре.

У вас внезапно появляется сильная боль под правой грудной клеткой.

Вы получаете сильную боль в желудке и лихорадку.

Если он закрыт, обратитесь за помощью в отделение неотложной помощи.

Позвоните по номеру 1177, если вам нужна медицинская консультация . Затем вы можете получить помощь в оценке симптомов или о том, куда обратиться за медицинской помощью.

Что я могу сделать сам?

Вы часто можете облегчить симптомы самостоятельно, если в прошлом у вас были камни в желчном пузыре, и распознали симптомы.

Используйте обезболивающие и противосудорожные препараты, которые вам прописали, или безрецептурные лекарства, которые ваш врач порекомендовал купить в аптеке.

Как я могу предотвратить?

Проблемы с желчными камнями обычно возвращаются снова и снова.

Вы можете снизить риск возвращения симптомов, отказавшись от продуктов, которые, как вы подозреваете, могут вызвать у вас боль. Чего следует избегать от человека к человеку, но общий совет заключается в том, чтобы есть немного или не есть ничего из следующего:

Жирные, копченые, жареные или богатые холестерином продукты, такие как яйца.

Яблоки и огурец.

Некоторые лекарства, в том числе обезболивающие, содержащие кодеин.

Расследования и расследования

Боль в животе может быть вызвана и другими причинами, кроме камней в



желчном пузыре. Поэтому важно правильно обследоваться, особенно если симптомы не типичны для камней в желчном пузыре.

Когда вы обратитесь к врачу, вам расскажут о ваших проблемах, о том, как долго они у вас есть и как вы себя чувствуете. Во многих случаях врач может догадаться, что не так, основываясь на вашем описании, поскольку приступы желчнокаменной болезни часто легко распознать.

Затем врач осматривает желудок, ощупывая и слушая его. Врач может захотеть осмотреть вас еще раз, после чего он вышлет направление на необходимые обследования.

Образец крови

Вам могут дать образец крови, который будет отправлен на анализ. Это чтобы увидеть, как работает печень.

Ультразвуковое исследование

Вас могут обследовать с помощью ультразвука, чтобы увидеть, есть ли у вас желчные камни в желчном пузыре. С помощью УЗИ врач также может увидеть, как выглядят печень и желчный пузырь.

ЭРХПГ

Вас могут обследовать методом ЭРХПГ, если врач подозревает, что у вас есть камни в желчных протоках. ЭРХПГ — это рентгенологическое исследование, при котором врач осматривает вас с помощью эндоскопа. Это гибкий инструмент в форме трубки с объективом камеры спереди.

Гастроскопия и колоноскопия

Во время гастроскопии врач осматривает пищевод, желудок и начало двенадцатиперстной

кишки. Во время колоноскопии врач осматривает толстую кишку.

Вы можете пройти обследование с помощью гастроскопии или колоноскопии, если врач не уверен в причине ваших проблем.

Компьютерная томография и обследование магнитной камерой

Иногда может потребоваться обследование с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии.

Магнитная камера может показать, есть ли у вас стриктуры или камни в желчных протоках. Тогда исследование называется MRCP, что является аббревиатурой английского названия магнитно-резонансная холангио-панкреатография.

ПТК

РТС — это форма рентгена, при которой врач делает рентген только желчного протока.

Врач вводит иглу в печень и в желчный проток. Игла позволяет врачу поместить в желчный проток тонкую пластиковую трубку, через которую можно ввести контрастную жидкость. Контрастная жидкость необходима для рентгенологического исследования. Через пластиковую трубку врач также может удалить камни в желчном протоке.

Во время осмотра вы будете находиться под действием седативных средств. Поскольку это серьезная процедура, вы останетесь в больнице на ночь, а иногда и дольше.

ЧТХ является аббревиатурой английского названия перкутанной чреспеченочной холангиографии.

Рентген желчного пузыря



Рентген желчного пузыря в настоящее время используется очень редко. Обследование занимает больше времени, чем ультразвуковое исследование, но одним из его преимуществ является то, что оно показывает, как работает желчный пузырь.

Перед исследованием можно принять таблетки с контрастным веществом. Контрастное вещество заполняет желчный пузырь, если он работает правильно и врач может видеть его на мониторе.

Лечение камней в желчном пузыре

Камни в желчном пузыре не нужно лечить, если они не являются проблемой и обнаруживаются случайно, когда вас обследуют по поводу чего-то другого.

Лекарства от боли

Вы получаете обезболивающие противовоспалительные препараты, которые уменьшают или устраняют боль, так называемые НПВП или ингибиторы ЦОГ. Примерами таких являются лекарства, содержащие ибупрофен, диклофенак или напроксен. Вы можете получить более сильные лекарства от боли, если они не помогают.

Вы можете принимать лекарства в виде суппозиторий или с помощью шприцев, если вы плохо себя чувствуете и не можете проглотить таблетки.

Вы также получите совет о том, как есть и пить, чтобы предотвратить возвращение проблем. Вас вызовут на дополнительное обследование, если врач захочет провести дополнительное обследование.

Операция

Иногда может потребоваться хирургическое вмешательство:

Если у вас часто возникают проблемы, особенно приступы желчнокаменной болезни.

Если стенка желчного пузыря обызвествилась.

Если у вас была желтуха из-за проблем с желчным пузырем.

Если желчный пузырь, желчные протоки или поджелудочная железа воспаляются из-за камней в желчном пузыре.

Во время операции на желчном пузыре врач удаляет весь желчный пузырь вместе с желчными камнями. Чаще всего вас оперируют, используя так называемую глазковую методику.

Лечение ЭРХПГ

Если у вас есть камни в желчном протоке, врач может удалить их с помощью метода ЭРХПГ. Это может быть сделано как отдельная процедура перед операцией на желчевыводящих путях, а также в связи с операцией на желчевыводящих путях.

Другие методы лечения

Существуют и другие методы лечения, но они применяются очень редко, поскольку малоэффективны:

Лекарства, способные растворять камни.

Ударные волны от специального ультразвукового устройства, способные разбивать камни.

Вам может понадобиться стационарное лечение

Вам нужно будет лечиться в больнице и принимать антибиотики, если у вас инфекция желчных протоков из-за камней в желчном пузыре.

Проблемы с желчным пузырем могут вернуться

Существует определенный риск того, что симптомы сохранятся, даже если вы лечились лекарствами или перенесли операцию. Это потому, что желчные протоки все еще там. У вас могут быть судороги в них, которые болят, даже если вы перенесли операцию.

Что такое желчные камни?

Желчный пузырь выглядит как небольшая груша, расположенная на задней части печени. Пузырный проток из желчного пузыря открывается через общий желчный проток в двенадцатиперстную кишку, и здесь происходит опорожнение желчи.

Желчь необходима во время пищеварения, чтобы расщеплять жир, который вы поглощаете с пищей. Затем жир расщепляется и может всасываться из кишечника.

Желчь образуется в печени. Ежедневно образуется от полулитра до литра желчи. Новообразованная желчь покидает печень и сохраняется в желчном пузыре, если он функционирует нормально.

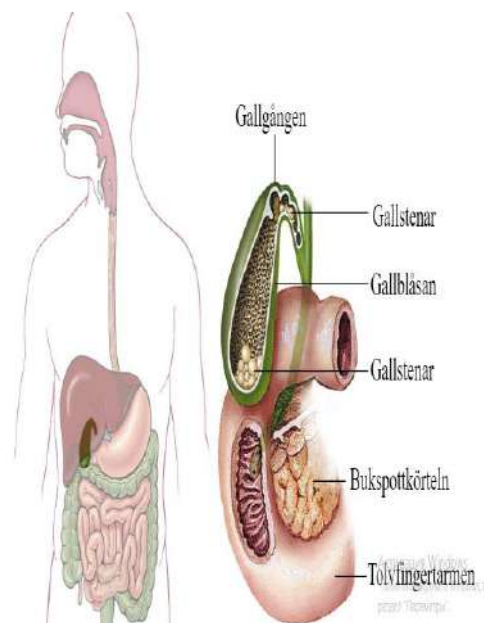
От желчного пузыря пузырный проток соединяется с печеночным протоком от печени, образуя общий желчный проток. Он открывается в часть тонкой кишки, называемую двенадцатиперстной кишкой, и здесь опорожняется желчь.

Желчь выходит в двенадцатиперстную кишку только при расщеплении жирной пищи. Сфинктер на входе в тонкую кишку предотвращает выход желчи в другое время. Сфинктер также называют сфинктером.

Больной или удаленный хирургическим путем желчный пузырь вызывает постоянное попадание желчи в кишечник.

Подробнее об органах пищеварения читайте в тексте Как работают органы пищеварения.

В этом случае вы можете принимать те же обезболивающие и спазмолитики, которые принимали до операции. Вы также должны думать о том, что вы едите, и стараться избегать того, что доставляло вам проблемы в прошлом. Обратитесь к врачу, если вы все еще не избавились от проблем. Это выяснить, могут ли быть другие причины, по которым вы испытываете боль.



Камни образуются в желчном пузыре

Желчь концентрируется, когда она хранится в желчном пузыре. Поэтому содержание желчных солей и других веществ может стать настолько высоким, что они образуют кристаллы. Кристаллы накапливаются, становясь все больше и больше, и таким образом образуются камни в желчном пузыре.

Размер камней в желчном пузыре может быть от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Цвет может быть желто-белым или коричнево-черным, в зависимости от того, что содержат камни. Вы можете иметь сразу несколько камней или один большой камень.



Маленькие камни не должны вызывать проблем

У вас могут быть небольшие камни в желчном пузыре, но вы ничего не чувствуете. Они могут сопровождать желчь в кишечнике и покидать организм при дефекации.

Камни большего размера могут вызывать различные проблемы, наиболее распространенной из которых является боль. После употребления жирной пищи желчный пузырь и желчные протоки сокращаются, чтобы вытолкнуть желчь. Давление в желчном пузыре и в желчных протоках повышается, если камень мешает выходу желчи. Повышенное давление вызывает болезненные ощущения, так называемый желчнокаменный приступ. Камни и повышенное давление также могут раздражать стенки желчного пузыря, вызывая воспаление желчного пузыря.

Может привести к желтухе

Камни также могут застревать в желчных протоках и препятствовать прохождению желчи по желчным протокам. Обычно это происходит в устье кишечника, где оно самое узкое.

Камень, блокирующий печеночный проток или общий желчный проток, может вызвать желтуху. Желтуха проходит по мере исчезновения обструкции, часто после удаления желчного камня.

Заблокированный желчный проток может инфицироваться, и тогда у вас может возникнуть высокая температура. Затем требуется стационарное лечение и антибиотики. Часто требуется хирургическое вмешательство или

ЭРХПГ для удаления желчного камня из желчного протока.

Что вызывает камни в желчном пузыре?

Причина, по которой камни в желчном пузыре образуются у одних людей, но не образуются у других, до сих пор не ясна. Следующие факторы увеличивают риск образования камней в желчном пузыре: Избыточный вес.

Повышение уровня жиров в крови .

Чтобы быстро похудеть.

Определенные заболевания, такие как заболевания печени или воспалительные заболевания кишечника, такие как болезнь Крона .

Предрасположенность к заболеванию.

Употребление очень жирной пищи.

Очень часто во время беременности

У беременных чаще образуются камни в желчном пузыре. Это связано, в том числе, и с тем, что во время беременности повышается содержание холестерина в желчи, и, таким образом, легче образуются камни.

Спросите своего врача, какие лекарства вы можете использовать, если вы беременны и обычно имеете проблемы с желчным пузырем. Возможно, вы не сможете принимать лекарства, которые обычно принимаете.

Важно понять

Чтобы вы могли принимать активное участие в уходе и принятии решений, важно, чтобы вы понимали информацию, которую получаете от обслуживающего персонала. Задавайте вопросы, если вы не понимаете. Вы также можете попросить распечатать информацию, чтобы прочитать ее на досуге.

У вас есть возможность воспользоваться помощью переводчика, если вы не говорите по-



шведски . У вас также есть возможность
получить помощь_переводчика, если у

вас есть потеря слуха

References:

1. Гастроэнтерология: клинические рекомендации. / Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
2. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. / А.С. Белоусов, В.Д. Водолагин, В.П. Жаков. - М.: Медицина, 2002.
3. www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html
4. www.medsir.ru/
5. www.rosmedlib.ru
6. www.dissercat.com ›



MUNDARIJA | TABLE OF CONTENTS | СОДЕРЖАНИЕ

1.	БАЧАДОН БЎЙНИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛИ Г.А. Ихтиярова, Н.О. Наврузова, Муминова Н.Х.	4
2.	RESULTS OF THE ANALYSIS OF CLINICAL, MORPHOLOGICAL FACTORS FOR THE PROGNOSIS OF RENAL CELL CARCINOMA L.T. Gaziev, N.E. Atakhanova, N.I.Tursunova	18
3.	СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН. Усмоналиева Бахора Вафокуловна	26
4.	THE ROLE OF INTERCULTURAL COMMUNICATION IN OVERCOMING INTERCULTURAL CONFLICTS Qodirova Dilnoza Xoliq qizi	35
5.	ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ Исмаилов С.И., Маматханова Г.М.	38
6.	BIOLOGIYA SOHASIDAGI DOLZARB MUAMMOLAR Sobitxonov Javohir Zunnurxon o'g'li, Imomov Otabek	46
7.	DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF GENE POLYMORPHISM IN THE COURSE OF VIRAL HEPATITIS B AND C (literature review and own data) Yuldasheva D.H., Xayrullayeva D.X.	50
8.	ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРЕЛИЗОВАННОГО АРАДОНТИТА Жамбиллов Равшанбек Сотволдиевич	54
9.	ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ Исмоилов Илхомжон Хурбоевич	58
10.	ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Атохонов Алишер Вохобович	62
11.	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ Эсонов Бахтиёр Ювошбоевич	66
12.	СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА Жамбиллов Равшанбек Сотволдиевич	70
13.	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ИММЕДИАНТ- ПРОТЕЗЫ Атохонов Алишер Вохобович	74
14.	ОСОБЕННОСТИ ЧАСТИЧНОЙ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Атохонов Алишер Вохобович	77
15.	ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ Исмоилов Илхомжон Хурбоевич	80



16.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ Исмоилов Илхомжон Хурбоевич	83
17.	ФОРМЫ И СПОСОБЫ МЕДИЦИНСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ Бобоев М.М., Маматов Б.Ю.	87
18.	Modern methods of treating certain diseases Abdunabieva Khakimakhon	94
19.	ЮШОҚ БУҒДОЙНИНГ ЯНГИ НАВЛАРИ ВА НАМУНАЛАРИНИ ҲОСИЛДОРЛИК БЎЙИЧА БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ Маматкулов Икром Шавкатович, Амиров Отабек Хайдар ўғли	98
20.	CAREX PACHYSTYLIS Safarova Zakiya Teshayevna, Asadova Nilufar Yorkinovna	102
21.	КАМНИ В ПОЧКАХ Туйчиев Рамзиддин, Феруза Бердимуродова	107
22.	QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYASI BO'LGAN O'SMIR QIZLARDA HAYZ DAVRINING BUZILISHINI O'ZIGA XOSLIGI Davranova Aziza Davranovna	113
23.	ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И СИМПТОМЫ Туйчиев Рамзиддин, Дилфуза Киямова	116