



**OZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT
STOMATOLOGIYA INSTITUTI**



**“YOSH OLIMLAR KUNI”
Respublika ilmiy-amaliy anjumani
TEZISLAR TO'PLAMI**

**COLLECTION OF ABSTRACTS
“YOUNG SCIENTISTS DAY”
Republic scientific and practical conference**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
Республиканской научно-практической конференции
“ДЕНЬ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ”**

Toshkent 25 aprel 2024 y.

УДК: 61
ББК: 20
С 56

Mas'ul muharrir: prof. Shomurodov Q.E., dots.Nigmatova I.M.

Tahririyat jamoasi: t.f.d, prof. Baymakov S.R., t.f.n., dots. Yarmuxamedov B.X., Yunusov R.A., t.f.d, dots. Abdullayev D.Sh., t.f.d, prof. Yakubov R.K., t.f.d, prof. Nigmatov R.N., t.f.n., dots. Azizov B.S, t.f.d, dots. Shukurova U.A., t.f.n., dots. Qurbonova S.Yu., t.f.n., dots. Akramova L.Yu.

Umumiy tahririyat ostida t.f.d, prof. Haydarov N.K.

Texnik muharrir: Taxirova K.A., Kadirbayeva A.A.

Ushbu to'plam 2024-yil 25-aprel kuni Toshkent shahrida bo'lib o'tgan “YOSH OLIMLAR KUNI” Respublika ilmiy-amaliy anjumani yakunlari bo'yicha tuzilgan. Nashrlar anjuman rejasiga muvofiq taqdim etilgan. Anjumanda ma'ruza qilingan materiallar, stomatologiya va yuz-jag' jarrohligi, sog'liqni saqlashni tashkil etish, fundamental va klinik fanlar muammolariga oid tezislar chop etildi. Ushbu to'plam talabalar, maistrLAR, tayanch doktorantlar, doktorantlarva klinik ordinatorlar, shuningdek, amaliyotchi shifokorlar uchun tavsiya etiladi.

Maqolalar muallif nashrida taqdim etilgan. Nashr etilgan materiallar mualliflari kotirovkalar, nomlar, nomlar va boshqa ma'lumotlarning haqiqiyiligi va to'g'riligi, shuningdek, intellektual mulk to'g'risidagi qonun hujjatlariga rioya etilishi uchun javobgardir. Qurultoy to'plami materiallarini qayta nashr qilishda tezislar to'plamiga havola kerak bo'ladi.

Настоящий сборник составлен по итогам Республиканской научно-практической конференции “ДЕНЬ МОЛОДЫХ УЧЕННЫХ” состоявшееся 25 апреля 2024 года в городе Ташкенте. Публикации представлены в соответствии с планом проведения конференции. Опубликованы материалы, доложенные на конференции, а также тезисы по проблемам стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, организации здравоохранения, фундаментальным и клиническим наукам.

Данный сборник рекомендуются для студентов, студентов магистратуры и клинических ординаторов, а также для практикующих врачей. Статьи представлены в авторской редакции. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законооб интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов. При перепечатке материалов сборника конгресса ссылка на сборник тезисов обязательна.



***Hurmatli anjuman
ishtirokchilari, yosh olimlar va
mehmonlar!***

Toshkent davlat stomatologiya institutida an'anaviy tarzda o'tkazilib kelinayotgan “YOSH OLIMLAR KUNI”ga bag'ishlangan ilmiy- amaliy anjumanga xush kelibsiz!

Institutimiz rahbariyati va ahil jamoasi mamlakatimizda sodir bo'layotgan keng ko'lamli islohatlar va o'zgarishlardan ilxomlangan holda

o'zining faoliyatini jadal olib bormoqda.

Yurtboshimiz tomonidan oliy ta'lim muassasalarining faoliyatiga mamlakatning iqtisodiy-ijtimoiy rivojlanishining asosi sifatida qaralib, institut jamoasi zimmasiga ulkan mas'uliyatlarni yuklaydi. Va albatta ushbu vazifalarni bajarishda yosh olimlarimiz, ilmiy izlanuvchilarning qo'shayotgan hissalarini kattadir.

Bugungi kunda Institutimizda professor o'qituvchilari tarkibi yosh, ilmga chanqoq, faol yoshlar xisobiga kengayishi bilan bir qatorda, talabalarimiz soni ham yildan yilga ortib bormoqda. Sog'liqni saqlash tizimiga malakali kadrlarni yetkazib berish mas'uliyati xodimlarimizni o'z ustida ishlash va malakasini doimiy oshirib borishga intilishida namoyon bo'lmoqda.

Bugungi anjumanni o'tkazishdagi asosiy maqsadimiz yosh avlod orasida ilmiy-izlanuvchilik potentsialini rivojlantirish, iqtidorli talabalarni o'z sohalarida yetuk mutaxassis sifatida shakllanishlarida qo'llab – quvvatlashdan iboratdir.

Ishonamanki, bugungi anjuman ilm-fan, ta'lim va ishlab chiqarish sohalarini o'rtasida integratsiyani kuchaytiradi hamda mamlakatimizda zamonaviy tibbiyotni rivojlanishidagi ilmiy-amaliy vazifalarni hal qilishda yosh olimlar va tadqiqotchilarning ilmiy salohiyatini jalb qilinishiga turtki bo'ladi.

Hurmatli yosh olimlarimiz, mazkur konferentsiya ishida sizlarga muvaffaqiyat tilagan holda, yurtimizdagi ijobiy o'zgarishlarning bir bo'lagi sifatida ishtirok etishingizga ishonaman va omad tilayman.

**Toshkent davlat stomatologiya
institutini rektori**

N.K.Xaydarov

ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ

TIL YUGANCHALARI QISQALIGI. FRENULOTOMIYA VA FRENULOEKTOMIYA

307-B guruh talabasi Temirova Dilnura Jamoliddin qizi

Assistent: Aslanova Gulnora Baxshillayevna

Kafedra: Jarrohlik stomatologiyasi va dental implantologiya

Til yuganchalarining rivojlanish nuqsonlari – ularning uzunligining kamayishi, notipik birikmasligi va qalinligining oʻzgarishi bilan xarakterlanadi. U shilliq qavat burmasidek (ingichka yugancha), mushak tolalari va biriktiruvchi toʻqimali birikmaning zich tasmaidek boʻlishi mumkin.

Normada til yuganchasi 1-1.5 sm tilning uchidan pastroqda birikadi. Birikishning ikkinchi nuqtasi - ogʻiz boʻshligʻi tubi, oʻrta chiziq boʻyicha til osti soʻrgʻich sohasi hisoblanadi. Koʻpincha til yuganchasini anomaliyasi uni notipik joyda joylashganligi, yetarlicha rivojlanmaganligi va uzunligining qisqarishi bilan kechadi. Bularning barchasi til harakatlarini chegaralaydi va uning noodatiy joylashishini chaqiradi. Til yuganchasi kalta boʻlsa 2 xil birikishi mumkin: 1) til osti soʻrgʻichidan oldinda ogʻiz boʻshligʻi tubi toʻqimasiga va til uchiga qarab; 2) alveolyar oʻsiq va til uchiga qarab.

Til yuganchasining rivojlanish nuqsonlaridab Bola hayotining birinchi kunida – soʻrish akti buziladi. Bir emizish vaqti 50-60 - daqiqa davom etadi, bola charchaydi, yigʻlaydi, koʻkrakda uxlab qoladi, koʻp havo yutadi. Koʻpincha til yuganchasi kaltaligi boʻlgan chaqaloqlar qoʻshimcha ovqatlanishga oʻtadi, ular koʻkrak sutini inkor qiladi. 6-9 oyligida – pastki jagʻ frontal soha bilinarli darajada oʻsishtan qoladi. 5-6 yoshli bolada – talaffuzni buzilishi boʻladi (bolalar koʻpincha “r” “i” “l” harflarini ayta olmaydi). 7-9 yoshli bolada – pastki jagʻ frontal tishlarining notoʻgʻri joylashishi, prikusni buzilishi kuzatiladi. Baʼzan yugancha yorilishi mumkin (tilning faol harakatlarida), bunda shikoyatlar yugancha yorilgan joyda ogʻriq va qisqa muddatli qon ketishi boʻladi.

Chaqaloqlarda til yuganchasi shilliq qavatdek, shuning uchun u ingichka va kalta boʻladi. Katta yoshdagi bolalarda ogʻiz boʻshligʻini koʻrganda – til odatdagi oʻlchamda, lekin uning harakatlari cheklangan boʻladi. Til uchini tanglayga va yuqori labga tekkiza olmaydi, bu harakatni bajarmoqchi boʻlganda til uchining ikkiga ajralishini koʻrish mumkin.

Til yuganchasi kaltaligi chaqaloqlarda soʻrish funksiyasini buzilishini chaqiradi, shuning uchun hayotlarining birinchi oyida ingichka yugancha boʻlganda shilliq qavat burmasidan koʻndalang kesma – frenulotomiya oʻtkaziladi. baʼzan bu muolaja applikatsion ogʻriqsizlantirishni qoʻllash bilan oʻtkaziladi.

Erta chaqaloqlik yoshida umumiy ogʻriqsizlantirish ostida A.A.Limberg boʻyicha yugancha plastinkasi (Z-plastinka) yoki Diffenbah (V-plastinka) usuli oʻtkaziladi.

Frenulotomiyada oʻtkazish bolani yoshiga, somatik sogʻligʻiga va

psixoemotsional holat darajasiga bog'liq. Umumiy og'riqsizlantirish surunkali somatik kasalliklari bor, mahalliy anestetiklarni ko'tara olmaganda va labil psixikali 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda qo'llaniladi. Qolgan hollarda asosan infiltratsion og'riqsizlantirish o'tkaziladi.

Operatsiyadan keying davrda, birinchi 3-5-kunlari ayovchi parhez va dorivor o'simliklar tindirmasi tavsiya etiladi (masalan, romashka, shalfey, evkalipt).

Foydalanilgan adabiyotlar:

O'g'iz bo'shlig'i kasalliklari N.Toshpo'latov S.Suyunova(Toshkent 2007).

Xirurgik bemorlar parvarishi B.Tursunov (Toshkent 1993).

Anesteziologiya va Reanimatologiya O.SH.Eshonov (2010).

TISH JAG' SOHALARI KASALLIKLARI UCHRASH CHASTOTASI

Lutfullayev Doston Rusmamovich - 511-G stomatologiya Samarqand davlat tibbiyot universiteti.lutfullayevdoston3@gmail.com

Bobomurodova Dilbar Bobomurodovna -302-G pediatriya Samarqand davlat tibbiyot universiteti.bobomurodovadilbar045@gmail.com

Insonning tish tizimi - bu o'zaro bog'langan to'qimalar va organlar to'plamidir. Chaynash funksiyasini bajarish, nutq va nafas olish aktini shakllantirishda ishtirok etish, shuningdek, estetikani aniqlash odamning yuzi. Yuz jag' mintaqasining barcha organlari bir-biri bilan chambarchas bog'langan. So'nggi yillarda eng keng tarqalgan kasalliklar inson tish tizimining kasalliklaridir, ularning chastotasi yosh bilan ortadi.

Ishning maqsadi: Tish kasalliklarining paydo bo'lish chastotasini o'rganish yuz jag' mintaqasida.

Materiallar va tadqiqot usullari: tadqiqot materiali biopsiya olingan 2021-2022 yillarda SamDMU 1-klinikasi patologik anatomik bo'limiga yotqizilgan bemorlarning materiallari. Qayta ishlashdan so'ng barcha materiallar gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan.

Tadqiqot natijalari: Tadqiqotda 84 nafar bemor tekshirildi. Tish kasalliklarining tarqalishi 80,9% ni tashkil etdi(68), erkaklar orasida 80%(28), ayollarda 81,6%(40). Tish-jag' kasalliklari tarkibida tish kasalliklari ustunlik qiladi. tish kariesi 75% (51). Bundan tashqari, yuqori jag'ning osteomasi kabi kasalliklar 5,88% (4) da aniqlanadi. Bemorlar yuqori jag'ning surunkali osteomiyelitlari - 7,35% (5), epulis - 4,41% (3), o'ng pastki jag'ning o'smasi - 2,94% (2), chap parotid mintaqasi adenomasi - 1,47% (1), radikulyar kista - 2,94% (2). Tish kasalliklarining tuzilishi, jins bo'yicha, ayollarda ustunlik qildi. O'ng pastki jag'ning yaxshi sifatli o'smalari ayollarning 4,08 foizida aniqlangan va erkaklarda topilmagan. O'simtaga o'xshash shakllanishlar (epulislar) erkaklarda (5,71%) ayollarga (2,04%) qaraganda tez-tez uchraydi. Yuqori jag'ning surunkali osteomiyelitlari erkaklarga (5,71%) qaraganda ayollarda (6,12%) ko'proq kuzatilgan. Yuqori jag'ning osteomasi erkaklarda (5,71%) ayollarga qaraganda (4,08%) ko'proq tarqalgan. Chap tomon adenomasi quloq mintaqasi ayollarda (2,04%) tashxis qo'yilgan va erkaklarda kuzatilmagan. Vujudga kelish chastotasi radikulyar kista erkaklarda ham, ayollarda ham bir xil (2,04%). Tish karies - erkaklarning 82,85 foizida, 44,89 foizida ayollar.

Xulosa: Olingan ma'lumotlar stomatologiyaning yuqori tarqalish tezligini ko'rsatadi tish-jag' tizimi kasalliklari (80,9%) va ularni o'z vaqtida tashxislash va davolashga bo'lgan ehtiyojdir. O'z vaqtida bajarish aholi o'rtasida tish kasalliklarining samarali oldini olish noqulay ta'sirini kamaytiradi, muhim omillar va asosiy stomatologik kasalliklarning asoratlari rivojlanishi va paydo bo'lishining oldini oladi, umuman sog'lom tananing shakllanishiga hissa qo'shadi.

IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT NON-ONTOGENIC ABSCESES AND PHLEGMON OF THE FACE IN CHILDREN'S

*Asimova A.M. Pulatov A.I. Omonov A.I. Kulmatov T.M.
Tashkent State Dental Institute, Tashkent.*

Relevance: The problem of surgical treatment of purulent infection of the maxillofacial region does not lose its relevance due to the aggravation of the course of the disease, the tendency to generalization of the process and a steady increase in morbidity rates, the number of complications, relapses and adverse outcomes.

To date, there is a downward trend the effectiveness of currently used treatment algorithms, which is associated with the antibiotic resistance of microorganisms and the development of their resistance to other antimicrobial drugs, deterioration of the immunological status of patients, and allergization of the population

(Asimov M.I., 2021). Therefore, it is currently an important task the aim is to develop optimal treatment algorithms, in which the most effective types of surgical interventions and therapeutic measures are selected, taking into account the pathophysiological features of the course of HCV CHLO and the phases of the course of the wound process, and there are also ways to quickly and adequately select antimicrobials and methods for indicating microorganisms of odontogenic

CHLO infection. (Mitish V.A., Makhkamova F.T., Paskhalova Yu.S., Gruzman V.A., 2015).

The purpose of the study: Optimization of complex treatment of non-ontogenic abscesses and phlegmon of the face in preschool children.

Research materials: A retrospective analysis of the medical histories of 159 patients and a prospective analysis of 72 served patients who were treated in the department of "Pediatric Maxillofacial Surgery" of the TSGI clinic. In-depth research conducted in 72 patients – boys and girls with non–ontogenic abscesses and phlegmon, who were treated in the department of pediatric maxillofacial surgery of the clinic

Tashkent State Dental Institute.

The patients were divided into 4 study groups:

I. A group of patients receiving traditional treatment.

II. A group of patients who received the drug Microdacin as a special treatment

III. A group of patients who received the drug IRS 19 as a special treatment

IV. A group of patients who received the drug as a special treatment

A combination of Microdacin and IRS 19 drugs was used for treatment

Research methods: clinical, cytological, microbiological methods were used in the performance of the work, statistical research.

The results of the study: The analysis of premorbid factors indicates how it directly affects the clinical course of non-ontogenic abscesses and phlegmon in children of the maxillofacial region. With the traditional method of treating non-ontogenic abscesses and phlegmon of the maxillofacial region in children, the antiseptic treatment performed is reliably it affects 3 types of microorganisms. The inclusion of the antiseptic solution "Microdacin" and bacterial lysates "IRS-19" will prevent

the spread of the purulent process into the surrounding spaces, reduce signs of acute inflammation (wound pain, swelling, early normalization of body temperature), shorten the time of clinical recovery of patients with non-ontogenic purulent inflammatory diseases of the maxillofacial region.

Conclusions: 1. It has been established that in children with non-ontogenic purulent-inflammatory diseases in the traditional treatment on day 5, the clinical picture with a score score was 32 points, the morphological picture is characterized

by a weak immune response in the area of inflammation, and microbiological has had a reliable antibacterial effect on such types of microbes as Streptococcus. salivarius Saphylococcus .epidermidis Pseudomonas the rest of the flora turned out to be weakly sensitive.

2. When using Microdacyn antiseptic solution in the complex treatment of non-ontogenic abscesses and phlegmon in children on day 5, the clinical picture with a score assessment was 29 points, the morphological picture was characterized by moderate inflammatory infiltration and microbiologically manifested in a significant decrease in the seeding rate of facultative flora to 21% when compared with traditional treatment.

3. The inclusion of bacterial lysate "IRS-19" in the complex treatment of non-ontogenic abscesses and phlegmon on day 5, the clinical picture with a score score was 30 points, the morphological picture in the focus of inflammation is characterized by 17 by the formation of granulation tissue, and also affected how

the qualitative and quantitative composition of the microflora, which manifested itself in a significant decrease in the seeding rate of facultative flora up to 20% when compared with traditional treatment.

4. Inclusion of an antiseptic solution in the treatment algorithm Microdacyn and bacterial lysate IRS-19 in children with non-ontogenic abscesses and phlegmons of the maxillofacial region, on day 5, clinical signs of inflammation completely disappear, leads to the formation of an immune response in the area of inflammation, and also has a reliable antibacterial effect on all types of microorganisms.

Literature.

1. Azimov M.I., Rizaev J.A., Azimov A.M. A new approach to classifications of inflammatory diseases of periapical tissues of teeth. // Journal Stomatologiya – Tashkent 2019 (76) No. 3. – pp.56-61.

2. Azimov M.I., Azimov A.M. Verification of odontogenic osteomyelitis of the

jaws based on the classification developed in the TSSI. // "Stomatologiya" Scientific and practical journal. –2020. – № 4 (81). – Pp. 22-27

3. Azimov A.M., Tursunaliyev Z.Z., Shodmonov A.A. Modern methods of complex treatment of inflammatory diseases of periapical tissues. // "Stomatologiya" Scientific and practical The magazine. – 2021. – № 1 (81) – Pp. 56-59

4. Azimov M.I., Azimov A.M., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S., Errors in the diagnosis and treatment of acute inflammatory diseases of periapical tissues and their consequences. // Magazine Stomatologiya–Tashkent 2021 (83) No. 2. –pp. 94-98

5. Azimov M.I., Rizaev J.A., Azimov A.M. On the issue classifications of odontogenic inflammatory diseases. // Program of Ukrainian scientific and practical conferences 3 the national party "Urgent problems of dentistry, slit-facial surgery, plastic and reconstructive surgery of the head shi" Poltava 14-15. 2019.

6. Azimov M.I., Rizaev J.A., Azimov A.M. On the issue classifications of odontogenic inflammatory diseases. //TEXTBOOK of problems of bioloi I medicine. Bulletin of problems in biology and medicine. Vipusk 4, volume 1 (153) p. 278

THE USE OF ENDOSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF CHRONIC MAXILLA SINUSITIS

Juraboyev S.M. student 306 g. faculty of dentistry

Supervisor: Iriskulova E.U., PhD

EMU University, Uzbekistan

Actuality. Each year the number of patients with chronic odontogen maxilla sinusitis is increasing. Clinical and patient according to the complaint, and odontogen rinogen maxilla sinusitis one is similar, but their causes and methods of treatment are different from each other. The reason endodontic Odontogen gaymoritis teeth during treatment maxilla sinusitis is the introduction of a filler substance into the cavity. Another reason is the bottom of the cavity, the dentist pneumatic maxilla sinus perforation. Currently endoscopic gaymorotomiya can be used in the treatment of these cases. Depending on the access method to the following: there are access through the front wall of the upper jaw, endonasal access (middle part of the nose by the way), oroantral access.

Purpose of the research. Odontogen maxilla sinusitis determine its facilities endoscopic treatment.

Material and methods. There was the year 2022-2023 during the treatment of these patients and the clinic: chronic maxilla sinusitis odontogen - 15 patients (37,5%), chronic rinogen maxilla sinusitis - 25 patients (62,5%). During the operation, "One endoscope camera system m. I" (Chinese) led to the use of an endoscope. In all patients the area of the face of computer tomography (CT) check was held.

Results. Using endoscopic endonasal gaymorotomiya in the treatment of all patients was carried out. The bottom wall of the cavity in patients maxilla sinus solids, in particular in the mind of one of the examples on its status in the field of clinical, come stir.

Patient S., 47-year-old woman. Company: chronic left-sided odontogen maxilla

sinusitis, foreign body. Check the bottom wall of the cavity in 25 patients in the CT taken in the dental field maxilla sinus 0.5 cm sized solids mind, and 2.5 sm of space will determine the maxilla sinus tumor. After clinical and laboratory examination under general anesthesia, endoscopic gaymorotomiya, vasotomiya the operation was conducted to get a body and mind. Gaymorotomiya endonasal middle held by way of the nose, as well as the foreign body (filler material) to remove the front wall of the cavity in the upper jaw through the window to enter the field of social 1 was done. maxilla sinus of the cavity of the nose was filled with the ointment and gauze with a natural hole through the middle of three was put in the way of expansion carried out. Patients were observed for postoperative pain and tumors in 2 days. Lights in the field is to identify the primary of the ulcer in the mouth. After 5 days the ointment on gauze maxilla sinus cavity is removed. A month later the patient re-examination when the general and local condition satisfying.

Conclusions: endoscopic surgery in the treatment of odontogen maxilla sinusitis of the way of the convenience, efficiency, operation and require a lot of time in the area in the bottom of the nose the way will determine the reason for the less harmful artificial open holes.

FRENULECTOMY OF SHORT FRENULUMS OF THE UPPER LIP IN THE TREATMENT OF DIASTEMAS IN CHILDREN

*Kurbonov Sh.Sh., Zokirova Sh.Y., Shoabdullayeva Sh.F.
Tashkent State Dental Institute*

Relevance. Every year, malformations of the frenulum of the upper and lower lips are gaining relevance and increasing as a result of environmental disturbances, a large number of chemical additives in everyday foods, and the functional state of the periodontium largely depends on the anatomical features of the structure of the dental system and the soft tissue formations of the vestibule of the oral cavity. Predisposing factors, which include a small vestibule, the level of attachment of the labial frenulum, and dentoalveolar anomalies, confirm the fact that they influence the development of periodontal pathology. [Elizarova V.M., 1982; Ivanov B.S., 1981; Kuzmina E.M., 1995; Kolesov A.A., Zhilina V.V., 1991; Persia L.S., 1995, etc.] In most cases, the main prerequisites for expanding the gum zone and plastic surgery of the oral vestibule are registered facts of the initial manifestation of pathological changes in the periodontium, speech and in the development of the dentofacial system. There is an opinion that “low attachment of the frenulum of the upper lip, short frenulum of the tongue, and lower lip are inherited.” Consequently, they are formed in the prenatal period, and their abnormal conditions are diagnosed in the postnatal period, from the first days of the child’s life.

Purpose of the study. Clinical studies and a large number of systematizations of the frenulum of the upper and lower lips show the high significance of the problem in pediatric surgical dentistry. Thus, the development of an algorithm as well as the improvement of existing methods based on modern trends in surgical treatment is a pressing topic today. Therefore, the elimination or prevention of the listed functional

disorders is an important indication for medical rehabilitation of patients with anomalies and deformations of the dental system.

Materials and methods. Abnormal frenulums of the upper lip are systematized by a number of authors such as A. N. Nenashev, S. S. Kulikov, who considered the morphological conditions of the frenulum taking into account their attachment; according to F. Y. Khoroshilkina, the frequency of anomalies of the upper lip is 15.5% - 20.9%, with a low-attached combined frenulum of the upper lip with a diastema in 49% of children; G. Yu. Pakalns highlighted the differences in the attachment of the frenulum, dividing them into “strong”, “medium”, “weak”; M. Yu. Obratsov and S. N. Larionov noted three signs of frenulum density.

Of all the available methods of frenuloplasty, F. Ya. Khoroshilkina recommended two types of optimal methods of frenuloplasty according to Limberg (1974) and Popovich (1982). Frenuloplasty using the Limberg method is based on cutting out and moving triangular flaps, using the Popovich method by moving the lower edge of the frenulum to the area of the transitional fold.

Research results. Thus, surgical methods aimed at eliminating factors that promote and aggravate dentoalveolar deformities are the primary tasks of both the orthodontist and the dental surgeon. The technique of surgical interventions for the listed pathology is not complicated and is usually performed by a doctor at an outpatient surgical appointment. However, the variety of surgical intervention techniques makes it difficult to choose them for a particular pathology of the frenulum or vestibule of the oral cavity.

Library:

1. Gorbatova E. A. The influence of the topography of the gums, the vestibule of the oral cavity, the attachment of the frenulum of the lips on the formation of pathological changes in the periodontium: Dis. – M.: [Moscow. state med.-dentist. University], 2004.-23 p.
2. Averyanov, S.V. Surgical correction of dentoalveolar anomalies: a textbook / S.V. Averyanov, L.A. Ryabykh. — Ufa: Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education BSMU of the Ministry of Health of Russia, 2021. – 90 p.
3. Aleksandrova O. V. Relationship between the shape of the frenulum of the upper lip and a gingival smile and intraoral pathology // Periodontology. – 2022. – T. 27. – No. 4. – pp. 336-342.
4. Khoroshilkina F.Ya. Etiology, clinical picture and treatment of diastema // Dentistry. - 1972. - No. 2. - P.77-81.
5. Khoroshilkina F.Ya. Guide to Orthodontics. - M.: Medicine, 1999. -798 p.
6. Orthodontics (part 2) dental anomalies and treatment of anomalies.(2021) Nigmatov R.N., Shomukhamedova F.A., Nigmatova I.M. Short frenulum of the lip p.118-121

ВЛИЯНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОТОКОЛ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**Журакулов Нурсултон Шухратжон угли, Шомуродов Кахрамон
Эркинович, Игамова Севара Зикрилловна, Курмаев Саидбек Илдар угли**
Ташкентский государственный стоматологический институт
kahramon_sh@mail.ru

Инсульт является основной причиной смерти и инвалидности в мире. По статистике в Узбекистане ежегодно регистрируется более 65 тысяч новых случаев инсульта. Больные после перенесённого инсульта в течение долгого времени испытывают различные проблемы со здоровьем, проходят продолжительную реабилитацию. Данные исследований подтверждают актуальность проблемы разработки единой тактики дентальной имплантации у больных, перенёвших инсульт, а также поддерживающей терапии для повышения эффективности проводимого стоматологического лечения.

Основными целями оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта являются: выбор оптимальной лечебной тактики, профилактика висцеральных осложнений. Боль в области лица у больных острыми нарушениями мозгового кровообращения может быть следствием патологии прикуса, неправильно изготовленных зубных протезов, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, одностороннего жевания. При осмотре обращают внимание на асимметрию лица, видимые изменения тканей. довольно часто легкая асимметрия лица, которая бывает при жевании преимущественно на одной стороне, что приводит к односторонней гипертрофии жевательных мышц, различной конфигурации верхней и нижней зубных дуг, различной величине наклона зубов с одной стороны по отношению к другой или при комбинации этих причин.

Адреналин, применяемый как сосудосуживающее средство, потенцирующее и продлевающее действие местных анестетиков, может провоцировать мерцательную аритмию и усиливать артериальную гипертензию. Причина в том, что введение адреналина часто производится на фоне уже повышенного (под влиянием беспокойства и страха) уровня этого медиатора. Больным с НМК, испытывающим страх перед стоматологическим вмешательством, необходимо назначать седативные средства и транквилизаторы, что облегчает лечение. Пациентов с сердечной недостаточностью не следует лечить в положении лежа. У пациентов, получающих антигипертензивную терапию, при резком вставании может развиваться ортостатический коллапс.

Определенную сложность в оказании стоматологической помощи при ишемическом инсульте представляет антитромботическая терапия (прямые и непрямые антикоагулянты, тромбоцитарные антиагреганты), которую больные в остром и восстановительном периоде получают в обязательном порядке, что

повышает риск кровотечений при проведении стоматологических вмешательств. При приеме непрямых антикоагулянтов требуется тщательный контроль международного нормализованного отношения (МНО) с возможным временным снижением дозы используемого препарата, обеспечивающим поддержание МНО на нижнем уровне целевых значений, то есть около 2. В то же время считается, что, если значения МНО у пациента менее 3.5, возможно проведение даже инвазивного стоматологического лечения, а согласно современным рекомендациям, целевым значением МНО в большинстве случаев является диапазон от 2,0 до 3.0. Отмена антитромботической терапии недопустима, так как риск повторного инсульта значительно выше риска, связанного с кровотечением.

Данных о безопасности и эффективности различных методов дентальной имплантации при НМК пока недостаточно. В исследованиях К. Kimura и соавт. (2005) установлено, что: 1) риск сердечно-сосудистых осложнений после стоматологического лечения не слишком высок, как считалось ранее, следовательно, проведение его через 6 месяцев после НМК не вполне обосновано; 2) соблюдение гигиены полости рта позволяет снижать ряд осложнений в остром периоде инсульта, обусловленных гипокинезией и нарушением глотания (Elad S., 2011).

Больным, принимающим антиагреганты или антикоагулянты, не следует отменять их, т.к. в арсенале много местных гемостатических средств; при развитии локального кровотечения необходимо оказать экстренную помощь, в стоматологической клинике должен быть аппарат для оксигенации; следует использовать минимальное количество анестетика, концентрация добавляемого адреналина должна быть очень низкой (1:200000); не следует назначать антибиотики и бактериостатические средства, влияющие на свертывающую систему крови; если у пациента возникают признаки НМК, необходимо прекратить стоматологическое лечение и как можно скорее госпитализировать его в стационар.

Таким образом, вышеперечисленные вопросы являются актуальными и непосредственно влияют на успех имплантационного лечения. В настоящее время нет единого утверждённого стандарта и протокола дентальной имплантации больным после перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения. Большинство врачей-стоматологов испытывают значительные сложности в ведении таких больных по причине недостаточности или отсутствия специальных знаний касательно этой патологии. Разработка эффективной тактики имплантологического лечения больных, перенёвших инсульт, является одной из приоритетных задач и требует междисциплинарного подхода.

EXPERIMENTAL STUDIES OF DOMESTIC COLLAGEN

Usmanova D.R., Radjabov O.I., Shomurodov K.E. , Mukimov O.A.

Tashkent State Dental Institute

Today, there are a large number of collagen-containing membranes on the market, most of them effectively perform barrier functions, but their insufficient thickness does

not allow achieving a significant increase in the volume of soft tissues. In contrast, a collagen matrix with a combined structure helps to replenish soft tissue defects during a single operation, even with soft tissue deficiency, but the possibilities of its clinical use have not yet been sufficiently studied. [1,2,4].

Due to the widespread prevalence of diseases such as recession periodontitis , erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa, alveolitis, the choice of optimal treatment tactics and effective remedies remains a serious problem. Gels make it possible to specifically provide a high concentration of medicinal substances directly at the site of the lesion, have optimal rheological properties, and ensure the most complete and rapid release of the main active substances.

The most promising excipients are collagen and hyaluronic acid, which are distinguished by their prolonged action, regenerative properties, indifference and are widely used in pharmaceutical technology, in particular for the creation of soft dosage gel forms. The stability of the gels will be studied using long-term testing, since they contain thermolabile substances of natural origin.

Target. Preclinical testing of collagen- based gels .

Materials and methods of research . To achieve this goal, a collagen “ bioplant ” was used, prepared at the Institute of Biochemistry named after Academician A.S. Sadikov , and vitreous body and physiological solution were used as a solvent. 5%, 10% and 15% solutions of collagen injection solvents were prepared.

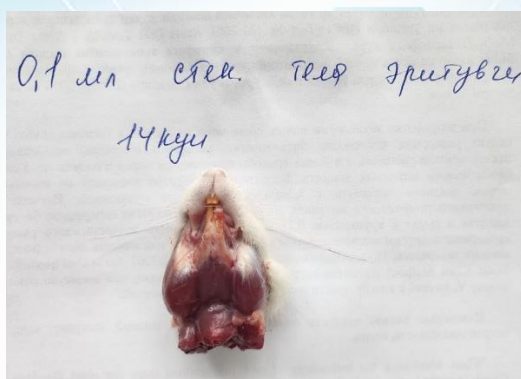
The technological process for producing the gel consisted of several stages. At the stage of auxiliary work, preparation of auxiliary and medicinal substances and materials was carried out.



Figure 1. a . Primary state of collagen . (in the form of porridge)



Figure 2 . The state of collagen dissolved in the first solvent and placed in a 35-degree bath.



At the first stage, a porridge-like base was obtained (Fig. 1 b.). For this purpose, biopiant collagen was dissolved in the vitreous in volumes of 0.5 ml, 1 ml and 2 ml. After which the solution was placed in a bath of water at a temperature of 35 °C for 5 minutes. At this stage, a gel is obtained, which is a homogeneous white mass with a weak characteristic odor (Fig. 2.). The most optimal gel model turned out to be model No. 2 (1 ml of vitreous humor diluted in a 10 percent collagen solution), which, due to its consistency, is convenient for placement in a periodontal pocket and longer exposure to the lesion. Other compositions were not suitable in their consistency, as they were thin or thick, which was inconvenient from the point of view of application, and also differed in that the system underwent delamination and lost its structural and mechanical properties [3,5]. An evaluation is currently being carried out. quality of gels according to the draft Temporary Analytical Normative Documents.

Conclusion : Thus, the pharmaceutical development of gels based on collagen and hyaluronic acid for use in dental surgery has been carried out. Research on quality control, determination of storage conditions and periods, and preclinical trials are ongoing.

Bibliography:

1. Isanova D, Mukimov OA, Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. in Library, 19(2), 157–159.
2. [Features of periodontal care for patients living in rural areas](#) ABOUT Mukimov , D Usmanova . in Library 20 (3), 5359-5363
3. Usmanova D.R., Shomurodov K.E., Analysis of the use of collagen preparations to increase gum volume. Integrative dentistry and maxillofacial surgery. 2023(1):9-16.
2. Shukparov , AB, Shomurodov, KE, Mirkhusanova , RS (2022). Microcirculation of the mucosa of the alveolar ridge during the preliminary soft tissues expansion and guided bone regeneration (clinical trial). European journal of modern medicine and practice, 2(9), 64-72.
3. Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. , Zhurakulov N.Sh. The importance of keratinized gums in prosthetics based on dental implants and methods for increasing its width (literature review). Integrative dentistry and maxillofacial surgery. 2023;2(1):82–89 .

ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА BRAF V600E У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

*Абдухалик-Заде Нигина Шухратовна- ассистент кафедры челюстно-
лицевой хирургии ТГСИ*

*Оллаберганова Камола- студентка 503 А группы стоматологического
факультета ТГСИ*

Абстракт. Среди одонтогенных опухолей часто встречается амелобластома и кератокистозные поражения, которые составляют от 11 до 30 % всех опухолей челюстных костей. В связи с тем, что одонтогенные образования могут обладать высокой инвазивностью и склонностью к рецидивированию, в настоящее время, активно изучается молекулярный механизм возникновения одонтогенных опухолей. Использование молекулярно-генетических методов позволяет осуществлять раннюю диагностику, индивидуальный прогноз и обеспечивать наиболее адекватный терапевтический подход к каждому пациенту.

Цель: выявить мутации гена BRAF V600E у пациентов с одонтогенными опухолями.

Материалы и методы. Проведен анализ мутации у 69 пациентов с одонтогенными опухолями, находившихся на лечении в Ташкентском областном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. На основании анамнестических, клинических, рентгенологических и гистологических данных нами было выделено 2 группы больных: первую группу составили 52 больных с амелобластомой, а вторую группу составили 17 больных с другими одонтогенными опухолями (миксома, одонтома и цементома). Анализ мутации BRAF V600E осуществляли методом аллель-специфичной ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. Было установлено, у 30,43% наблюдалась мутация V600E в гене BRAF, а в 69,57% случаев данный вид мутации не определялся. Мутация была выявлена у больных с амелобластомами и миксомами. Выявлены особенности гистологических типов некоторых одонтогенных опухолей в зависимости от BRAF-статуса.

Было установлено, что генетическое исследование на доклиническом уровне заболевания позволяет избежать рецидивирования, также прогнозировать течение заболевания.

Заключение. Проведенные исследования показали, что при обнаружении мутации BRAF V600E риск развития одонтогенных опухолей повышается в 2,7 раза. В связи с этим определение наличия или отсутствия мутации V600E в гене BRAF позволит прогнозировать течение заболевания. С использованием комплексного клинического, морфологического и генетического подхода к обследованию пациентов станет возможной доклиническая диагностика одонтогенных опухолей, в частности амелобластом и миксом, а также индивидуальное ведение пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ

ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ПОЛОСТИ РТА.

Азимов И.М., Азимов А.М., Азимов А.А.

*Магистр 3-го курса Ташкентского государственного стоматологического
института.*

*Доцент кафедры хирургической стоматологии и стоматологического
Имплантология.*

*Студент стоматологического факультета 203 Ташкентского
государственного стоматологического института.*

Цель исследования: изучить эффективность, безопасность и отдаленные результаты применения высокоэнергетической лазерной CO₂-терапии при лечении доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей лица и полости рта.

Материалы и методы: всего 27 пациентов из 18 обследованных с лейкоплакией 4 пациента с папилломой. Локализация: Десна 13,3%, небо - 6,7%, дно полости рта - 13,3%, щеки - 13,3%, язык - 53,3%
Лечение лазерной пиксельной CO₂-резкой и коагуляцией Alma Laser PIXEL

с

длиной волны 10 600 нм.

Предоперационная подготовка: Концентрированный пакет; фотопротокол; биопсия.

Результаты: Отдаленные результаты лазерной терапии.

1. Результаты долгосрочного наблюдения показали благоприятные результаты

после лазерной терапии отмечается низкая частота рецидивов поражения и минимальные побочные эффекты.

2. Результаты, о которых сообщили пациенты, свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности результатами лечения и улучшении качества жизни после лечения.

3. Эстетические результаты неизменно оценивались как удовлетворительные как пациентами, так и клиницистами, что подчеркивает эффективность высокоэнергетического лазера CO₂ терапия для достижения желаемых косметических результатов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ

Алимджанов Кобилжон Хакимджонович

Ассистент кафедры Челюстно-лицевой травматологии

Ташкентского Государственного Стоматологического Института

Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Реабилитация пациентов с множественными и сочетанными

травмами костей лица с помощью устройств с памятью формы и эндопротезов из пористого никелида титана позволила нам добиться хороших косметических, анатомических и функциональных результатов у 96% пациентов. Особенности архитектоники лицевых костей также требуют установки фиксаторов и эндопротезов различной формы в зависимости от локализации и типа перелома. Методами выбора могут служить разработанные нами впервые в мире методы лечения переломов и устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа.

Ключевые слова: остеосинтез, устройства с памятью формы и фиксаторы, эндопротезы из пористого никелида титана.

Цель исследования: общий анализ реабилитационного периода пациентов с множественными и сочетанными переломами лицевых костей.

Материал и методы исследования: Изучение материалов клиники челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института за последние 5 лет показало, что множественные и сочетанные травмы составляют 32,6% от общего числа травм лицевых костей. Под нашим наблюдением находилось 876 пациентов в возрасте от 15 до 69 лет, и у 33 из них имелись дефекты и деформации. Большим достижением в челюстно-лицевой травматологии стали разработанные нами впервые в мире портативные устройства и фиксаторы с заранее заданными свойствами различной формы в зависимости от локализации и типов переломов, защищенные авторскими свидетельствами и патентами. Пористый никелид титана в виде дисков толщиной 0,2-0,5 мм для изготовления эндопротезов для устранения костных дефектов средней зоны лица, которые легко моделируются на операционном столе, а также пористых пластин толщиной 4 мм для устранения дефектов нижней зоны лица. челюсть.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В клинике при сочетанных черепно-лицевых травмах с черепно-мозговой травмой (сотрясение мозга или контузия головного мозга) хирургическое вмешательство проводилось в основном в течение первых двух дней. Преобладали пациенты с переломами нижней челюсти, скулогубного комплекса, затем с суббазальными и подглазничными травмами, а также с переломами альвеолярного отростка верхней челюсти различной локализации. Множественные переломы лицевых костей относятся к категории тяжелых травм. Тяжесть состояния пострадавших определяется объемом повреждений костных структур лицевого скелета. Тактика лечения множественных травм лица заключается в последовательности и непрерывности лечебных мероприятий. Первым этапом было вмешательство на нижней челюсти, а вторым этапом - остеосинтез средней зоны лица, что придало большое значение восстановлению прикуса зубов на челюстях. Такой подход позволяет нам в большинстве случаев исключить межчелюстную фиксацию из лечебных мероприятий, что важно для пострадавших с черепно-мозговой травмой и нарушением функции внешнего дыхания. Мы придавали большое значение стабильному остеосинтезу с помощью устройств с памятью формы.

Выводы: Таким образом, при переломах тела нижней челюсти в пределах

зубного ряда и угла мы использовали как экстраоральный, так и внутриротовой доступ, при переломах ветви и мыщелка - экстраоральный доступ без дополнительной иммобилизации. При множественных переломах примером может служить пациент с производственной травмой: отрыв подбородка, перелом мыщелков, вывих головок, перелом альвеолярных отростков верхних челюстей - был проведен остеосинтез аппаратами с памятью формы без дополнительной иммобилизации.

Литература:

1. Применение сплавов с эффектом памяти формы в стоматологии /Миргазизов М.З., Поленичкин В.К., Гюнтер В.Е., Итин В.И. - М., 2021. - 191 с.
2. травмы челюстно-лицевой области /Александров Н.М., Аржанцевич П.З., Агроскина А.П. и др. - Москва, 2016- 448 с.
3. Бауэр, В.А. Применение мини-пластин в лечении переломов нижней челюсти / В.А. Бауэр, А.Ю. Мальков, Л.Н. Малькова // Амбул. хирургия. - 2022. - № 2. - С. 19-20.
4. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М., 2009. - 445 с.
5. Агапов, В.С. Опыт применения жесткой фиксации при реконструктивных операциях на скулоорбитальном комплексе, верхней и нижней челюстях / В.С. Агапов, А.Ю. Дробышев // Материалы VI Конгресса стоматологов. VI конгресс стоматологов. доц. России. - М., 2020. - С. 291.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ УДАЛЕНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Аскаров М.А., Шомуродов К.Э., Азимов И. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Операция по удалению нижнего третьего моляра является одной из наиболее распространенных процедур в оральной и челюстно-лицевой хирургии и занимает от 34.9% до 58.7% [1]. Профилактическое удаление или сохранение вертикально расположенного нижнего третьего моляра является спорным вопросом и должно приниматься решение по каждому случаю индивидуально. Однако, удаление ретенированного и дистапированного третьего моляра нижней челюсти бесспорно показано, когда есть риски развития воспалительных заболеваний окружающих мягких тканей и повреждение дистально поверхности второго моляра кариозным процессом. Удаление третьих моляров нижней челюсти при сложных анатомических условиях может привести к таким осложнениям, как парестезия из-за тесного расположения корней к НАН. Выбор метода удаления при сложных анатомических условиях для хирурга всегда является дилеммой.

Цель. Сравнения результатов коронэктомии, полного двухэтапного удаления третьего моляра с предварительной ортоэкструзией и полного удаления нижнего третьего моляра традиционным методом. Повышение

эффективности хирургического лечения больных с ретенцией и дистопией третьих моляров нижней челюсти и минимизация постоперационных повреждений нижнего альвеолярного нерва.

Материалы и методы.

Исследование проводилось с сентября 2021 года по сентябрь 2023 года.

В исследовании было включено сорок пять пациентов, которые были разделены на три группы.

I группа (тестовая группа) состояла из 15 пациентов, которые перенесли коронэктомию.

II группа (тестовая группа) включала 15 пациентов, которые перенесли полное удаление зуба с предварительной ортоэкструзией.

III группа (контрольная группа) состояла из пациентов, которым было выполнено полное удаление третьего нижнего моляра.

В исследовании было включено общее количество пациентов - 45, по 15 пациентов в каждой группе. Средний возраст составил $24,9 \pm 3,933$ года. Среди участников исследования 48,8% (22) были мужчины, а 51,11% (23) - женщины.

Результаты. Апробирована и усовершенствована методика двухэтапного удаления третьих моляров нижней челюсти с близким расположением корней к НАН с использованием ортодонтического мини-винта и резиновой тяги, коронэктомию и полное удаление третьих моляров нижней челюсти. Использование данного метода обеспечивает целостность нижнечелюстного канала с сосудисто-нервным пучком. Заживление раны проходит первичным натяжением без осложнений. Антибактериальная терапия не назначается.

Выводы. Исходя из проведенного исследования, полное удаление, коронэктомию или двухэтапное удаление нижних третьих моляров с близким расположением корней к нижнечелюстному каналу с сосудисто-нервным пучком нужно подходить индивидуально. Решение принимается на основании КЛКТ с использованием дополнительных методов цифровой визуализации анатомических образований, такие как «Diagnocat». Методом выбора должен быть наименее инвазивная процедура, которая позволяет избегать не только интраоперационных, но и постоперационных осложнений неврологического, гнойно-воспалительного характера.

Список литературы:

1. Егоров К. А., Гришин С. В., Коротков К. А. Анатомо-топографические особенности нижнечелюстного канала // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. № 7. С. 257.
2. Аскарлов М.А., Шомуродов К.Э. Коронэктомию третьих моляров нижней челюсти, как профилактика постэкстракционных повреждений нижнего альвеолярного нерва // Journal of medicine and innivations. 2022. № 4. С. 465.

3. Tufekcioglu S., Delilbasi C., Gurler G., Dilaver E., Ozer N. Is 2mm a safe distance from the inferior alveolar canal to avoid neurosensory complications in implant surgery // Nigerian J. of Clinical Practice. 2017. Vol. 20, № 3. P. 274–277.
4. Libersa P., Savignat M., Tonnel A. Neurosensory disturbances of the inferior alveolar nerve: a retrospective study of complaints in a 10-year period // J Oral Maxillofac Surg. 2007. Vol. 65. P. 1486–1489.

ТЕКСТУРНЫЙ АНАЛИЗ КТ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Л.Ш.Абдуллаева¹, М.Х.Ходжибеков², Ю.М.Ходжибекова¹, Д.Ш.Полатова¹,
А.Ш.Паттохов¹.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт
улица Таракиёт, 103, Ташкент, info@tsdi.uz, 100047, Узбекистан;

²Ташкентская медицинская академия.
улица Фаробий, 2, Ташкент, info@tma.uz, 100109, Узбекистан.

Цель исследования: Определить диагностическую ценность использования радиомики в дифференциации доброкачественных и злокачественных образований челюстей на МСКТ изображениях

Материал и методы: Ретроспективно проведен радиомический анализ КТ изображений у 65 пациентов с гистологически и клинически верифицированными опухолями челюстей (28 доброкачественных и 37 злокачественных опухолей). Для текстурного анализа использовалась программа LIFEx 7.10 (C. Nioche, F. Orlhac etc.)

Результаты: При использовании теста Крускала-Уаллиса, 1 из 39 текстурных параметров - DISCRETIZED_AUC_CSH - показали статистически значимые различия между доброкачественными и злокачественными опухолями челюстей ($p < 0,05$). Из отобранного текстурного признака была построена предиктивная модель с использованием логистической регрессии. $PredDis = 1 / (1 + \exp(-1,02914 - 0,0044970 * DISCRETIZED\_AUC\_CSH))$. Вычисленные из модели значения регрессии путем логит-трансформации нормализовались в диапазоне от 0 до 1 и использовались как текстурные индексы гетерогенности.

Заключение: Текстурный анализ КТ-изображений позволяет неинвазивно предсказать доброкачественную или злокачественную природу опухолей верхней и нижней челюстей. Наибольшей прогностической точностью обладает текстурный индекс гетерогенности, вычисляемый из логистической текстурной модели. Текстурный анализ трансформирует стандартную компьютерную томографию в мультипараметрическое исследование, дополняя качественную оценку анатомических деталей визуализируемого образования количественным функциональным показателем, характеризующим внутриопухолевую пространственную гетерогенность.

Ключевые слова: пространственная гетерогенность, текстурный анализ, компьютерная томография, опухолей челюстей.

ВЛИЯНИЕ НАЗУБНЫХ ШИН У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАРОДОНТИТОМ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

*Буриев Нурбек Заируллаевич, соискатель ТГСИ, ассистент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии ,
Нормуродов Мухаммадбек Толмас угли (магистр кафедры челюстно-лицевой хирургии),*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Халматова М.А.
д.м.н., доцент Пулатова Б.Ж. Кафедра ЧЛХ*

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. В настоящее время переломы нижней челюсти и их лечение являются одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии, с которыми ежедневно сталкиваются практикующие хирурги-стоматологи. Среди всех травм костей лица переломы нижней челюсти составляют по данным разных авторов от 45 до 85%. Для решения этой проблемы используется значительное количество методов и средств, однако число гнойно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде продолжает оставаться высоким, что значительно осложняет лечение пострадавших.

Цель работы. Изучить изменения в системе гемостаза у больных с переломами нижней челюсти в сочетании с пародонтитом на основании изучения клинических показателей и системы гемостаза крови.

Материал исследования и используемые методы.

Под наблюдением находилось 36 больных с переломами нижней челюсти, у которых при поступлении на стационарное лечение диагностированы воспалительные заболевания пародонта. Лечение пациентов с данной патологией проводилось в период с сентября по конец октября 2021 года в отделении взрослой хирургической стоматологии кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Из обследованных пациентов 12 человек получали разработанное нами комплексное лечение. Сравнение проводилось с больными, получавшими традиционное лечение - 13 человек, с пациентами с переломами нижней челюсти без патологии тканей пародонта - 11 человек. В ходе исследования использованы следующие методы: клинические методы, рентгенологические методы, индексные методы исследования тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта, биохимическое исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Для выяснения значимости в развитии гнойно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноения мягких тканей, костной раны, травматического остеомиелита) воспалительных заболеваний пародонта, нами обследовано 36 больных, из них 12, получавших лечение, которым иммобилизация отломков

нижней челюсти проводилась с использованием назубных шин. При этом у 28 из них отмечено неосложненное течение переломов нижней челюсти, а у 8 мы наблюдали гнойно-воспалительные осложнения. У обследованных нами пациентов с переломами нижней челюсти в 32,6% случаев был выявлен гингивит (11 человек), у 29,2% (10 больных) пародонтит легкой степени, в 25,5% случаев (9 человек) определялся пародонтит средней степени, у 12,7% (4 пациента) диагностирован пародонтит тяжелой степени.

На 3-5 сутки от начала лечения функциональная активность тромбоцитов в обследуемой группе достоверно не изменяется ($p > 0,05$) по всем показателям. В то же время в группе сравнения отмечено увеличение ($p < 0,05$) функциональной активности тромбоцитов. На 10-12 сутки проводимого лечения происходит лишь частичное восстановление функциональных свойств тромбоцитов у больных, о чем свидетельствует снижение максимальной скорости агрегации кровяных пластинок до $65,4 \pm 1,1$ усл.ед., снижение максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $59,1 \pm 3,7\%$, времени достижения максимальной скорости агрегации до $708,5 \pm 33,7$ с., времени достижения максимальной степени агрегации кровяных пластинок до $63,3 \pm 5,5$ с., но их значения остаются достоверно выше ($p < 0,05$) группы здоровых людей и группы сравнения.

Нарушение регионального кровотока и проникновение в сосудистое русло разнообразных тканевых факторов коагуляции является патогенетическим звеном тромбогеморрагического синдрома.

Таким образом, клинические наблюдения показали прямую сильную корреляционную зависимость ($r = 0,81$) между частотой развития гнойновоспалительных осложнений при переломах нижней челюсти и тяжестью заболевания пародонта.

Следовательно, развитие гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти является следствием ряда факторов, в том числе значительное влияние имеет состояние тканей пародонта. В свою очередь, изменения в организме, происходящие при травме и гнойно-инфекционных осложнениях влияют на состояние тканей пародонта. В основном такое течение заболевания мы наблюдали у больных гингивитом, редко - пародонтитом легкой степени при неосложненном течении переломов. У больных пародонтитом при осложненном течении переломов нижней челюсти изменения, произошедшие в тканях пародонта в период иммобилизации с помощью назубных шин, чаще проявлялись прогрессированием деструкции тканей пародонта и были необратимы.

Полученные данные доказывают, что у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта в период фиксации отломков при переломах нижней челюсти двучелюстными назубными шинами, неизбежно происходит обострение и прогрессирование заболеваний пародонта. Выраженность этих явлений зависит от исходного состояния тканей пародонта и течения заживления костной раны в области перелома нижней челюсти.

Степень консолидации отломков нижней челюсти у больных с хроническим генерализованным пародонтитом при переломах в момент снятия шин (через 4-5 недель после травмы) в среднем составила $36,59 \pm 2,83\%$, что значительно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц, не имеющих заболеваний пародонта. Это можно объяснить снижением регенераторных возможностей и нарушением минерального обмена у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

У больных с заболеваниями пародонта имеются изменения в костной ткани, которые приводят к увеличению сроков регенерации кости, что удлиняет консолидацию отломков нижней челюсти после перелома. При поступлении больных с воспалительными заболеваниями тканей пародонта при переломах нижней челюсти на стационарное лечение, у всех обследованных нами лиц отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта. При этом значения ИГ при гингивите ($1,71 \pm 0,16$) и пародонтите легкой степени ($1,62 \pm 0,09$)

существенно не отличались. В этих группах преимущественно отмечался зубной налет. При пародонтите тяжелой степени значения ИГ были выше и составил $2,22 \pm 0,14$. У этих пациентов чаще определялось наличие зубного камня.

Несмотря на снятие зубных отложений при поступлении, после наложения двучелюстных шин с межчелюстной фиксацией гигиеническое состояние полости рта значительно ухудшается за счет образования зубного налета преимущественно с оральной стороны зубов.

После снятия шин (28-35 суки с момента иммобилизации) во всех группах больных нами отмечено увеличение значений ПМА индекса ($p < 0,05$), которое у больных с гингивитом составило $32,4 \pm 2,5$, при пародонтите легкой степени - $43,9 \pm 3,4$, средней степени - $56,5 \pm 4,1$ (средняя степень тяжести гингивита), и тяжелой степени - $61,3 \pm 3,8$ - тяжелая степень гингивита больных с гингивитом равнялось $1,86 \pm 0,19$; у больных с пародонтитом легкой степени - $2,42 \pm 0,27$; средней степени - $3,61 \pm 0,32$; при тяжелой степени пародонтита - $4,84 \pm 0,28$.

Подвижность зубов и ее степень определяли по методу Евдокимова А.И. при первичном обращении и на момент снятия шин и оценивали в баллах. Этот признак указывает на достаточно глубокое поражение тканей пародонта, захватывающее не только слизистую десны, но и межзубную перегородку и альвеолярный отросток, что и приводит к патологической подвижности зубов, вплоть до их смещения, потере жевательной эффективности.

У пациентов с гингивитом патологическая подвижность зубов отсутствовала. У пациентов с пародонтитом легкой степени подвижность зубов определялась в 8,4% случаев и не превышала 1 степень, у больных пародонтитом средней степени в 59,4% случаев была подвижность 1-2 степени, при тяжелой степени пародонтита мы наблюдали подвижность в 84,6% случаев, из них у 13,5% отмечена 3 степень подвижности зубов. На момент снятия шин нами отмечено увеличение подвижности зубов в среднем на 1 балл, в 37% случаев отмечалась подвижность зубов, которые до шинирования были устойчивы. При этом чаще отмечалась подвижность 1 степени, у 25% - 2 степени.

Выводы. Таким образом, у всех обследованных нами пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта при переломах нижней челюсти на момент снятия шин отмечалось ухудшение гигиенического состояния полости рта и прогрессирование воспалительных явлений в тканях пародонта, выраженность которых зависела от состояния на момент поступления в стационар. При изучении функциональной активности тромбоцитов у обследуемой группы пациентов выявлено, что она более высокая ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых и группой сравнения. Так, максимальная скорость агрегации кровяных пластинок увеличена до $83,8 \pm 4,8$ усл.ед., при одновременном возрастании времени достижения максимальной скорости агрегации до $851,6 \pm 12,2$ с.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гизатуллина А.М., Шомуродов К.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра
челюстно-лицевой хирургии, Узбекистан.*

Прогнозирование гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области является одной из актуальных проблем стоматологии, вследствие высокой распространенности этих заболеваний, тяжести клинического течения и возможностью развития угрожаемых жизни осложнений. По оценкам ряда

отечественных и зарубежных авторов среди пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии удельный вес больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области превышает 60% и более, и имеет тенденцию к росту. Причиной этого могут быть изменения иммунологической реактивности организма вследствие нарушения питания, неблагоприятной экологической ситуации, стрессов, сопутствующих заболеваний и др.

Вышеизложенное свидетельствует о важности разработки новых способов прогнозирования тяжести клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний. Разработка новых методов прогнозирования тяжести клинического течения позволила бы более эффективно проводить лечебно-профилактические мероприятия, предупреждающие развитие тяжелого клинического течения заболеваний и возникновения осложнений. В настоящее время важную роль в патогенезе воспалительных заболеваний отводят иммунологическим и генетическим звеньям развития воспалительного процесса.

Как известно, индивидуальная восприимчивость организма к инфекционному агенту и развитие воспалительного процесса во многом определяется состоянием иммунной системы и неспецифическими факторами защиты организма. В формировании и регуляции защитных реакций организма особая роль отводится медиаторам воспаления-цитокинам, которые осуществляют взаимосвязь и координируют работу иммунной, нервной, эндокринной, кроветворной и других систем. Участвуя тем самым, в организации и регуляции защитных реакций. Предполагается что экспрессия генов цитокинов индуцируется в ответ на проникновение в организм патогенов, антигенное раздражение или повреждение тканей.

В последние годы ряд отечественных и зарубежных ученых уделяют пристальное внимание поиску ассоциаций полиморфных вариантов генов про- и противовоспалительных цитокинов, определяющих баланс иммунореактивности при развитии воспалительного процесса. В исследованиях ряда авторов выявлена ассоциация определенных генотипов генов цитокинов с риском развития воспалительных заболеваний, для которых характерно хроническое воспаление. Наряду с этим, сведения об особенностях генетического полиморфизма генов цитокинов сети, играющих ключевую роль в реализации патологического процесса при острых гнойно-воспалительных заболеваниях, в доступной литературе практически отсутствуют.

На основе изложенного, целью нашего исследования является разработка системы прогнозирования тяжести течения и повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ГВЗЧЛО) с использованием генетических и геномных данных пациентов.

В рамках исследования планируется провести сравнительный анализ распределения частот аллелей, генотипов и гаплотипов указанных генов цитокинов у пациентов с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Дальнейшее развитие генетических исследований ГВЗЧЛО имеет

большой потенциал для улучшения диагностики, прогнозирования, лечения и профилактики этих заболеваний. Важно, чтобы эти исследования проводились с участием междисциплинарных команд специалистов. Тезис освещает актуальные исследования и открытия, раскрывающие влияние генетики на воспалительные заболевания челюсти, а также акцентируются внимание на необходимости междисциплинарного сотрудничества для комплексного понимания и лечения этих заболеваний.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ибрагимов Ш.Р.¹, Исламов Ш.Э.², Махматмурадова Н.Н.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

*²Самаркандский Государственный медицинский университет,
Узбекистан*

Актуальность. Травмы полости рта и зубов - это полученные в результате удара повреждения зубов и/или других твердых или мягких тканей внутри и вокруг рта и в полости рта. Глобальная распространенность травм всех зубов (молочных и постоянных) составляет около 20%. Причинами травм полости рта и зубов могут быть состояние ротовой полости (неправильный прикус, при котором верхняя челюсть значительно перекрывает нижнюю); факторы, связанные с окружающей средой (например, небезопасные игровые площадки и школы); поведение высокого риска; и насилие. Лечение таких травм дорогостоящее и длительное и иногда может приводить к выпадению зубов с последствиями для формирования лица, психологического развития и качества жизни.

По данным судебно-медицинской практики, повреждения челюстей составляет в среднем 2,4 % челюстно-лицевой травмы, а переломы нижней челюсти от 70 до 85 % всех переломов лица неогнестрельного происхождения.

Цель исследования - установление механизмов переломов нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Материалами для исследования послужили заключения судебно-медицинских экспертиз по поводу освидетельствования живых лиц, проведенных в амбулаторном отделе Ташкентского городского филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы Республики Узбекистан в период с 2018 по 2020 гг.

По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры (обстоятельства дела, локализация, характер, причина, механизм, давность и влияние его на исход), исследованы 246 заключений судебно-медицинских экспертиз, в том числе (88,9%) первичных, (5,8%) дополнительных и (5,2%) повторных (I группа).

Также был проведен ретроспективный анализ 146 историй болезни и амбулаторных карт пациентов с повреждениями челюстей, находившихся на

стационарном и амбулаторном лечении отделении челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского стоматологического медицинского института (II группа).

При всестороннем многофакторном анализе полученных данных использовались логический, диалектический, сравнительный методы, а также сбор и изучение единичных фактов, монографического описания и статистические методы.

При обследовании больных, находившихся на лечении в стационаре, использовались клинические методы исследования (изучение анамнеза заболевания, жизни, осмотр, пальпация, функциональные пробы) и параклинические методы обзорная и прицельная рентгенография, компьютерная томография челюстей, гематологические и биохимические анализы крови и мочи).

Результаты исследования. При установлении механизма возникновения повреждений челюстей отмечалось явное преобладание удара в область челюстей в обеих группах 94,7% (в I-й группе – 95,1%, во II-й группе 94,3%). Хотя отмечались в отдельных случаях отрыв 8 (2,2%), сдвиг 5 (1,4%), сжатие 4 (1,1%), перегиб 2 (0,6%).

При исследовании видов переломов нижней челюсти установлено, что при одностороннем переломе картина выглядела следующим образом - перелом в боковом отделе тела нижней челюсти 28,8%(61), перелом в области угла 40,1%(85), перелом в подбородочном отделе 7,1%(15), переломы собственно ветви 24,1%(51). По группам отмечалось следующее: в I группе перелом в боковом отделе тела нижней челюсти 28,3% (34), перелом в области угла 37,5%(45), перелом в подбородочном отделе 8,3% (10), переломы собственно ветви 25,8%(31); во II группе перелом в боковом отделе тела нижней челюсти 29,3%(27), перелом в области угла 43,5%(40), перелом в подбородочном отделе 5,4%(5), переломы собственно ветви 21,7%(20). Следовательно в обеих группах преобладали переломы в области угла и в боковом отделе тела нижней челюсти.

При двухстороннем переломе нижней челюсти виды распределены по следующему: перелом мышечкового отростка с одной и тела челюсти с противоположной стороны 27,0%(40), двухсторонний перелом в подбородочном отделе 6,8%(10), двухсторонний перелом бокового отдела тела нижней челюсти 37,8%(56), двойной перелом бокового отдела тела нижней челюсти с одной стороны 30,4%(42). По группам распределено следующим образом: в I группе - перелом мышечкового отростка с одной и тела челюсти с противоположной стороны 33,3%(32), двухсторонний перелом в подбородочном отделе 4,2%(4), двухсторонний перелом бокового отдела тела нижней челюсти 39,6%(38), двойной перелом бокового отдела тела нижней челюсти с одной стороны 22,9%(22); во II группе - перелом мышечкового отростка с одной и тела челюсти с противоположной стороны 15,4%(8), двухсторонний перелом в подбородочном отделе 11,5%(6), двухсторонний перелом бокового отдела тела нижней челюсти 34,6%(18), двойной перелом бокового отдела тела нижней челюсти с одной стороны 38,4%(20). Таким образом, в I группе преобладали двухсторонний перелом бокового отдела тела нижней челюсти и перелом мышечкового отростка

с одной и тела челюсти с противоположной стороны, а во II группе двойной перелом бокового отдела тела нижней челюсти с одной стороны и двухсторонний перелом бокового отдела тела нижней челюсти.

Обсуждение результатов. Таким образом, нижняя челюсть, имея дугообразную форму, при механическом воздействии испытывает напряжение костной ткани в наиболее изогнутых или наиболее тонких ее участках. Такими в пределах нижней челюсти являются основание и шейка мышцелкового отростка, угол, область подбородочного отверстия и клыка, подбородочный отдел. Именно в этих наиболее «слабых» местах ломается нижняя челюсть вследствие ее перегиба. При этом возможны различные варианты перелома нижней челюсти.

1) Удар по подбородку на широкой его площади в направлении спереди назад, при том наибольшее напряжение возникает в зоне мышцелковых отростков. Также возможен не прямой перелом в области шейки с одной стороны или с двух сторон, но не у основания его. Так как в переднезаднем направлении шейка мышцелкового отростка в 3 раза тоньше, чем его основание.

2) При приложении силы на небольшой площади бокового отдела тела нижней челюсти, возможен прямой перелом в месте ее приложения: чаще всего в области угла челюсти (кость истончена в зоне лунки третьего моляра), подбородочного отверстия (зона премоляров является одним из тонких участков нижней челюсти), в области клыка (кость ослаблена глубокой лункой клыка).

3) Если удар приложен на небольшой площади бокового отдела ветви челюсти (во фронтальной плоскости), возможен прямой перелом основания мышцелкового отростка, так как толщина его значительно меньше, чем в области шейки.

4) При нанесении удара на широкой площади бокового отдела тела нижней челюсти возможен не прямой перелом на противоположной стороне от приложенной силы в области угла и основания мышцелкового отростка, с меньшей степенью вероятности - его шейки.

5) При приложении силы на широкой площади угла нижней челюсти с одной стороны, т.е. несимметрично, произойдет прямой перелом в области угла и не прямой — в боковом участке подбородочного отдела тела нижней челюсти.

Выводы. Следовательно, нижняя челюсть, имея дугообразную форму, при механическом воздействии испытывает напряжение костной ткани в наиболее изогнутых или наиболее тонких ее участках. Такими в пределах нижней челюсти являются основание и шейка мышцелкового отростка, угол, область подбородочного отверстия и клыка, подбородочный отдел. Именно в этих наиболее «слабых» местах ломается нижняя челюсть вследствие ее перегиба. При этом возможны различные варианты перелома нижней челюсти.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ДЛЯ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Икрамов Г.А., Шомухаммедова Ф.А., Миржалилова Д. А.

Ташкентский государственный стоматологический институт,

На протяжении многих лет в нашей стране самой распространенной формой гнойно-воспалительного заболевания челюстно-лицевой области являются аденофлегмоны. Удельный вес детей с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляет 15-25% от всех детей, обращающихся в стоматологические поликлиники и более 65 % от всех детей в структуре госпитализации в челюстно-лицевые стационары. На этом фоне многие методы и средства терапии воспалительных процессов, с успехом применявшиеся в последние годы, становятся малоэффективными или неэффективными. Представляется, что причиной диссонанса между успехами исследований и клиническими эффектами их результатов является недостаток фундаментальных знаний по изучаемой теме. В правильном росте и развитии зубочелюстной системы у ребенка главная роль отводится сохранению временных зубов до срока их физиологической замены постоянными зубами. Несмотря на неоспоримый прогресс в детской стоматологии (<https://malyshikarlson.ru/>) дети зачастую боятся лечить зубы, а родители по-прежнему не понимают всей важности лечения временных зубов. Часто дети попадают на прием к стоматологу когда возникает острая зубная боль или родители сами замечают сильно разрушенный зуб.

К сожалению, даже применение лучших стоматологических материалов и современных методик лечения опытными детскими докторами не всегда помогает спасти больной зуб и удаления не удастся избежать.

Цель исследования: Повышение эффективности ортодонтического лечения детей с аномалиями и вторичной деформации путем использования частично съёмных протезов или одиночных коронок.

Задачи исследования: На основы антропометрических, рентгенологических и клинических методов исследования обосновать возможность использования частично съёмных протезов или одиночных коронок.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 10 детей в возрасте от 3 года до 5 лет, проходивших стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ТГСИ с аденофлегмонами челюстно-лицевой области.

Преждевременное удаление зуба ведет уменьшению протяженности зубного ряда, развитию ассиметрии челюстей и как следствие возникновению дефицита места для прорезывания более крупных постоянных зубов, наиболее ярко выражена данная проблема при раннем удалении передних верхних зубов.

При раннем удалении жевательных временных зубов у детей развивается снижение высоты прикуса, происходит дистализация положения нижней челюсти и формирование в дальнейшем глубокого резцового перекрытия. Данный вид прикуса требует сложного и длительного ортодонтического лечения. Отсутствие жевательных зубов мешает полноценному пережевыванию пищи, формируется привычка жевания передними зубами. Возникновение

неправильного прикуса в детском возрасте приводит к патологическим изменениям в височно-нижнечелюстном суставе.

Поэтому возникает необходимость профилактического протезирования при раннем удалении молочных зубов. Все дети с преждевременно удаленными зубами должны находиться на диспансерном учете у врача ортодонта. Конечно, чем больше удаленных зубов, тем выше риск развития зубочелюстной деформации. Поэтому в случае единичного удаления достаточно динамического наблюдения, при множественных удалениях в ранние сроки показано незамедлительное ортодонтическое лечение. Преждевременное удаление двух и более рядом стоящих временных зубов является абсолютным показанием к ортодонтическому лечению с использованием съемных аппаратов.

Своевременное профилактическое протезирование при ранней потере временных зубов вследствие травмы или осложнения кариозного процесса поможет Вашему ребенку избежать развития зубочелюстной аномалии в более старшем возрасте.

Список литературы:

1. Блатун Л.А. Флегмоны и абсцессы - современные возможности лечения. // Леч. врач. - 2002. - №1. - С.30-39
2. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М Ортодонтия 2-том Ташкент-2021 420 стр.

ОСТЕОНЕКРОЗЫ И ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

*Ким Ю.Г., студентка 404А гр. фак. МО СТОМ ТГСИ,
Сабиров Ф.Г. Ферганский медицинский институт общественного
здравоохранения*

*Научный руководитель: Хасанов А.И., д.м.н.
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Актуальность. Во всем мире проблема наркомании приобретает эпидемиологический характер. Узбекистан в связи со своей географической особенностью не стал исключением: тенденция употребления наркотических веществ. Среднее возрастное значение начала влечения психоактивными веществами в Республики Узбекистан, согласно статистике наркологической клиники Mental Med Service, приходится на 18-26 лет. Данные обстоятельства повлекли за собой появление еще одной проблемы в здравоохранении – увеличение в количестве возникновений осложнений в лице остеонекрозов и остеомиелитов челюстей. Вопрос стал острым из-за трудности лечения обозначенной патологии у наркозависимых лиц, но и отсутствия ведения нормальной статистики у наркодиспансеров Республики Узбекистан и в отделения челюстно-лицевой хирургии, которое не владеют точными дан-ными

по обсуждаемой теме. Это уже обуславливает актуальность дальнейших исследований, как минимум, для проведения ретроспективного анализа остеомиелитов и остеонекрозов челюстей у наркозависимых пациентов.

Цель исследования. Выяснить частоту и структуру количества наркозависимых пациентов, страдающих остеомиелитом и остеонекрозом челюстей.

Материалы и методы исследования. В период с 20018 по 2023 г.в клиники Mental Med Service и в клинике челюстно-лицевой хирургии Ферганского областного центра стоматологии и челюстно-лицевая хирургии обследованы 70 наркозависимых пациенты. В их анамнезе было употребление синтетических наркотических препаратов дезоморфина в ходе приготовления которых применялся красный фосфор. Длительность приема наркотических препаратов составила от 2 мес до 3 лет. При поступлении в клинику всем больным произведено клиническое, рентгенологическое обследование по стандартной схеме.

Результаты и обсуждение. За образец были взяты статистические данные и научные исследования за последние 5 лет у этих клиник. Выяснилось, что у остеомиелитов и остеонекрозов есть ряд особенностей клинического проявления и возможны несколько патогенетических механизмов развития. Основным фактором возникновения является красный фосфор в составе психоактивными веществами, однако полный и точный патогенез заболевания остается неизученным. Эмпирически можно сделать вывод, что красный фосфор угнетает остеокластическую активность через различные механизмы: подавление дифференцировки остеокластов из моноцитов, стимулирование апоптоза остеокластов, стимуляцию остеокласт-подавляющего фактора и снижение активности остеокластов. Согласно статистике клиники Mental Med Service и в клинике челюстно-лицевой хирургии Ферганского областного центра стоматологии и челюстно-лицевая хирургии толчком к развитию остеонекрозов, описанных как осложнения у наркозависимых пациентов после стоматологических манипуляций, послужили удаление зубов - 37,8%, осложненный периодонтит - 28,6%, хирургическое вмешательство на тканях периодонта - 11,2%, дентальная имплантация - 3,4%, в 25% случаев заболевание началось спонтанно.

Особенностью остеомиелитов у наркозависимых пациентов является хронический, прогрессирующий и быстротекущий характер клинического течения, всегда присутствует обнажение костной ткани альвеолярного отростка, которая имеет нежизненный (тусклый, матовый, грязно-серый и др.) вид, характеризуется отсутствием грануляционной ткани в патологическом очаге, отсутствием выраженной гиперемии слизистой оболочки и наличием утолщения околочелюстных мягких тканей, их малой болезненностью. Для этих больных характерно неудовлетворительное заживление постэкстракционных ран и низкая эффективность проводимых общепринятых лечебных мероприятий. При осложнениях клинического течения хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей нередко возникают абсцессы и флегмоны мягких тканей челюстно-

лицевой области и шеи, которые у наркозависимых пациентов имеют свои особенности течения.

Операции чаще всего носят радикальный характер. Сегодня риск септических осложнений и летальных исходов в течении остеомиелитов у наркозависимых больных остается пугающе высоким (8,33%), учитывая средний возраст пациентов (от 17 до 43 лет) и неуклонный рост распространения зависимости от психоактивных веществ. Остаются нерешенными вопросы медикаментозной терапии, способов иммунокоррекции, тактики лечения при наличии стойких инфильтратов челюстно-лицевой области у таких пациентов, так как на сегодня преимущественным способом купирования гнойно-воспалительного процесса в костях лицевого скелета на фоне приема синтетических наркотиков является резекция части челюсти или тотальная резекция челюстей, которая приводит к инвалидизации.

Заключение. Нами велся поиск статистики ведения наркозависимых пациентов с остеомиелитом или остеонекрозом челюстей в Узбекистане, а также по другим приближенным запросам в источниках доказательной медицины, таких как PubMed и др. Выяснилось, что данная статистика в Республики Узбекистан отсутствует, несмотря на наличие наркозависимых пациентов с остеомиелитом и остеонекрозом челюстей, что обуславливает актуальность дальнейших исследований по данной теме. Предлагаемые исследования необходимы для повышения осведомленности и навыков распознавания орофациальных симптомов наркозависимости, а также разработки в будущем более щадящих методов лечения рассматриваемых патологий для избежания инвалидизации пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ МЕДИАСТИНИТЕ

*Норкулов М. М., Ботирова З. Х. студенты 403 гр.стом. фак. ТГСИ
Научный руководитель: Абдуллаев Ш.Ю., профессор, д. м. н. , заведующий
кафедрой заболеваний челюстно-лицевой области и травматологии
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность

Одонтогенный медиастинит не столь редкое заболевание. Особенно часто это заболевание встречается в многопрофильном стационаре, где концентрируются наиболее тяжелые пациенты, проводятся обширные вмешательства на органах средостения. К настоящему времени в лечении медиастинита достигнуты определенные успехи, эта форма генерализованной хирургической инфекции продолжает оставаться одной из самых тяжелых, летальность во всем мире колеблется в пределах 25—58%. Нельзя забывать о

сложности постановки диагноза медиастинита, особенно возникшего на фоне тяжелого основного или сопутствующего заболевания.

Цель

Повышение эффективности мероприятия для уменьшения количества осложнений при одонтогенном медиастините

Для профилактики осложнений при медиастините назначается приём антибиотиков, также проводится дренаж очагов гнойного воспаления. Необходимо скорейшее хирургическое вмешательство. При гнойном медиастините, выполняют санацию средостения и медиастинотомию. Для этого используется активная аспирация, средостение промывается антисептиками. При перфорации пищевода, параллельно выполняют гастростомию или эзофагостомию. Если лечение начато в ранний период, 12-24 часа с момента начала развития заболевания дефекты в стенках бронхов и пищевода ушиваются, выполняется дренаж плевральной полости. В случае с гнойником выполняют трансторакальную пункцию и промывают область абсцесса.

Прогноз медиастинита всегда очень серьезен. На исход заболевания влияет характер основного заболевания или травмы, своевременность распознавания медиастинита, адекватность хирургического вмешательства и правильность ведения послеоперационного периода.

Пути профилактики медиастинита заключаются, главным образом, в предупреждении ятрогенных повреждений и интраоперационных ранений органов средостения, своевременной диагностике и рациональном лечении заболеваний, приводящих к медиастиниту.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ САМОАБСОРБИРУЮЩИМСЯ КСЕНОМАТЕРИАЛОМ С ПОМОЩЬЮ КЛКТ

Одилов Б.Б. 5 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель – доц. Хасанов Ш. М.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность. Передняя часть верхней челюсти - очень специфическое место, и в большинстве случаев дефицит в этой области представляет собой сочетание горизонтальных и вертикальных частей. Поэтому для достижения оптимальных эстетических результатов с нормальной высотой коронки наиболее часто используемым методом лечения этой области является вертикальное наращивание гребня. Развитые вертикальные дефекты в передней части верхней челюсти часто вызывают эстетические проблемы лица, такие как отсутствие поддержки губ.

Хирургическая процедура в данной области сложна, поскольку здесь отсутствует язычный лоскут, которого можно было бы использовать, как в

нижней челюсти. Также выдвижение буккального лоскута относительно затруднен, чем в задней части верхней челюсти.

Цель: Воссоздать достаточную ширину кости для дальнейшей имплантации с протезированием, обеспечивая «минимальный уход» наращенной кости в послеоперационный период.

Материалы и методы. Для составления комплексного плана лечения потребовались консультации ортодонта, эндодонта и ортодонта. Была проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КТ) верхнечелюстной дуги, чтобы понять анатомию, состояние дефицитных гребней и близость верхнечелюстной пазухи. При анализе КТ обнаружен дефект на левом квадранте верхней челюсти (область удаленных 24-25 зубов). Количество кости в вертикальном измерении в данной области составило 3,5-4,8 мм в самом узком и широком сегменте соответственно. Однако для установки подходящего имплантата на эту область необходимо 6-7 мм ширины.

Предоперационная подготовка больного. Никаких серьезных препятствий для проведения данной операции не было. Пациенту были выписаны следующие препараты: амоксициллин 500 мг (в/в в течение 10 дней, начиная за 24 часа до процедуры), ибупрофен 600 мг (каждые 4-6 часов по мере необходимости), кетонал (каждые шесть часов в послеоперационный период).

Операционные манипуляции. Блокада заднего верхнего альвеолярного, среднего верхнего альвеолярного, большего небного нервов и местная инфильтрация артикаином 4% (эпинефрин 1:100 000). В правом квадранте верхней челюсти был выкроен лоскут на всю толщину, чтобы обнажить кортикальную кость.

Для улучшения видимости и снижения вероятности разрыва тканей были сделаны два вертикальных расслабляющих разреза.

После хирургического доступа к области буккальные аспекты дефицитного гребня были декортицированы круглым алмазным бором для усиления костномозгового кровотечения. Были установлены два 10-миллиметровых винта и обеспечена неподвижность. Затем на этот участок в избытке был помещен ксенотрансплантат Inducera. Поверх костного аллотрансплантата была помещена рассасывающаяся коллагеновая мембрана LysoGuide, а лоскут был репозиционирован и сшит в исходное положение. Заживление проходило без осложнений.

Через 4 месяца была проведена КТ верхней челюсти и был зафиксирован результат НКР.

Через 8 месяцев после GBR участок был анестезирован и обнажен и был проведена имплантация в области лунок удаленных 24 и 25 зубов, были выбраны имплантаты компании Dentium.

Была проведена незначительная остеотомия с буккальной и язычной стороны для обеспечения долгосрочной стабильности тканей и предотвращения рецессии.

Результаты. При оценке КТ через 8 месяцев обнаруживается хороший

вертикальный прирост кости. Верхнечелюстная пазуха без изменений. Был получен прирост кости в ширину до 6,5-7 мм с 3,5 мм в дистальной и с 4,8 мм с мезиальной части дефекта.

Выводы. Предсказуемая процедура регенерации кости в дефицитном верхнечелюстном или нижнечелюстном гребне возможна, если определены факторы успеха и потенциальные факторы риска. По литературным данным к этим факторам относятся: оголение или разрыв мембраны, чрезмерная воспалительная реакция, отслаивание лоскута (связано с использованием неабсорбируемой мембраны), инфицирование раны, открытие линии разреза и др.

Степень послеоперационной потери костной ткани зависит от выбранной клиницистом методики, индивидуально подобранной по анатомическим строением, дооперационной подготовкой и правильным послеоперационным ведением пациента.

Литература:

Istvan Urban. Vertical 2 THE NEXT LEVEL OF HARD AND SOFT TISSUE AUGMENTATION. Anterior maxillary vertical augmentation. Complex reconstruction of an anterior maxillary vertical defect

Clinical Cases in Periodontics SECOND EDITION Edited by Nadeem Karimbux, DMD, MMSc Tufts University School of Dental Medicine Boston, MA, USA

Simion M, Ferrantino L, Idotta E, Zarone F. Turned implants in vertical augmented bone: a retrospective study with 13 to 21 years follow- up. Int J Periodontics Restorative Dent 2016;36:309–317.

Rominger JW, Triplett RG. The use of guided tissue regeneration to improve implant osseointegration. J Oral Maxillofac Surg 1994;52:106–112.

Urban IA, Jovanovic SA, Lozada JL. Vertical ridge augmentation using guided bone regeneration (GBR) in three clinical scenarios prior to implant placement: a retrospective study of 35 patients 12 to 72 months after loading. Int J Oral Maxillofac Implants 2009;24:502–510.

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕЛОМОВ ЗУБОВ

Ойдинов А.Э.¹, Исламов Ш.Э.², Махматмурадова Н.Н.²

¹ALFRAGANUS UNIVERSITY,

²Самаркандский Государственный медицинский университет
Узбекистан

Актуальность. Здоровье полости рта является одним из основных показателей общего здоровья, благополучия и качества жизни. ВОЗ определяет здоровье полости рта как «состояние, характеризующееся отсутствием хронической боли в полости рта и в области лица, рака ротовой полости рта и горла, инфекций и язв полости рта, заболеваний пародонта (десен), зубного кариеса, выпадения зубов и других заболеваний и нарушений здоровья, ограничивающих способности человека кусать, жевать, улыбаться и говорить и его психосоциальное благополучие» (WHO, 2018).

Травмы полости рта и зубов - это полученные в результате удара повреждения зубов и/или других твердых или мягких тканей внутри и вокруг рта и в полости рта. Глобальная распространенность травм всех зубов (молочных и постоянных) составляет около 20%. Причинами травм полости рта и зубов могут быть состояние ротовой полости (неправильный прикус, при котором верхняя челюсть значительно перекрывает нижнюю); факторы, связанные с окружающей средой (например, небезопасные игровые площадки и школы); поведение высокого риска; и насилие. Лечение таких травм дорогостоящее и длительное и иногда может приводить к выпадению зубов с последствиями для формирования лица, психологического развития и качества жизни.

По данным судебно-медицинской практики, повреждения зубов составляет в среднем 2,4 % челюстно-лицевой травмы, а переломы нижней челюсти от 70 до 85 % всех переломов лица неогнестрельного происхождения.

Целью исследований явилось установление вида, характера переломов зубов.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились материалы судебно-медицинской экспертизы случаев повреждений зубов, проведенных в амбулаторном отделе Ташкентского городского филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы Республики Узбекистан.

По специальной компьютерной программе с использованием разработанных нами карт-анкет, включающих классифицирующие параметры (обстоятельства дела, локализация, характер, причина, механизм, давность и влияние его на исход), исследованы 237 заключений судебно-медицинских экспертиз, в том числе 225 (94,9%) первичных, 8(3,37%) дополнительных и 4(1,68%) повторных (I группа).

Также был проведен ретроспективный анализ 152 историй болезни и амбулаторных карт пациентов с повреждениями челюстей, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении отделении челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского стоматологического медицинского института (II группа).

Применены следующие методы исследования: катamnестические, клинические, макроскопические, стереомикроскопические, рентгенологические, статистические.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в абсолютном большинстве случаев травма получена в результате драки 177 (45,5%), автомобильной травмы 80 (20,56%) и при падении 54 (13,88%) Также наблюдались случаи травмирования при занятии спортом, при удалении зубов и др. При анализе в разрезе групп количество госпитализированных больных с повреждениями зубов при падении и удалении зубов было 15 (9,86) и 10 (6,57%) соответственно, чем прошедших освидетельствование 19 (8,02%) и 14 (5,9%). Хотя число освидетельствованных по поводу повреждений зубов при автоаварии было также выше 54 (22,78%), чем у лиц II-й группы 26 (17,1%). В обеих группах отмечалась схожая картина по обстоятельствам возникновения травмы.

Было проведено исследование по установлению повреждений зубов в обеих группах. При этом было выявлено преобладание перелом только эмали зуба (откол эмали) 45,76% (178) и перелом коронки зуба без повреждения пульпы 20,3% (79) соответственно в обеих исследуемых группах.

Наиболее часто выявлялись перелом коронки зуба без повреждения пульпы и также отмечались перелом корня зуба 9,77% (38), люксация зуба 5,4% (21), перелом коронки зуба с повреждением пульпы 4,11% (16), полный вывих зуба 3,86% (15), множественные переломы зубов 3,34% (13). перелом корня зуба и коронки по 2,83% (11), интрузия или эктрузия зуба 2,31% (9) и перелом зуба неуточненный 1,8% (7). Хотя в процентном соотношении в I-й группе явно преобладали виды повреждений: перелом только эмали зуба, перелом коронки зуба без повреждения пульпы, перелом корня зуба.

При установлении механизма возникновения повреждений зубов отмечалось явное преобладание удара в область зубов в обеих группах 58,5% (в I-й группе – 66,24%, во II-й группе 46,05%). Хотя отмечались в и изгиб в общем 38,04% (в I-й группе – 29,95%, во II-й группе 50,65%), а в отдельных случаях сдвиг 3,59% (в I-й группе – 3,79%, во II-й группе 3,28%).

Данные относительно установления механизма удара были выяснены лишь в обеих группах. В частности, было установлено, что в абсолютном большинстве случаев удар наносился в область верхней челюсти, меньше в нижнюю.

Чаще всего отмечались удары кулаком 48,59% (189) (в I-й группе – 57,8%, во II-й группе 34,21%), меньше палкой, арматурой 10,54% (41) (в I-й группе – 10,12%, во II-й группе 11,18%) и другими предметами 32,39% (126) (в I-й группе – 24,47%, во II-й группе 44,74%). Также выявлены удары кастетом 3,34% (13) (в I-й группе – 2,95%, во II-й группе 3,95%), и удары битой 5,14% (1) (в I-й группе – 4,64%, во II-й группе 5,92%). Как видно в I-й группе отмечается явное преобладание удара кулаком над остальными

Перелом только эмали зуба. Это повреждение встречается в двух вариантах: в виде трещин, которые не приводят к нарушению анатомической целостности зуба, и в виде отколов эмали, которые к ней приводят. Перелом только эмали зуба может сочетаться с ушибом (сотрясением) зуба.

При осмотре у половины пострадавших выявляют трещины эмали, локализующиеся чаще всего у режущего края преимущественно в поверхностных слоях эмали. Однако основная сила удара при ушибе и переломе эмали передается на периодонт в область верхушки корня, в результате чего может произойти разрыв части волокон периодонта или наступить его ишемия за счет отека тканей или сдавливания тканей периодонта гематомой.

Перелом коронки зуба без повреждения пульпы. При этом виде

повреждения линия перелома проходит через дентин.

Чаще всего это косой перелом медиального угла коронки, реже дистального угла и совсем редко линия перелома проходит параллельно режущему краю или вдоль оси зуба. Эмаль обычно откалывается по эмалево-

дентинной границе. В зависимости от величины отломившейся части коронки зуба пульпа находится на разном расстоянии от линии перелома. Некроз пульпы вследствие разрыва сосудисто-нервного пучка в области апикального отверстия при переломе коронки в пределах дентина встречается редко, так как отлом части коронки зуба гасит силу удара, которая могла бы передаться на корень и периодонт.

Перелом коронки зуба с обнажением пульпы. Перелом коронки с обнажением пульпы встречается достаточно часто. По разным данным, он занимает четвертое место среди всех видов травм зубов. Как правило, пациенты обращались за помощью в день травмы или на следующий день. Обнажение пульпы может быть точечным или полным.

Цвет травмированной пульпы зависит от сроков обращения пациента. Сразу после травмы – ярко-красный, а через несколько дней после травмы она приобретает сероватый оттенок. При зондировании пульпа – резко болезненная и может кровоточить. Перкуссия болезненная за счет травмы тканей периодонта, боль со временем может пройти, если не произойдет инфицирование периодонта. Зуб неподвижен. Рентгенологическое исследование позволяет уточнить степень развития корня и исключает его перелом.

Перелом корня зуба. Распространенность перелома корня составляет 0,2-7% травматических повреждений зубов. Перелом может быть самостоятельным или в сочетании с повреждением твердых тканей зуба и с обнажением пульпы. Перелом корня может сочетаться с переломом альвеолярной отростка. Перелом корня может произойти на различных уровнях анатомической длины корня зуба: верхушечной, срединной или пришеечной.

Существуют разные виды переломов корня зуба: поперечный, продольный, косой, комбинированный. Они могут быть со смещением фрагментов корня зуба или без смещения.

В ранние сроки после травмы пострадавший жалуется на ноющую боль и/или боль при накусывании на зуб. Интенсивность боли у пациентов различна. Иногда его тревожит подвижность зуба, изменение положения коронки зуба в зубном ряду при смещении отломков. При переломе корня рентгенологически уточняется локализация линии перелома, ее направление, смещение отломков, состояние периодонта и альвеолярного отростка.

Переломы корня – редкие и тяжелые последствия травм зубов. При таких повреждениях страдают цемент, дентин корня, пульпа и периодонт. Чаще такая травма встречается в возрасте после подросткового периода, когда корни резцов сформированы, т.к. в более раннем возрасте альвеолярная кость более эластична и это амортизирует удар. При переломе корня в средней трети отмечаются умеренная подвижность зуба, его чувствительность при перкуссии и надкусывании.

Перелом коронки и корня зуба. При этом виде повреждения характерны жалобы на подвижность части зуба, болевая реакция на различные виды раздражителей. При осмотре выявляется подвижность части зуба, коронка зуба иногда окрашивается в розовый цвет, полость зуба вскрыта.

На рентгенограмме видна линия перелома, переходящая через коронку на корень зуба на различную глубину. Если линия перелома корня определяется только в пришеечной трети корня, то проведены удаление коронкового фрагмента и эндодонтическое лечение зуба.

Выводы. Таким образом, случаи переломов зубов в основном отмечались у лиц работоспособного возраста, чаще у лиц мужского пола. **Переломы зубов могут возникать в области коронки и шейки, а также в области корня. Прочностные свойства зубов возрастают в зависимости от порядка их расположения, в результате переломы крупных жевательных зубов сравнительно редки и возникают преимущественно при переломах челюсти или ее альвеолярного отростка. Переломы зубов могут быть поперечными, косыми и вертикальными относительно оси зуба. Шейка зуба означает самую слабую с точки зрения прочности часть коронки, и возникающие здесь переломы обычно бывают полными.**

ЁНОҚ-ОРБИТАЛ КОМПЛЕКСНИНГ ТРАВМАДАН КЕЙИНГИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА РАҚАМЛИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Олимжонов Темур Алишер ўғли

Тошкент давлат стоматология институти

Тадқиқотнинг мақсади— ёноқ-орбитал комплекснинг (ЁОК) травмадан кейинги деформацияси бўлган беморларда рақамли технологиялардан фойдаланиш самарадорлигини натижаларни анъанавий жарроҳлик даволаш усуллари билан таққослаш орқали аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. 2022-2024 йилларда Тошкент Тиббиёт Академияси (ТТА) кўп тармоқли поликлиникасида ёноқ-орбитал комплекси (ЁОК) жарохатланган 130 нафар жабрланувчини жарроҳлик даволаш тажрибаси умумлаштирилди. Ёноқ-орбитал комплекси (ЁОК) шикастланишдан кейинги деформация бўлган беморларнинг 42,3% (55/130), шу жумладан шикастланишдан кейинги нуқсонлар ва орбитанинг пастки деворининг деформациялари билан даволанган — 36,3% (20/55). Операцияларни клиник ва рентгенологик режалаштириш асосида беморларнинг икки гуруҳи аниқланди: 1 — гуруҳга виртуал жарроҳлик режалаштиришни амалга оширмаган беморлар-54,5% (30/55) ҳолатлар, 2-гуруҳга виртуал режалаштиришдан ўтган беморлар (45,4% (25/55) ҳолатлар). 12 ва 9 беморларда кўз бўшлиғининг деформациялари

бор еди — мос равишда 1 ва 2 гуруҳларда.

Натижалар. 1-гуруҳ беморларида ЁОК анатомиясининг оптимал тикланиши 73,3% (22/30), 2-гуруҳ беморларида 92% (23/25) ҳолатларда қайд етилган. 1-гуруҳ беморларида орбитанинг пастки деворини реконструкция қилишда 66,7% (8/12) ҳолларда муваффақиятли натижаларга еришилди, 2-гуруҳда 77,8% (7/9), бошқа ҳолларда турли хил асоратлар қайд етилди. Жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида компьютер моделлаштириш ва 3Д босиб чиқариш технологияларидан фойдаланган ҳолда ёноқ суяги ва орбитанинг пастки девори имплантларини ишлаб чиқаришга индивидуал ёндашув ишлаб чиқилган.

Хулоса. Шикастланишдан кейинги деформацияларни жарроҳлик даволашда рақамли технологиялардан фойдаланиш, анъанавий усуллардан фарқли ўларок, имплантларни жойлаштириш ва реконструкция пайтида асоратларни ривожланишининг муаммоли масалаларини олдини олади, жарроҳликнинг травматик хусусиятини сезиларли даражада камайтиради ва беморларнинг реабилитациясини тезлаштиради.

ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

*Магистр кафедры хирургической стоматологии: Рашидова Н.У.,
Мухаммедов И.Ш.*

*Научный руководитель: Доцент кафедры хирургической стоматологии
Садыкова Хуришда Кабуловна.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), сопровождается многочисленными поражениями различных органов и систем человеческого организма и нередко приводит к летальному исходу, особенно при наличии факторов риска (пожилой возраст, абдоминальное ожирение, тяжелая артериальная гипертензия, сахарный диабет). Неврологи и инфекционисты описывают при этом вирусном заболевании частое поражение различных отделов периферической нервной системы за счет обострения и острого течения герпетических инфекций. Хотя коронавирусная болезнь 2019 (COVID - 19) в первую очередь проявляется легочными симптомами, но врачами распознавали внелегочные симптомы, включая кожные. Кожные проявления у пациентов с COVID-19 включают акроишемические, обмороженные высыпания, петехии и пурпуру, везикулы, крапивницу и эритематозные макулопапулы. Опоясывающий герпес (HZ) вызывается вирусом ветряной оспы. Пациенты с

риском НЗ включают пожилых и людей с ослабленным иммунитетом. Хотя известно, что COVID-19 влияет на иммунную систему и может увеличивать риск НЗ, многие исследования подтверждают связь между НЗ и COVID-19.

В литературе имеются сообщения о том, что SARS-CoV-2 может быть фактором риска реактивации Herpesviridae. “Реактивация вируса ветряной оспы после вакцинации против COVID-19: систематический обзор сообщений о случаях заболевания”. “Реактивация вируса ветряной оспы и простого герпеса после вакцинации против COVID-19: обзор 40 случаев в Международном дерматологическом регистре”

Цель исследования. Изучения клинику пост ковидной герпетической невралгии тройничного нерва и разработать схему лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 23 пациента с невралгией тройничного нерва, с порожением I, II и III ветви нерва. Из них 16 больных были повторные и 7 больных первичные. Возраст больных колеблется от 40 до 70 лет. У всех больных кроме типичной симптоматики невралгии были герпетические болезненные высыпания по ходу направления тройничного нерва.

Было проведено исследование МРТ и Электромиография ветвей тройничного нерва.

В заключениях МРТ у всех больных были умеренные проявления сосудистой энцефалопатии. Косвенные признаки внутричерепной гипертензии. Нейроваскулярный конфликт в области тройничного нерва пораженной стороне.

В заключениях электромиографии признаки афферентной ирритации и замедления проводимости по тройничному нерву пораженной стороне.

На ряду с традиционными методами лечения назначали противовирусный препарат крем “Герпес-Стоп” (Производитель Livzon(Group) Pharmaceutical Factory (Китай)) состав которого входит активное вещество пенцикловир. Пенцикловир является блокатором синтеза вирусной ДНК. В пораженных вирусом клетках человека, он активируется, превращаясь в пенцикловира трифосфат, который нарушает синтез вирусной ДНК. В отличие от ацикловира препарат эффективен на более поздних стадиях герпеса, создает более высокие внутриклеточные концентрации и имеет длительный внутриклеточный период полувыведения (7 –20 часов).

Результаты и обсуждения. По ходу лечения больных невралгии тройничного нерва выявлено, что из анамнеза перенесли COVID-19 и лечились по стандарту 3-6-9 месяцев тому назад.

Во время обострения симптомов невралгии у больных появились герпетические высыпания по ходу пораженных нервов. Всем больным назначали крем “Герпес-Стоп” по схеме.

Был проведён опрос через неделю после лечения. По опросу пациентов 1-ой группы у 7 больных было “значительное улучшение”, 8 больных “улучшение”. 2-ой группы у 5 больного были “без перемен”, у 2 больного было “значительное улучшение”, у 1 больного наблюдалось “улучшение”.

По результату лечения пациенты, которые лечились только с

традиционными методами наблюдалось что, у них не исчезла сыпь в течении 2 недель и болевые ощущения сохранились в течении месяца.

Заклучения. Перенесенная коронавирусная инфекция является одним из наиболее значимых факторов риска реактивации разных видов вируса. По этому назначения крема “Герпес-Стоп” значительно повышает эффективность лечения в виде сокращения сроков разрешения элементов и субъективных ощущений у больных невралгии тройничного нерва.

Литературы: 1. Садикова Х.К, Солиев Ш.М. Тема: “Эффективность консервативного метода лечения невралгии тройничного нерва препаратом “Невролон””, “Биология ва тиббиёт муаммолари” Международный научный журнал № 4.1(98) 2017йил, 110-бет.

2. Садикова Х.К, Солиев Ш.М, Маннонов Ж.Ж Тема: “Эффективность консервативного метода лечения невралгии тройничного нерва”, “ЮЖХ ва стоматологиянинг долзарб муаммолари мавзусида” II международный научно-практический конгресс 2018 123-125 бетлар.

3. Wollina U, Karadağ AS, Rowland - Payne C, Chiriac A, Lotti T. Кожные признаки у пациентов с COVID - 19: обзор . Dermatol Ther . 2020; XXX : e13549. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

4. Б.В Пинегин, А.В Некрасов, Р.М Хаитов. ГНЦ- Институт иммунологии МЗ РФ, Москва. Иммуномодулятор Полиоксидоний: Механизм действия и аспект клинического применения 44-47

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3% ЛИМОННОЙ КИСЛОТЫ

*Магистр кафедры хирургической стоматологии: Рашидова Нозима
Уктам кизи.*

*Научный руководитель: Доцент кафедры хирургической стоматологии
Садыкова Хурида Кабуловна.*

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Ташкент, Узбекистан.*

Актуальность: В настоящее время сформирована теория, что в связи с изменением pH слюны в щелочную сторону происходит увеличение количество ионов кальция фосфата и гидроксилапатита в слюне, что провоцирует риск формирования слюнного камня. Так же доказанно, что на фоне эндокринной патологии увеличивается риск образования слюнных камней.

Слюннокаменная болезнь является одной из наиболее распространенных среди других заболеваний слюнных желез, и ее частота составляет от 46% до 77%. Данной патологии подвержены все возрастные группы, однако основную часть составляют пациенты от 30 до 60 лет, так же не имеет значение и половая принадлежность, поэтому изучение этой темы на сегодняшний день остаётся актуальной.

Камни слюнных желез (сиалолитиаз, слюннокаменная болезнь) это – единичные или множественные минеральные образования, закупоривающий

протоки слюнных желез. Камни слюнных желез встречаются у 1% населения преимущественно в возрасте 20-45 лет.

В стоматологии среди заболеваний слюнных желез на долю сиалолитиаза приходится 20,5-78% всей патологии.

В 85-95% случаев камни формируется в поднижнечелюстных слюнных железах и вартоновом протоке;

В 3-8% случаев камни формируются в околоушных железах и протоке Стенсена, крайне редко в подъязычных и малых слюнных железах;

В основу комплексного обследования пациентов со слюннокаменной болезнью входят общие методы (опрос, осмотр, пальпация) и специальные методы. В специальные методы обследования входят: рентгенография в различных проекциях, ультразвуковое исследование, сиалография, при проблемах определение локализации слюнного камня проводят компьютерную томографию.

В практике врача, на сегодняшний день, применяются методики экстракорпоральной ударноволновой литотрипсии, эндоскопической лазерной литотрипсии или интрадуктальный литолиз 3% лимонной кислотой.

Цель исследования: Совершенствование методов диагностики и лечения с использованием 3%-ой лимонной кислоты.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 18 больных со слюннокаменной болезни в поликлинике хирургической стоматологии. Из них 10 женщин 8 мужчин. У 16 больных камни встречалось поднижнечелюстной слюнной железе и в вартоновом протоке, у 2 встречалось в околоушной слюнной железе и в Стеноновом протоке. Всем проведено УЗД, рентгенологическое исследование и сиалография. Провели лечение слюннокаменной болезни путем введения 0,5-1.0 мл 3% раствора лимонной кислоты один раз в день, в течение 30 дней в проток и паренхиму, дополнительно вводят аспирин по 0,5 мл 3 раза в день. Для растворения камня размером до 0,5 см проводят один курс. Для камней большего размера курс лечения повторяют через 3 и 6 месяцев.

Результаты и обсуждения: после воздействия 3% раствора лимонной кислоты и их структура не отличаются от контроля. В отдельных участках отмечается утолщение ряда волокон до 10-15 мкм с сохранением их волнистости и гомогенности.

Воздействие на железу 3% раствора лимонной кислоты по схеме в зависимости от размера камней приводит к утолщению стенок выводных протоков на всех уровнях. 3% лимонная кислота приводит к расщеплению больших камней и при назначении слюногенных диет, самопроизвольно выходит из протоков железы. Иногда некоторым больным назначается легкий массаж и буживанием протоков различными ферментами (трипсин, хемотрипсин).

Приводимые данные в литературе относительно современных методик диагностики и оперативных вмешательств, дают возможность говорить, о необходимости введения малоинвазивных технологий при проявлении слюннокаменной болезни.

Выводы: таким образом применение малоинвазивного метода интрадуктального литолиза слюнных камней с применением 3% лимонной кислоты является простым высокоэффективным методом лечения, устраняющий рубцовые структуры протоков. Этот способ обеспечивает высокую эффективность лечения заболевания без хирургического удаления камней и предупреждает рецидивы камнеобразования.

Литературы: 1. Абдусаламов, М.Р. Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезнью: автореф. дис. На соискание учен. степ. д-ра мед. наук: 14.01.14 / М.Р. Абдусалламов; МГМСУ им. А.И. Евдокимова.-Москва: Б.и., 2006. – 35 с.

2. Современные Возможности ультразвуковой диагностики опухолей слюнных желез Stomatologiya No I-2, 2015(59,60) Дадамов .А.Д. Арипова Д.У. Садинова Х.К. Мирзаев М.П.

3. Денисов.А.Б. Слюнные железы. Слюнная / А.Б. Денисов. – М., 2003. – 134 с.

4. Богатов, В.В. Клинико- морфологический анализ слюннокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез / В.В. Богатов, Д.И. Голиков // Образование, наука и графика в стоматологии: сб.тр. Всерос. науч.-график. конф. - М., 2004-С.50-51.

АПИКАЛЬНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СПАСЕНИЯ ЗУБОВ

Рустамов А.А.

Научные руководители: Аслонова Г. Б., Махмудов М.Б.

*Кафедры: Хирургическая Стоматологии и Дентальной Имплантологии
Пропедевтики Ортопедической Стоматологии*

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан*

Введение: Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают значительное место в хирургической стоматологии и составляют от 85 до 95 % всех воспалительных процессов. Среди них наиболее часто встречаются острый и хронический периодонтиты, периапикальный абсцесс (в наших литературах периостит). Апикальный периодонтит характеризуется прогрессирующим течением что в итоге приводит к появлению типичной рентгенологической картины. Такие факторы как: Перфорации, перелом инструментов, уступы принуждают нас применять метод лечения как апикальная микрохирургия.

Цель исследования: Сравнить Традиционную резекцию верхушки корня с современными методами а также просмотреть прогнозы, этапы оперирования.

Материалы и методы исследования: Были проанализированы 10 летние

материалы из базы данных Delta Dental 1021 зуб и 987 пациентов. Время выживания считалось от момента завершения нехирургического повторного лечения или операции на кончике корня до момента неблагоприятного события, которое определялось как удаление после операции на кончике корня или удаление/операция на кончике корня после нехирургического повторного лечения. В анализ были включены только процедуры, выполненные эндодонтистами.

Результаты: Выживаемость зубов, подвергшихся повторному консервативному лечению, составила 90% через 2 года, 86,8% через 4 года и 85% через 6 лет. Выживаемость зубов, перенесших операцию на кончике корня, составила 93,7% через 2 года, 90,5% через 4 года и 88% через 6 лет. Статистически значимой разницы в выживаемости после консервативного повторного лечения по сравнению с хирургическим вмешательством на кончике корня не было обнаружено. Аналогичным образом, не было обнаружено статистически значимой разницы внутри или между типами зубов (передние, премоляры или моляры) при сравнении нехирургического повторного лечения с хирургическим вмешательством на кончике корня.

Выводы: Результаты этого исследования показывают, что после неудачного первичного лечения корневых каналов врачи могут выбрать либо консервативное повторное лечение, либо операцию на кончике корня. Расположение зуба не было определяющим фактором в выживаемости после консервативного повторного лечения или операции на кончике корня.

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ МЕТОДОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

*Турсунбоева М.Б. студент магистратуры 2-года обучения кафедры
Челюстно-лицевой хирургии ТГСИ*

*Научный руководитель: Юсупова Д.З., доцент кафедры Заболеваний
Челюстно-лицевой области и травматологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Определение склеродермии, как аутоиммунного заболевания, предполагает терапевтический подход. Лечение пациентов занимаются ревматологи и дерматологи, усилия их направлены на купирование аутоиммунного процесса, однако не существует единого алгоритма хирургического лечения, позволяющего создать условия для полноценной реабилитации.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области вследствие склеродермии.

Материал и методы. Было исследовано 30 пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области вследствие склеродермии. Возраст пациентов колебался от 15 до 50 лет. С целью оценки структуры и размеров всех

слоев кожи, динамики изменений кожи и подлежащих тканей, проводили УЗ – сканирование кожи. Для изучения эластичности кожи и подлежащих тканей в области рубца пациентам было выполнена кутометрия. До, на этапах и после хирургического лечения проводилось 3Д-фото с целью оценки эстетических результатов. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 30 пациентов с разными формами склеродермии.

Результаты. После проведенного лечения на УЗ – сканограммах выявлено значительное увеличение толщины дермы и гиподермы в 1,5 – 2 раза, по сравнению с исходными параметрами. По результатам исследования кутометрии отмечено повышение показателя эластичности кожи на 30% по сравнению с исходными значениями и приближение к данным результатов, полученных на симметричном контрольном участке здоровой стороны у пациентов с очаговой склеродермией. По данным фотометрического исследования визуально отмечались значительные положительные эстетические результаты в виде улучшения симметризации контуров и пропорций лица. Поскольку показатели эластичности кожи коррелируют с уровнем и качественными характеристиками коллагена и эластина в коже, по результатам данного исследования можно сделать заключение о ремоделировании фиброзной ткани в зонах рубцовых изменений после липофилинга. Кроме того, полноценное восполнение объема мягких тканей способствует улучшению эстетических показателей, что позволяет рассматривать данный метод, как наиболее рациональный, для реабилитации пациентов с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области вследствие склеродермии.

Закключение. Исходя из данных проведенных исследований и данных клинических наблюдений можно сделать вывод об эффективности, малотравматичности и безопасности применения липофилинга у пациентов с рубцовыми деформациями вследствие склеродермии, позволяющий значительно сократить время реабилитации пациентов и повысить качество жизни.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Укимтаева Ж., Мусульманова З., Дадамов А.Д.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГСИ

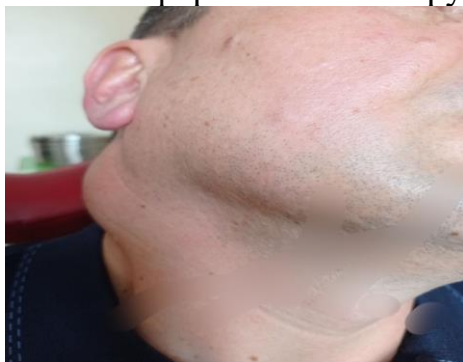
Шея является одной из сложных локализаций среди новообразований области «Голова шея», а потому вопросы дифференциальной диагностики нередко решаются в клинике с большими сложностями. Для исследования был использован материал отделения «Голова, шея» Ташкентского областного онкологического диспансера (сделан анализ новообразований шеи у 67 больных). Анализ материала показал, что наиболее часто приходится дифференцировать нижеследующие нозологии:

- осложнения флегмон, прилежащих к нижней челюсти;
- метастазы карцином в ЛУ подчелюстных областей и шеи ;

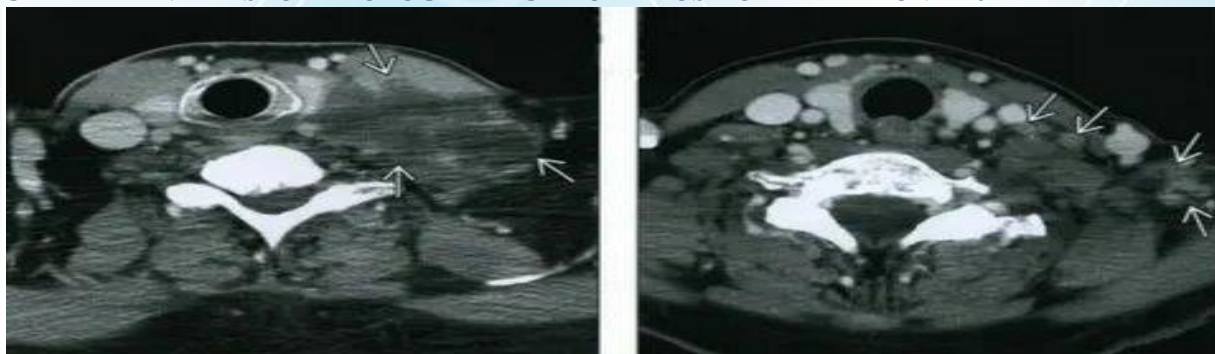
- доброкачественные опухоли мягких тканей (липома, гемангиома);
- лимфопролиферативные новообразования (лимфогрулематоз Ходжкина)
- неходжкинские лимфомы вирусной этиологии (лимфоэпителиома

Шминке) - врожденные и приобретенные кисты и свищи шеи.

Как известно, флегмоны, прилежащие к нижней челюсти, при агрессивном течении и несвоевременном хирургическом вмешательстве «способны спускаться» по сосудисто-нервному пучку шеи вниз, представляя сложности в диагностике и создавая угрозу жизни больного. Прогноз у таких больных, не получивших своевременного и специализированного лечения, нередко печален. Более чем в 80 % случаев злокачественные новообразования ЧЛЮ в зависимости от локализации, распространенности, а также клинической и морфологической формы метастазируют в шейные ЛУ.



Подчелюстные области, шея являются основной локализацией, где визуально наблюдается реакция лимфатической системы (сторожевого лимфоузла) на прогрессирующий рост опухоли. Более достоверную информацию по сравнению с физикальным обследованием дает нам УЗ-диагностика, внося коррективы в статус больного и в план лечения. При карциномах полости рта и кожи лица с наличием шейных лимфоузлов, диагноз ставился на основании биопсии и цитологического заключения из самой опухоли. В редких случаях прибегали к удалению ЛУ. При карциномах полости рта особо актуальными сегодня следует считать исследования, направленные на выявление ранних нарушений, а именно, в подъязычном лимфатическом русле, подъязычных ЛУ. Градация уровней ЛУ шеи по XRay не предусматривает описания лимфатического статуса выше подъязычной области. Как правило, описываются уровни, к которым подъязычная область территориально близка, но изменения со стороны подъязычных ЛУ они не захватывают и, таким образом, ранние изменения при карциномах полости рта остаются нераскрытыми. Первое выявление ЛУ при УЗ-обследовании на уровнях, не захватывающих подъязычную область, следует, очевидно, рассматривать как уже более развившуюся клиническую картину болезни (Ananyan S.G., 2015, Nishio N. 2018, Fang Q, 2019, (47) Гветадзе Ш. 2021).



КТ метастазированных ЛУ шеи при раке полости рта

При липомах шеи проводили дифференциальную диагностику со злокачественной лимфоэпителиомой, при которой при клиничко-лабораторном обследовании проводили УЗ-диагностику селезенки, печени и средостения на предмет возможного метастазирования в вышеназванные органы. При пункционной биопсии новообразования без получения материала (характерно для липомы), производили эксцизионную биопсию с последующим гистологическим исследованием материала.

Лимфотропные вирусы Епштейна-Барр (EBV), СПИДА (ВИЧ), (HTLV-1) поражают преимущественно лимфатическую систему и, как правило, в молодом возрасте, приводя к росту новообразований из лимфоидной ткани (болезнь Ходжкина, т.н. неходжкинские лимфомы, имеющие вирусную этиологию) с частой локализацией на шее. При лимфоме Беркитта выявлены множественные поражения в челюстных костях в периоды прорезывания зубов и становления прикуса. Болезнь признана самой быстрорастущей опухолью и если вовремя не начать лечение, она быстро приводит к смертельному исходу.

В крови больных детей обнаруживались антитела к соответствующим вирусам - EBV и ВИЧ. Основным методом лечения при лимфомах признанной считается химиотерапия. Ранняя интенсивная химиотерапия более чем в половине случаев помогает существенно продлить жизнь пациентам (Леонтьева А.А., 2015, Чешик А.А., 2017).

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) одна из злокачественных опухолей, наиболее часто проявляющаяся в области шеи. При болезни Ходжкина в пунктате лимфоузлов выявляются гигантские двуядерные клетки Березовского-Штернберга (БШ). Диагноз подтверждался обнаружением. При иммуногистохимическом исследовании ЛУ при ЛГМ специфическими антителами выявлены характерные для вышеназванных новообразований группы антигенных белков (CD кластеров).

В случаях врожденных и приобретенных кист и свищей шеи особое внимание уделялось анамнезу заболевания, возрасту больных, отсутствию новообразований в других участках тела. С целью дифференциальной диагностики широко использовали анамнестические данные больного, УЗ-диагностику, методы рентгеноконтрастной фистулографии, пункционную биопсию.

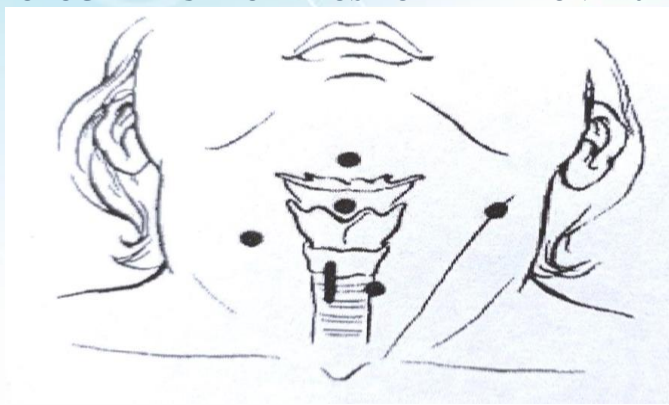


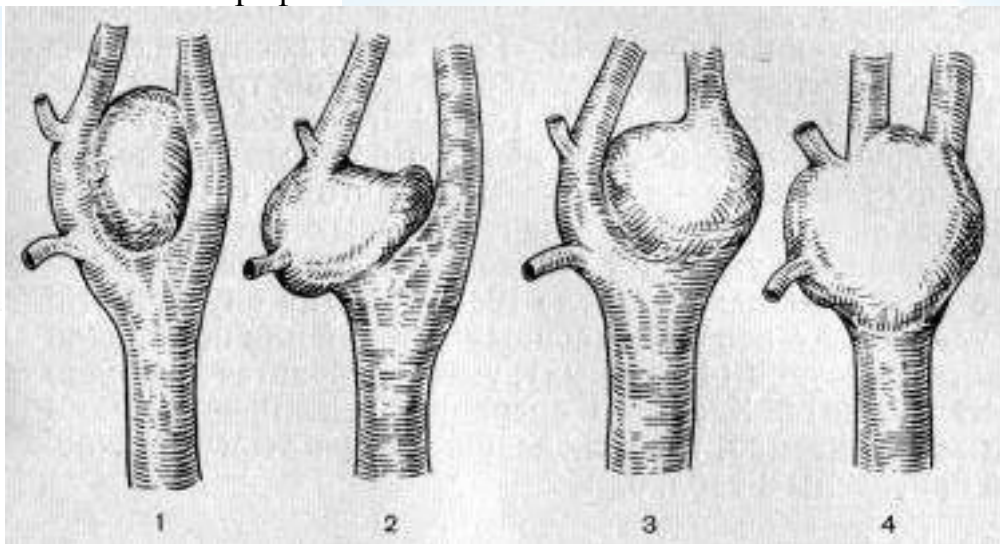
Рис. Характерные локализации врожденных кист и свищей шеи.



Рис. VIII. 6. Срединные кисты шеи в боковой (а) и прямой (б) проекциях.

Каротидные хеMODEKТОМЫ - на шее выявляется пульсирующая опухоль вблизи развилки общей сонной артерии, на уровне границы верхней и средней трети шеи постепенно формируется выбухание, рост направлен к основанию черепа (рис. 22.54). Глотку хеMODEKТОМА деформирует обычно при большом объеме (опухоли более 9 см в наибольшем измерении). Опухоль может распространяться вниз по ходу сосудисто-нервного пучка шеи. Как особая группа местных симптомов с дистанцированным действием симптоматики, обычно объясняется вовлечением в процесс отрезков периферических черепно-мозговых нервов в зоне их выхода из черепа и пограничного шейного симпатического ствола. Наиболее частые проявления заключаются в охриплости (неподвижность гортани половины), девиации языка, поперхивании, синдроме Клода Бернара-Горнера (клинический **синдром**, вызванный поражением симпатической нервной системы, - птоз, миоз, энофтальм на стороне

поражения). Визуализировать уровень кровоснабжения опухолей, их размер и соотношение с сосудисто-нервным пучком шеи наиболее объективно позволяет селективная ангиография



ИССЛЕДОВАНИЯ ДО КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ГЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.

Усманова Д.Р.¹, Шомуродов К.Э.², Мукимов О.А.¹

¹Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

На сегодняшний день на рынке представлено большое количество коллагенсодержащих мембран, большинство из них эффективно выполняют барьерные функции, однако их недостаточная толщина не позволяет добиться значимого прироста объема мягких тканей. В отличие от них, коллагеновая матрица с комбинированной структурой способствует восполнению мягкотканых дефектов в ходе одной операции даже при дефиците мягких тканей, но возможности ее клинического применения ещё недостаточно изучены.

В связи с этим, актуальной задачей является дальнейшее исследование свойств материалов, позволяющих получать достаточный объем прикрепленной кератинизированной десны, а также разработка методик, способствующих снижению травматичности и объема хирургических вмешательств.

Цель. Провести Анализ применения препаратов коллагена для увеличения объема десны.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели

нами были изучены и проанализированы научные статьи, исследования и клинические случаи применения препаратов коллагена различных производителей, их эффективность и отдалённые результаты лечения.

В связи с широким распространением таких заболеваний, как рецессия пародонтит, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, альвеолит, серьезной проблемой остается выбор оптимальной тактики лечения и эффективных средств. Гели позволяют направленно обеспечить большую концентрацию лекарственных веществ непосредственно в очаге поражения, обладают оптимальными реологическими свойствами, обеспечивают наиболее полное и быстрое высвобождение основных действующих веществ.

Наиболее перспективными вспомогательными веществами являются коллаген и гиалуроновая кислота, которые отличаются пролонгированным действием, регенеративными свойствами, индифферентностью и широко используются в фармацевтической технологии, в частности для создания мягких лекарственных форм [2]. Формообразующая способность коллагена многогранна. В виде растворов он может быть основой мазей, линиментов, пролонгатором жидких лекарственных форм (капли, инъекционные растворы), загустителем и т.д. При сушке растворов на воздухе образуются прозрачные пленки, которые используются как самостоятельная лекарственная форма. После замораживания и лиофильной сушки растворов получают высокопористые структуры (губки), плотность которых зависит от исходной концентрации коллагена и других ингредиентов. При распылительной сушке растворов или диспергирования сухих пленок, губок и других продуктов получают порошки, которые могут использоваться как самостоятельные лекарственные формы и как вспомогательные вещества при изготовлении других лекарственных форм. Гиалуроновая кислота также широко применяется в фармацевтической и косметологической промышленности.

Гиалуроновая кислота осуществляет транспортную функцию – полимерную сеть, которую гиалуроновая кислота образует на поверхности кожи, позволяет биологически активным веществам, входящим в состав косметических средств, дольше на ней задерживаться, что повышает вероятность того, что они проникнут в эпидермис. Гиалуроновая кислота обладает большой водоудерживающей способностью – одна молекула гиалуроновой кислоты связывает до 5000 молекул воды. Поглощенная вода удерживается внутри в виде геля и не испаряется даже при понижении влажности окружающего воздуха. Нами разработано несколько моделей геля с использованием различных вспомогательных веществ.

В состав первого растворимого стекловидного тела входит 90% гиалуроновой кислоты и 10% воды. В свою очередь стекловидное тело обладает следующими свойствами: В стекловидном теле присутствуют клетки — гиалоциты, в основном располагающиеся на его границах. Эти клетки участвуют в секреции гиалуроновой кислоты, коллагенов и растворимых белков стекловидного тела, а также образуют гемидесмосомы, которые обеспечивают прикрепление стекловидного тела к выстилающей мембране сетчатки. По

происхождению большинство гиалоцитов является макрофагами[4].

В качестве второго растворителя использовали 0,9% раствор хлорида натрия.

Результаты и обсуждение.

Наиболее оптимальной моделью геля оказалась модель №1, которая по своей консистенции удобна для помещения в пародонтальный карман и более длительного воздействия на очаг поражения. Другие составы не подходили по своей консистенции, так как были разжиженными или густыми, что было неудобно с точки зрения применения, а также отличались тем, что система подверглась расслоению и теряла свои структурномеханические свойства [3]. Технологический процесс получения геля состоял из нескольких стадий. На стадии вспомогательных работ проводилась подготовка вспомогательных и лекарственных веществ, материалов.

На первой стадии проводилось получение кашеобразной основы. На следующей стадии получали гель. Гель представляет собой однородную массу белого цвета со слабым характерным запахом. Исследование стабильности гелей будет проводиться методом долгосрочных испытаний, так как они содержат термолабильные субстанции природного происхождения. Условия проведения долгосрочных испытаний максимально приближены к предполагаемым условиям хранения лекарственного средства: температура хранения (не выше $15 \pm 2^\circ\text{C}$), относительная влажность ($60 \pm 5\%$). Периодичность контроля образцов составит: 0, 3, 6, 9, 12 месяцев, что позволит подтвердить устойчивость активных компонентов в течение указанного времени. [4].

Вывод: Таким образом, проведена фармацевтическая разработка гелей на основе коллагена и гиалуроновой кислоты для применения в терапевтической и хирургической стоматологии. Исследования по контролю качества, определению условий и сроков хранения, доклинические испытания продолжаются.

Список литературы:

1. Isanova D, Mukimov O.A., Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. in Library, 19(2), 157–159.
2. Khasanov, I. I., Rizaev, J. A., & Shomurodov, K. E. (2020). Specific features of dental implantation in patients with maxillar sinusitis. *EPRA International Journal of Socio-Economic and Environmental Outlook*, 7(5), 9-17.
3. Усманова Д.Р., Шомуродов К.Э., Анализ применения препаратов коллагена для увеличения объема десны. Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2023 (1):9-16.
4. Shukparov, A. B., Shomurodov, K. E., & kizi Mirkhusanova, R. S. (2022). Microcirculation of the mucosa of the alveolar ridge during the preliminary soft tissues expansion and guided bone regeneration (clinical trial). *European journal of modern medicine and practice*, 2(9), 64-72.
5. Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Журакулов Н.Ш. Значение кератинизированной десны при протезировании с опорой на дентальные

ОБЗОР МЕТОДИК И МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ДЕСНЫ

Шомирадов К.Э., Усманова Д.Р., Мукимов О.А.

*Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии,
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.*

В обзоре освещены основные хирургические техники увеличения объема десны и проанализированы используемые для этого материалы, такие как коллагеновые матрицы и гели. Приводятся результаты клинических исследований эффективности применения коллагеновой матрицы. В результате анализа литературы выделены основные преимущества и недостатки данных методик и материалов, определены наиболее значимые и перспективные направления проведения дальнейших клинических исследований

В настоящее время разработан ряд методов увеличения объема альвеолярного отростка на основе мягкотканого компонента, в частности пересадка десневого трансплантата и применение аллопластических материалов. «Золотым стандартом» считается соединительнотканый трансплантат (СТТ). Тем не менее недостатками этих методик являются как болевой синдром, обусловленный взятием ткани, так и ее ограниченный объем. Альтернативным методом создания объема прикрепленной кератинизированной десны является применение материалов на основе коллагена.

В связи с вышеизложенной актуальной задачей является дальнейшее исследование свойств материалов, позволяющих получать достаточный объем прикрепленной кератинизированной десны, а также разработка методик, способствующих снижению травматичности и объема хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Для получения необходимого объема десны в хирургической стоматологии в предоперационном периоде наиболее часто применяют следующие техники :

- полнослойный слизисто-надкостничный лоскут на питающей ножке;
- расщепленный апикально-смещенный лоскут;
- методику валика дезэпителизированным лоскутом;
- аутоотрансплантат с нёба;
- туннельную пластику с использованием соединительнотканного трансплантата;
- расщепленный апикально-смещенный лоскут с использованием специальных мембран;
- туннельную пластику с использованием специальных мембран.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Применение соединительнотканых трансплантатов характеризуется более быстрым приживлением в донорской зоне

по сравнению с полнослойными лоскутами. С. Тарасенко и И. Ашурко, на основании выполненного в 2015 г. всестороннего анализа клинических исследований по данному вопросу пришли к выводу, что в современной специализированной литературе недостаточно сведений о результатах гистологических исследований, полученных при использовании трансплантатов, особенно при применении коллагеновых матриц. Материалы на основе коллагена давно изучены и благодаря такому их преимуществу, как высокий темп биоинтеграции, в течение последних 30 лет нашли широкое применение в остеопластике и мукогингивальной хирургии. Тем не менее продолжают исследования и разработка коллагеновых мембран с улучшенными характеристиками, более пригодных для нужд современной стоматологии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: В целом, проведенный анализ литературы по методикам и материалам, используемым для увеличения объема десны, показал перспективность применения коллагенов в сравнении с классической методикой с использованием собственных свободных соединительнотканых лоскутов и продемонстрировал хорошие результаты исследований, полученные для матриц в отношении эффективности и безопасности материала. Коллаген обладает многими свойствами, помимо структурных, включая низкую иммуногенность, хорошую гемостатическую способность, хемотаксическое действие на регенеративные клетки, такие как фибробласты и остеобласты, и, наконец, хорошую размерную стабильность.

Литература:

1. Thoma DS, Buranawat B, Hämmerle CH, et al. Efficacy of soft tissue augmentation around dental implants and in partially edentulous areas: A systematic review. J Clin Periodontol. 2021;41 (Suppl 15):S77– S91. doi: 10.1111/jcpe.12220.
2. Исанова D., & Мукимов О. (2019). Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population. in *Library*, 19(2), 157–159. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13995>

ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ

SURUNKALI PARODONTITDA ORTODONTIK DAVOLASH BILAN INTEGRATSIYALASHGAN YONDASHUV

Abdulatipov A.A., Mirzaolimov N.A., Shomurodova A.E., Ma'murboeva S. U., Muxiddinova S. S.

Ilmiy rahbar, Yusupalixo 'jaeva S.X.

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston

Muammoning dolzarbligi. Ortodontik davolashning faol bosqichida parodontning kasalliklari juda keng tarqalgan (20-38%)dir. Okklyuzion kasalliklari

bo'lgan bemorlarda parodont to'qimalarida yallig'lanish jarayoni yashirin kechichi tufayli erta tashxislashda qiyinchiliklar yuzaga kelib, davolash va profilaktika muolajalarining kechikishiga olib keladi.

Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, yallig'lanish xarakteridagi parodontning patologiyalaridan barcha turlaridan gingivit va parodontit eng keng tarqalgan bo'lib, yuza kariyes bilan ham zarar ko'rmagan butunlay sog'lom tishlarning yo'qolishiga olib keladi.

Parodont kasalliklarni kompleks davolashda harakatchan tishlarni taxtakachlash muhim o'rin egallaydi. U umumiy parodontitni jarrohlik yo'li bilan davolashdan keying yalig'lanishni davolash uchun eng qulay sharoitlarni ta'minlaydi.

Materiallar va tadqiqot usullari. O'rtacha og'irlikdagi surunkali generalashgan parodontit bilan og'rigan 40 nafar bemorda oldingi tishlarning yakka nuqsonlari kompensatsiyalangan holda harakatlanuvchi tishlarni taxtakachlash amalga oshirildi. Davolashning samaradorligi umumiy qabul qilingan klinik usullar bilan, shuningdek, parodontal tekshiruv usullarining qo'shimcha ko'rsatkichlari yordamida baholandi.

Shinalar sifatini klinik baholash shinalarning klinik va estetik ta'sirini aks ettiruvchi mezonlarga muvofiq amalga oshiriladi.

Natijalar va muhokamalar. Ko'priqli protezlari bilan bitta nuqsonni tiklash uchun tanlangan generalashgan parodontit bilan og'rigan barcha bemorlar milkdagi og'riq va noqulaylik, giperesteziya, og'izdan hid va qonashdan shikoyat qildilar.

Davolanishdan so'ng bemorlarda sezilarli sub'ektiv yaxshilanishni qayd etildi: milkdagi og'riq va qonash, giperesteziya, og'izdan nohush hid yo'qoldi. Ijobiy davolash natijalari qo'shimcha yordamchi tekshiruv usullari yordamida ham tasdiqlandi.

Parodontal destruksiya ko'rsatkichlari, yallig'lanish darajasi va og'iz gigienasi darajasi davolashdan oldingi ko'rsatkichlar bilan statistik jihatdan sezilarli darajada farqlandi.

Davolash natijalari bir vaqtning o'zida bitta etishmayotgan tishlarni taxtakachlash bosqichida amalga oshirishga imkon berdi. Yangi sharoitlarda parodontning funksional ortiqcha yuklanishining pasayishi distrofik va yallig'lanish jarayonlarining sekinroq rivojlana boshlaganiga olib kelganligi aniqlandi. Shu sababli, erta terapevtik choralar parodont to'qimalariga sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatdi.

Bemorlarning ikkala guruhida ham milkning yallig'lanish belgilari yo'q yoki minimal darajada barqarorligi qayd etilgan. Qo'shimcha yordamchi tekshirish usullarini natijalari shuni ko'rsatdiki, shisha ionomer bilan taxtakachlash bilan davolangan bemorlar guruhida davolash samarasi balandroq o'rnatilgan. Ushbu guruhdagi bemorlarda parodont holatining barcha indeks ko'rsatkichlari va og'iz bo'shlig'i gigienasi darajasi kompozit yordamida tishlari taxtakachlangan bemorlarga qaraganda 2,8 baravar past edi. Bunda shishaionomer bilan taxtakachlangan bemorlar guruhida davolashdan avval OHI-S $0,31 \pm 0,47$ bo'lsa, davolashdan so'ng u $0,99 \pm 0,02$ qiymatga teng bo'ldi, shu asnoda PMA $36,09 \pm 0,81\%$ ga $9,81 \pm 0,02\%$ ni, PI $2,18 \pm 0,02$ ga $0,22 \pm 0,01$ ni tashkil etdi.

Taqqosiy guruhda tishlarni kompozit bilan taxtakachlanganda esa bu ko'rsatkich davolashdan avval OHI-S $2,27 \pm 0,55$ bo'lsa, davolashdan so'ng u $1,12 \pm 0,31$ qiymatga teng bo'ldi, shu asnoda PMA $35,02 \pm 0,77\%$ ga $6,02 \pm 0,05\%$ ni, PI $2,22 \pm 0,08$ ga

0,45±0,05ni tashkil etdi.

Xulosa. Taxtakachlashdan so'ng 6 oy o'tgach, parodontning klinik holati turli taxtakachlar bilan og'rigan bemorlarda o'rganildi. Ikkala guruhda ham jag'ning suyak to'qimalarining tiklanishi sodir bo'ldi, rentgenografiyada periosteal bo'shliqning torayishi va alveolyar devorning rezorbsiyasi va osteoparoz zonalarining torayishi aniqlandi.

KATARAL GINGIVITNI KOMPLEKS TERAPIYASIDAGI TRAUMEL S MAZINING QO'LLASH SAMARADORLIGI.

Dosmuhammedov E.X., Abbasova D.B., Qobiljonov J.Q.

*Bolalar terapevtik stomatologiyasi kafedrası
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston*

Kataral gingivit bu-bolalarda 80-85% uchraydigan kasallik bo'lib, milkning karashlar bilan qoplanishi, giperemiyasi, shishi bilan kechuvchi yallig'lanish kasalligi. Malalliy milk yallig'lanishlari asosan mahalliy noxush ta'sirotlar oqibatida yuzaga keladi. Noxush ta'sirotlardan mikroblar blyashkalar, tish toshlari, kariyes kovagining o'tkir qirralari, ortodontik vositalar, metall yoki plastmassadan tayyorlangan tojlar, shuningdek tishni davolash jarayonida ishlatiluvchi kimyoviy moddalarning (mishyak, formalin) milkka tushishi shular jumlasidandir. Bu davrda bolalarda og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga e'tiborli bo'lmaslik, jinsiy gormonal o'zgarishlar natijasida yuzaga keladi.

Bundan tashqari diffuz yallig'lanish hazm sistemasining bir qator xastaliklarida (surunkali dizenteriya, gepatit, xoletsistit, surunkali kolit), yurak-qon tomir xastaliklarida, markaziy asab sistemasi kasalliklarida, balog'at yoshidagi ichki sekretiya bezlari faoliyatining o'zgarishida va surunkali yuqumli xastaliklarda yuzaga keladi

Tekshirish maqsadi: Kataral gingivit kasalligida kompleks davoda “Traumel S” mazining ta'siri.

Tekshirish usullari va materiallar: Kuzatuv uchun 24ta : 11 ta o'gil bola va 13 ta qiz bola 11-16 yoshdagi o'smirlar olindi. Kuzatuv uchun olingan bemorlar 2 guruhga bo'lindi.

A guruh bemorlarida professional gigiyena chora tadbirlari o'tkazildi, og'iz bo'shlig'i to'liq sanatsiyasi amalga oshirildi va kompleks davo bilan birgalikda qo'shimcha ravishda “Traumel S” mazi bilan kunda 2 mahal milklarni massaj qilindi. Dori vositasi tarkibi: kalendula, arnica, exinotseya, axeliya, belladonna, xamomilla, natriy xlorid va suv.

Bu dori vositasi kompleks gomotoksik ta'sir etuvchi modda bo'lib, yallig'lanishga qarshi, og'riq qoldiruvchi va antiexsudat, qon to'xtatuvchi, regeneratsiyalovchi va immunitetni kuchaytiruvchi ta'sirlarga ega.

B guruh geparin mazidan foydalangan bemorlardan iborat. Bu guruh bemorlarni ham professional gigiyena chora tadbirlari o'tkazildi, og'iz bo'shlig'i to'liq sanatsiyasi

amalg oshirildi va kompleks davo bilan birgalikda qo'shimcha ravishda va bog'lam sifatida Geparin malhamidan foydalanildi.

Natijalar va ularning tahlili: A guruh dinamik kuzatuv natijasida 3 qatnovdan so'ng bemorlarda milkdagi og'riq, shish va giperimiyalarning yo'qolishini ko'rdik. PMA indeksi tekshirilganda uning sog'lom milk tomonga o'zgarganligini kuzatdik. B guruh dinamik kuzatuv natijasida 3 qatnovdan so'ng milkda shish va giperimiyalarning saqlanganligi ko'rdik. PMA indeksi tekshirilganda uning qisman o'zgarganligini kuzatdik.

Xulosa: Kompleks davo chorata tadbirlarini “Traumel S” mazi bilan birgalikda o'tkazilishi ushbu kasallikka keng doirada ta'sir etib kataral gingivitning yuqori darajada tuzalishiga olib keladi.

BOLALARDA TISH EMALINING NEKROZ VA EROZIYASINING DIAGNOSTIKASI VA KOMPLEKS DAVOLASH YONDASHUVINI BAHOLASH

Ishanova Munira Karimullayevna, Abdumajidov Asadbek Shuxratovich

Mahalliy sog'liqni saqlashning eng muhim vazifalaridan biri keng tarqalgan kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini ishlab chiqish va joriy etishdir. Bolalar stomatologiyasining dolzarb muammolari orasida qattiq tish to'qimalarining karioz bo'lmagan shikastlanishlarini oldini olish va davolash yetakchi o'rinlardan birini egallaydi, chunki bu patologiya tish kariesidan keyin eng keng tarqalgan bo'lib, ko'pincha emal va dentinning progressiv yo'qolishiga olib keladi. Emal va dentinning eroziyasi va nekrozi natijasida yuzaga kelgan tish o'rganilmoqda, ammo shuni tan olish kerakki, past samaradorlik va tizimsiz qo'llanilishi tufayli ba'zi diagnostika va davolash vositalarini amaliy qo'llashda hali ham past natijalar mavjud.

Tug'ma tabiatga ega bo'lgan tish emalining karioz bo'lmagan kasalliklari antenatal davrda shakllanadi. Homiladorlikning fiziologik kursi normal emalning biosintezi va uning saqlanishida katta ahamiyatga ega [Medvedeva L.N., 2004].

1996-1998 yillarda aholi o'rtasida o'tkazilgan so'rov natijalari va stomatologik yordamga murojaat qilish sabablariga ko'ra, nokarioz tish kasalliklari tarqalishi 83% gacha oshganligini ko'rsatadi (Fedorov Yu.A., Drozzjina V.A., 2007; Fedorov Yu.A. va boshqalar, 2008; Rubejova N.V., 2010 va boshqalar). Ushbu yillar davomida olib borilgan tadqiqotlar ko'plab nokarioz va somatik kasalliklar patologiyasi o'rtasida yaqin aloqani o'rnatdi. Mahalliy sog'liqni saqlashning eng muhim vazifalaridan biri keng tarqalgan kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini ishlab chiqish va joriy etishdir.

Tadqiqot ishining maqsadi va vazifalari.

Tadqiqotning maqsadi - tish emalining eroziyasi va nekrozi bilan kasallangan bolalarni davolash usullarini klinik jihatdan asoslash hamda tish qattiq to'qimalarining karioz bo'lmagan kasalliklarining nozologik shakllarining tarqalishini va aholining stomatologiya klinikalariga borishi asosida o'rganishdan iborat.

Tadqiqot materiali, tekshirish usullari.

2017-2018 yillar davomida viloyat bolalar stomatologiya poliklinikasida

ambulator davolanayotgan 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda tish qattiq to'qimalarining eroziyasi va nekrozi bilan kasallangan bolalarni ko'rikdan o'tkazdik. Bemorlarni tadqiqot guruhiga tanlashning asosiy mezonlari stomatologik va klinik laboratoriya tadqiqotlari bilan tasdiqlangan. Tishlarning qattiq to'qimalarining holati; karioz bo'lmagan jarayonlarning tarqalishi va intensivligi, tishlarning qattiq to'qimalarining emalga chidamliligi aniqlash bilan baholanadi. Klinik jihatdan biz emal nekrozi fonida tishlarning qattiq to'qimalariga zarar etkazilishini kuzatamiz, bu keyinchalik karies rivojlanishiga va uning asoratlariga, tishlarning yemirilishiga, ponasimon nuqson va boshqa kasalliklarga olib keladi.

Bu bizni tish qattiq to'qimalarining nokarioz patologiyasining ko'plab keng tarqalgan nozologik shakllari va ko'rinishlarini davolashning yangi usullari va vositalarini topishga, ularni tizimlashtirishga va eng oqilona yondashuvlarni tanlashga majbur qiladi. Shu bilan birga, biz to'plagan arsenalimiz tish qattiq to'qimalarining karioz bo'lmagan patologiyasini diagnostika qilish, davolash va oldini olish uchun, agar to'g'ri qo'llanilsa, somatik patologiyani, tananing immun qobiliyatini pasaytirish darajasini va stomatologik qarshilikning qarshiligini hisobga olgan holda. to'qimalar, tishlarning qattiq to'qimalarining karioz bo'lmagan patologiyasining klinik ko'rinishining ko'p variantlari bilan yaxshi natijalarga erishishga imkon beradi.

Bizning dastlabki tadqiqotlarimizga ko'ra, nokarioz tish kasalliklari tekshirilganlarning 6-10 foizida uchraydi. Aholini o'rganish va ixtisoslashtirilgan muassasalarga stomatologik yordam so'ragan odamlarni tahlil qilish jarayonida nokarioz stomatologik kasalliklar tobora ko'proq qayd etilmoqda. Bolalarning stomatologik holatini tahlil qilishimiz tishlarning shakllanishi va rivojlanishi davrida paydo bo'lgan nokarioz jarayonlarning ma'lum darajada o'sishini ko'rsatdi, ya'ni. (tishlar chiqishidan oldin). Kariyes bo'lmagan tish kasalliklarining ushbu guruhida kasallikning yetarli darajada o'rganilmagan ko'rinishlari mavjud. Bolalarda kasalliklar, ekologik muammolar, muvozanatsiz ovqatlanish va umumiy somatik kasalliklarning ko'payishi sharoitida jarohatlarning yangi shakllari paydo bo'lishi mumkin.

Xulosa. Yuqoridagilarni umumlashtirib, biz kariyes bo'lmagan tish kasalliklarining turli shakllarini kelib chiqishi bitta patologik jarayonning oqibati degan xulosaga kelishimiz mumkin. Optimal yondashuvlarni ishlab chiqish va shu orqali erta tashxis qo'yish samaradorligini oshirish, umumiy somatik kasalliklar patologiyaning ta'sirini o'rganish va bolalarda dori-darmonlarni qabul qilish, qattiq tish to'qimalarining kariyers bo'lmagan kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilish kelajakda xizmat qilishi mumkin, bizda mavjud protokollar, sifat mezonlari funktsiyasi bilan ishlab chiqilgan va bu kasallikning o'sishi va rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, hamda bemorni davolash uchun zamonaviy diagnostika usullarini izlash kerak va bu patologiyani davolash davom etmoqda.

YOSH BOLALAR ORASIDA KARIES KASALLIGI JADALLIGINI O'RGANISH.

Maxsetbaev Diyanat, 423-guruh, stomatologiya yo'nalishi.

Ilmiy rahbar: assistent Erejepov.B.B Qoraqalpog'iston Tibbiyot Instituti,

Dolzarlighi. Hozirgi kunda karies kasalligi bolalar orasida keng tarqalgan surunkali kasallik bo'lib hisoblanadi. So'ngi ma'lumotlarga ko'ra O'zbekiston Respublikasi hududida yashovchi 12 yoshli bolalar orasida karies kasalligi tarqalishi 66-68 % ni, karies jadalligi esa 1,49-1,69 ko'rsatkichni qayd etadi. Mutaxassislarning ta'kidlashicha, qator tadqiqotlar tishda kariesi bo'lgan bolalar o'g'iz bo'shlig'ida ko'p miqdorda kariesogen mikroorganizmlar mavjudligini ko'rsatadi. Bolalarda kariesning tarqalishi va intensivligiga qaratilgan tish kasalliklari monitoring tadqiqotini o'rganish asosida profilaktik diagnostika va terapevtik tadbirlarni takomillashtirish tadqiqot uchun tanlangan echimning dolzarblighi aniqlaydi, bu esa juda muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega. Karies kasalligining tish chiqqandan keyin erta yoshda ommaviy tarqalishi kariesogen omillarning ustunligi, uglevod iste'molining haddan oshishi va ftor o'zlashtirishning sustligi hisoblanadi.

Maqsadi. Nukus shahrida istiqomat qiluvchi 12 yoshli bolalar orasida karies kasalligi bilan zararlanish ko'rsatkichlarini o'rganish.

Qo'llanilgan usullar. Bunda, tekshiriluv obyekti sifatida, Nukus shahridagi 47-son ixtisoslashtirilgan davlat umumta'lim maktabidagi 12 yoshli o'quvchilar (6-sinf o'quvchilari) olindi. 12 yoshli bolalar orasida karies kasalligi bilan zararlanishni o'rganish maqsadida, kariesni tarqalish va karies intensivligi ko'rsatkichlaridan foydalanildi va yozma so'rovnoma o'tkazildi. Bunda, kariesni intensivligi 5 ta darajasi JSST tomonidan 12 yoshli bolalarda aniqlashga asoslangan. Bu intensivlik tekshiriluvchilarda karies, plomba va oldirilgan tishlar (KPO) soni hisoblanadi va qo'shib, tekshirilganlar soniga bo'lib aniqlanadi. Bunda 87 tekshiriluvchi (47 o'g'il bola, 40 qiz bola) o'g'iz bo'shlig'i ko'rigidan o'tkazildi va ularda kariesogen omillarni qanday darajada ahamiyat kasb etishni bilib olish uchun yozma so'rovnoma olindi.

Natijalar. Olingan natijalarga ko'ra, umumiy 87 tekshiriluvchidan 72 tasida karies borligi aniqlanib, kariesni tarqalish darajasi 83% ni, o'g'il bolalarda 85% ni, qiz bolalarda 80% ni tashkil etti. Umumiy 87 tekshiriluvchining karies intensivligi 2,86 ni (o'rta daraja), bu ko'rsatkich o'g'il bolalarda 3,08 ni qayd etib (o'rta daraja), umumiy ko'rsatkichga nisbatan yuqori ko'rsatkichni, qiz bolalarda esa 2,57 ni (past daraja) qayd etib, umumiy ko'rsatkichga nisbatan past ko'rsatkichni tashkil etti. Past darajani qayd etkan qiz bolalar haqiqatan ham uglevodlarni o'rta va past darajada iste'mol qilishi, o'g'iz bo'shlig'i gigiyenasiga qat'iy rioya qilishi (tishlarini kuniga 2 mahal tozalashi, ovqatlanib bo'lganidan so'ng o'g'iz bo'shlig'ini chayishi) yozma so'rovnomadani aniqlandi. O'rta darajani ko'rsatkan o'g'il bolalar tekshiriluvchilari, uglevodlarni yuqori va o'rta darajada iste'mol qilishi, o'g'iz bo'shlig'i gigiyenasiga to'liq rioya qilmasligi (tishlarini kuniga 1 mahal yuvishi, tekshiriluvchilarning ko'proq bo'limi ovqatlanib bo'lganidan so'ng o'g'iz bo'shlig'ini chaymasligi) aniqlandi.

Xulosa. Xulosa qilib aytganda, Umumiy 87 tekshiriluvchi orasida karies tarqalishi 83% ni, karies jadalligi bo'lsa 2,86 ni qayd etib, o'rta daraja ekanligi aniqlandi. O'g'il bolalar orasidagi karies ko'rsatkichlari qiz bolalarga nisbatan yuqori, sababi ularning uglevodlarni ko'proq iste'mol qilishi va o'g'iz bo'shlig'i gigiyenasiga to'liq rioya qilmasligi hisoblanadi. Aniqlangan karies kasalligi ko'rsatkichlaridan kelib

chiqqan holda, o'g'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilish va to'g'ri ovqatlanish, ya'ni sog'lom turmush tarziga amal etish karies kasalligi ko'rsatkichlarini kamayishiga xizmat qiladi.

PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA KOMPLEKS DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI

Qudradova S.O'

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, 2-boqich biotibbiyot fakulteti talabasi

Mavzu dolzarbligi: Gerpes infeksiyasi axoli orasida eng keng tarqalgan va nazorat qilib bo'lmaydigan infeksiyalardan biridir. Gerpes simplex virusi(HSV) markaziy va perferik asab sistemalarida, jigar va boshqa parenximal organlar, ko'zlar, teri, oshqozon-ichak traktining shilliq qavatini, jinsiy a'zolarida turli kassaliklar, shuningdek, homila patologiyasida muhim ahamiyatga ega. Ko'pincha gerpetik infeksiyaning turli klinik shakillarining kombinatsiyasi kuzatiladi.

Gerpetik infeksiyaning eng keng tarqalgan shakillaridan biri o'tkir gerpetik stomatitdir. OGS og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining barcha lezyonlari orasida birinchi o'rinda turadi va bolalik davridagi barcha yuqumli kasalliklar orasida yetakchi guruhlariga kiradi.

Tadqiqot maqsadi: OGS diagnostikasi, klinik ko'rinishlarini baholash, kasallikning differensial diagnostikasini o'tkazish, pnevmoniya bilan og'rigan bolalarda takroriy gerpetik stomatitning paydo bo'lishini oldini olishni, OGS ni umumiy va mahalliy davolashni, profilaktika va epidimiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazishni o'rganish.

Tekshirish materiallari va usullari: Buxoro viloyatidagi Bolalar jarrohlik stomatologiyasi klinikasida 2023-2024 yillarda 120 nafar bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi va davolandi.

Barcha kasal bolalarni davolash va kuzatish dinamikasi klinik va laboratoriya tadqiqot usullari o'tkazildi. Anamnezlar, kasal bolalar va ularning ota-onalari shikoyatlari, umumiy klinika va laboratoriya tadqiqotlari asosida “Pnevmaniya bilan o'tkir gerpetik stomatit” tashxisi qo'yilgan.

Tekshiruv natijalari: Kasal bolalarning anamnezida: to'g'ri ovqatlanishning o'rni, kuzatiladigan va shu kasallik bilan birga uchraydigan kasalliklar, organizmga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan salbiy omillar aniqlandi. Kasallikning og'irligi kasal bolalarning umumiy holati (intoksikatsiya darajasi, injiqlik, letargiya, adinamiya), haroratning o'zgarishi, ishtahaning holati, oshqozon-ichak traktining ishlashi (ich qotishi va diareyaning mavjudligi) bilan belgilanadi. Yuz va og'iz terisini, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatini vizual tekshirishda toshmalarning mavjudligi va tabiati, limfa tugunlarining holati aniqlanadi.

OGS bilan og'rigan bolalarda og'iz suyuqligining mikrobiotsenozining buzilishi aniqlangan, bu sog'lom mikroflora vakillari tomonidan ifloslanishning kamayishi, shartli patogen mikroorganizmlarning urug'lanishining ko'payishi va patogen

shtamlar – B^aaigeiz va E..soN.

OGS bilan og'rig'an bolalarda yo'g'on ichakdagi disbiyoz aniqlandi, bu yetishmovchilik bilan tavsiflanadi. Bifidobakteriyalar va laktobakteriyalar, laktozamusbat Escherichia, tarkibining ko'payishi laktoza-salbiy Escherichia, stafilakokklar, candida va proteus qo'ziqorinlarining uchrashi kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'ini himoya qilishning mahalliy o'ziga xos bo'lmagan omomillarning pasayishi aniqlandi, buning sabablaridan biri mikrofloraning patogenizatsiyasi va og'iz suyuqligi lizozim faolligini pasayishi hisoblanadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining o'tkir yalig'lanishi uning yaxlitligini buzilishi 1>M kansentratsiyasining ortishi va tananing umumiy qarshiligini kuchayishini ko'rsatadi, og'iz bo'shlig'ini himoya qiluvchi mahalliy omillarning pasayishiga javoban adaptiv reaksiya. Bolalarda OGSni kompleks davolashda bifidumbakterin va laktobakteridan foydalanish. Pnevmoniya potogenetik jihatdan tuzaladi va normallashtirishga olib keladi yo'g'on ichak mikroflorasini yaxshilaydi, disbiotik kasalliklarni kamaytiradi, organizmdagi metabolik jarayonlarni yaxshilaydi, imunitetni yaxshilaydi.

OGS bilan og'rig'an bolalarda yo'g'on ichak mikroflorasini normallashtirish uchun bifidumbakterin va laktobakterinni qabul qilish bilan birgalikda 3% gossypol linimentdan foydalanish klinik ta'sir ko'rsatadi va kasallikning davomiyligini kamaytiradi. O'rtacha shaklda tiklanish muddati 5,1±0,18 va 5,05±0,26 kun.

Xulosa: O'tkazilga klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijasida yangi 3% gossypolli bolalarda OGS ni davolash uchun patogenetik asosli sxema liniment, biologik preparatlar: bifidumbakterin va laktobakterin ulardan foydalanish ambulatory va statsionar sharoitlarda amaliy stomatologlar taklif qilgan.

MEDIKAMENTOZ ALLERGIK STOMATITLARNI DOVOLASH

Kaxxorova D.K., Nurullayeva I.R.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Mavzuning dolzarbligi:

Stomatit — bu og'iz bo'shlig'i shilliq epiteliy qavatining yallig'lanishidir. Odatda, stomatit bolalik bilan bog'liq kasallikdir. Biroq, hozirgi vaqtda ushbu kasallik kattalarda ham tobora ko'p kuzatilmoqda. Yallig'lanish ko'pincha lablarda, yonoqlarda, tanglayning ichki yuzasida uchrashi mumkin. Ba'zida stomatit til ostida ham kuzatiladi. Kasallik rivojlanishi sabablari atrof-muhitning salbiy ta'siri va organizmning immun qobiliyatlarining sustlashishidir. Medikamentozi stomatit - bu dorilar ta'siridagi allergiyasining alomati (dorilar ta'sirdagi kasalligi). Ular ma'lum sharoitlarda allergen sifatida harakat qilishi va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining shikastlanishi bilan birga yoki boshqa shilliq pardalar, teri va organlar bilan birgalikda imunitet reaksiyasini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan turli xil dori vositalarining natijasidir. Dori allergiyasining rivojlanishining zaruriy sharti preparatni takroriy qo'llashdir. Preparat bilan birinchi aloqada bo'lganidan keyin yashirin davr boshlanadi (10-20 kun), bu davrda dori-oqsil kompleksi bir necha daqiqadan bir necha kungacha bo'lgan davrda allergik reaksiyani amalga oshirishga qodir bo'lgan antikorlarning

shakllanishiga olib keladi.

Material va tekshiruv usullari:

Bizning kuzatuvlarimiz jarayonida 14 yoshdan 20 yoshgacha bolgan 20 ta bemor 14 ta qiz va 6 ta o'g'il bolar nazoratimiz ostida boldi. Bemorlarda stomatitlarni dovolash maqsadida anestetiklar; antibiotiklar (tetratsiklin, streptomitsin); sulfanilamidlar (sulfidin, sulfazol, norsulfazol, etazol, streptotsid); fermentlar; pirazon preparatlari (analgin, amidopirin, antipirin, butadion); sarumlar va vaksinalar; fenol; barbituratlar; vitamin komplekslari; qo'ladik va yaxshi natijaga erishdik.

Eroziv ovqatlanish va ovqatlanish vaqtida og'riq bilan tavsiflanadi; zararlangan hududda pufakchalar paydo bo'ladi, ular ochilganda eroziya hosil qiladi.

Bu shaklda yarali-nekrotik, mintaqaviy limfa tugunlari kattalashadi, og'iz bo'shlig'ida yaralar, eroziyalar va nekroz joylari kuzatiladi.

Ushbu turdagi stomatit uchun kataral shilliq qavatning qichishi va yonishi, til papillasining atrofiyasi va til yuzasining qizarishi bilan tavsiflanadi. Bemor nordon va sho'r ovqatlar iste'mol qilganda noqulaylik his qiladi.

Kasallikning eroziv shaklida bemorga antigistaminlar buyuriladi va mahalliy terapiya anesteziya va glikokortikosteroid malhamlardan foydalanishni o'z ichiga oladi.

Xulosa:

Yechilmaydigan ortodontik aparatlar taqgan bemorlarda stomatitni davolashning yakuniy bosqichi tezlashtiradigan dori vositalaridan foydalanish hisoblanadi. umumiy davolash uchun antihistaminik antiallergik preparatlarni (Tavegil, Suprastin) va vitamin terapiyasi kursini olish kerak. Agar bemor kataral dorivor stomatit paytida kuchli og'riqdan shikoyat qilsa, shilliq qavatning ta'sirlangan joylari. Anestetikni o'z ichiga olgan malhamlar bilan yog'langan. Kasallikning ülseratif-nekrotik shakli og'iz orqali yuborishni talab qiladi.

Antigistaminlar va kortikosteroidlar Va mahalliy terapiya og'riq qoldiruvchi vositalar, shifobaxsh malhamlar va proteolitik fermentlar yordamida amalga oshiriladi - bular shilliq qavatni tozalaydigan biologik antiseptiklardir.

Yarali nekrotik stomatitning nekrotik massalari va to'qimalarning yangilanishini tezlashtiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Glushkova, E. F., & Surovenko, T. N. (2017). Pediatrik amaliyotda antigistaminlarni tayinlash xususiyatlari. Tibbiy kengash, (9), 120-123
2. Kravchuk, I. V., Bobkova, I. L., & Zinovenko, O. G. Surunkali takrorlanuvchi aftoz stomatitni past intensivlikdagi lazer nurlanishi yordamida kompleks davolash.
3. Yunusxo'jaeva, M., & Rustamova, M. (2021). TISHLARNING TO'LIQ YO'QLIK BO'LGAN OLINMA PLAKTA TUZISH ASOSIDA G'O'RG'AL VA BAKTERIAL-ZAMGARLIK STOMATITLARNI DAVOLASH PRINSIPLARINI TAKMONLASH. Stomatologiya va kraniofasiyal tadqiqotlar jurnali, 2 (2), 62-64.4. Bobojon, V. D. (2015). Atopik kasalliklarning tizimli kasalliklar sifatida zamonaviy ko'rinishi. Allergik kasalliklar: stomatologiya talabalari uchun
5. Lutskeya, I. K. (2016). Herpetik stomatit: klinik ko'rinish, tashxis, davolash. Pediatriya. Consilium Medicum jurnaliga qo'shimcha, (4), 48-50.
6. Sahakyan, B. S.

va Sahakyan, S. S. (2017). O'tkir va surunkali takroriy aftoz stomatit (CRAS). Avitsenna, (14), 18-23.

TISHLARNING ZARARLANISHI VA YUMSHOQ TO'QIMA HOLATINI ANIQLASHDA SUN'IY INTELEKTNING STOMATOLOGIYADAGI AHAMIYATI

To'rayeva J.Sh. 2-kurs talabasi. TSDI

*Ilmiy rahbar: Azizova Sh.Sh. Terapevtik stomatologiya propedevtikasi kafedrası
assistenti*

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston

Dolzarbliqi. Tish shifokorlari sifatida bemorlarga eng yaxshi yordam ko'rsatish uchun sohadagi so'nggi yutuqlardan xabardor bo'lish juda muhimdir. Yillar davomida texnologiya stomatologiyani inqilob qilishda muhim rol o'ynadi va eng so'nggi yutuqlardan biri stomatologiyada sun'iy intellektdan foydalanishdir. Sun'iy intellekt ancha vaqtdan beri mavjud, ammo uning stomatologiyada qo'llanilishi nisbatan yangi. Sun'iy intellekt texnologiyasi odatda inson aqlini talab qiladigan vazifalarni bajarish uchun algoritmlardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Stomatologiyada Sun'iy intellekt diagnostika va davolashni rejalashtirishdan bemor bilan muloqot va ta'limgacha bo'lgan bir qator funktsiyalarda yordam berishi mumkin.

Dental sun'iy intellekt vositalari tish shifokorlariga bemorlarning smartfon orqali yuborgan og'zaki fotosuratlarini masofadan tahlil qilish imkonini beruvchi mahsulotlarni o'z ichiga oladi. Tasvirlash vositalari bemorlarning tishlarini suratga olishda yo'l-yo'riq ko'rsatish uchun sun'iy intellektdan foydalanadi va keyin og'iz bo'shlig'i sog'lig'ining yomonlashuvi belgilarini aniqlash uchun stomatologik yordam guruhiga murojaat qiladi.

Tish texnologiyasidagi ko'plab yutuqlar eng muhim stomatologik xizmatlarni masalan, tekshiruvlar bajarishni ancha osonlashtirdi. Ushbu texnologiyalardan biri intraoral kameralardir. Tishlarni vizual baholashda intraoral fotosuratlarini mashinada o'qiladigan shaklda tahlil qilish vizual tekshirishga teng deb hisoblanishi va avtomatlashtirilgan tahlilning asosiy talabi bo'lgan tasviriy ma'lumotlarni taqdim etishi mumkin.

Sun'iy intellekt. Bu mashinalar, ayniqsa kompyuter tizimlari tomonidan insonning aqlli jarayonlarini simulyatsiya qilish. Umuman olganda, sun'iy intellekt tizimlari katta hajmdagi etiketli o'quv ma'lumotlarini qabul qilish, korrelyatsiyalar va namumalar uchun tahlil qilish va kelajakdagi holatlar haqida bashorat qilish uchun ushbu namunalardan foydalanish orqali ishlaydi.

U 3 ta kognitiv holatga qaratilgan

- O'rganish
- Mulohaza yuritish
- O'z – o'zini tuzatish

Chuqur o'rganish- murakkab ko'p qatlamli tizim bo'lib ko'proq o'zaro bog'langan neyronlarga ega va oddiy xususiyatlarni ko'rish xususiyati mavjud.

Tibbiyot sohasida eng ko'p ishlatiladigan algoritim Convolutional Network -CNN

va sun'iy neyron tarmoqlari – ANN.

Eng ilg'or Sun'iy Intellekt usuli tish rentgenogrammasida kariesni aniqlash orqali amalga oshiriladi. 3000 ta apikal rentgenografiyani chuqur o'rganishga asoslangan CNN yordamida baholandi va 80% dan yuqori aniqlikka erishilgan.

Ushbu diagnostika tadqiqotida Sun'iy intellekt algoritmlari kamida 90% aniqlik bilan mashinada o'qiladigan intraoral fotosuratlarida kariyes va karies bilan bog'liq bo'shliqlarni aniqlay olishi ko'rsatildi. Shunday qilib, ko'zlangan o'quv maqsadiga erishildi. Bundan tashqari, stomatologlar tomonidan Sun'iy intellekt algoritmini mustaqil baholash uchun veb-vosita ishlab chiqilgan. kelajakdagi klinik qo'llanmalar uchun qiziqarli imkoniyatlarni taklif etadi: karioz lezyonlar intraoral kameralar yordamida qo'lga olinishi va qo'shimcha diagnostika ma'lumotlarini taqdim etish uchun deyarli bir vaqtning o'zida va stomatologlardan mustaqil ravishda baholanishi mumkin. Bu ish Sun'iy intellekt texnikasidan foydalangan holda diagnostika tasvirlarini avtomatik baholash bo'yicha yaqinda qilingan sa'y-harakatlarning bir qismidir.

Xulosa. Sun'iy intellekt usullarini klinik qo'llash kelajakda amalga oshirilishi mumkin, ammo mavjud cheklovlarni bartaraf etish uchun ko'proq fundamental tadqiqotlar talab etiladi va tegishli differentsial diagnostika natijalarini hisobga olish kerak. Mavjud ishlarga asoslanib, o'qitilgan CNN yordamida intraoral fotosuratlar yordamida kariesni aniqlashda ideal sharoitlarda 90% dan ko'proq kelishuvga erishish mumkin degan xulosaga kelish mumkin. Natijalarni, birinchidan, ko'proq tasvirlarni qo'shish va ikkinchidan, aniq tasvir segmentatsiyasini qo'llash orqali yanada yaxshilash mumkin, deb taxmin qilamiz. Bundan tashqari, klinik fotosuratlardan diagnostika maqsadlarida potentsial mashina o'qiy oladigan ma'lumot manbai sifatida foydalanishda rivojlanish nuqsonlari yoki tishlarni tiklash kabi keyingi patologik topilmalar ham hisobga olinishi kerak.

QANDLI DIABETDA TISH QATTIQ TO'QIMASINING MINERALLANISHI

Umirov A.A. 2-kurs talabasi. TDSI

*Ilmiy rahbar: Azizova Sh.Sh. Terapevtik stomatologiya propedevtikasi kafedrası
assistenti*

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston

Kirish. So'ngi kunlarga kelib diabet kasalligi tibbiy va ijtimoiy muammolardan hisoblanadi. JSST hisob kitobiga ko'ra hozirgi kunda diabet bilan og'rigan insonlar 300 milliondan oshgan bu ko'rsatkich o'sib bormoqda, 2025-yildan 2030-yilga qadar 350 milliondan 500 millionga qadar chiqib boradi. Bu hastaliga chalingan insonlarda (yurak qon-tomir sistemasida, ayirish organlarida, tananing mutanosibligi va suyak qattiq to'qimalarda patologik o'zgarishlar kuzatiladi.) Jahondagi barcha mamlakatlarning sog'liqni saqlash sohasidagi o'g'riqli nuqta bo'lib qolayapti va borgan sari kasalik yosharib bormoqda 15-17 yoshdagi o'smirlarda ham kasalanish o'sib bormoqda.

Asosiy qism. Odatda qandli diabetni ko'p uchraydigan turlari insulinga bog'liq qandli diabet, insulinga bog'liq bo'lmagan diabetlar insulinga bog'liq turi bilan

kasalanganlarda qonda glukoza miqdori oshishi kuzatiladi, qandli diabetning I turiga uchragan insonlarga og'iz bo'shlig'i va organlarining bog'liqligi va organizimdagi gemodinamikaning buzilgani ko'riladi. Insulining vazifasi qondagi qand miqdorini boshqarish, Insulin osteoblastlarni va ichakda kaltsiyning so'rilishini faollashtiradi, shu sababali I tip qandli diabetida skeletning o'sishi va suyaklarning minerallanish jarayoni buziladi.

Qandli diabet bu tish qattiq to'qimasiga bevosita tasir ko'rsatuvchi patologik kasallikdir, diabet insonlarda karies va Paradont kasalliklarni rivojlanishi yuqori, og'iz bo'shlig'ida bakteriyalar ko'payadi aktinomitsetalar, streptokokklar, bakteroidlar va laktobakteriyalar emalining demineralizatsiyasi va Paradontda distrofik-yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga yordam beradi. Diabetik insonlarda kserostomiya kuzatiladi sababi qonda qand miqdori oshadi elektositlar hajmi kattalashadi qonning qovushqoqligi ortadi qonning suyuq qismi kamayadi natijada so'lak bezlaridagi hujayralar membranalar orqali qonning suyuq qismining o'tish kamayadi natijada tish yuzasiga karashlar to'planishi oshadi so'lak tarkibidagi minerallar cho'kadi. Mikroorganizmlar biokimik aktivlikka egadir ovqat tarkibidagi organik birikmani sut, piyoz, chumoli kislotalar hosil qiladi, og'iz bo'shlig'ida ni o'zgartirib yuboradi bu esa tish emalining yuzasida kislotalanish markazlari paydo bo'ladi va gidroksiapatit kristallarining erib ketishi kuzatiladi. Shu demineralanish jarayoni karies rivojlanishining asosida yotadi.

Qandli diabetli insonlarda paradontdagi o'zgarishlardan so'ng tish alvolalari atrofida suyak rezorbsiyasi ham kuzatiladi bunga sabab organizimdagi insulin miqdori kamayishi natijada ichaklarda entosit hujayralaridagi mitselaga kalsiy o'tishi kamayadi bunga paratgarmon ishlab chiqarilishini oshiradi garmon osteoblastlarni faolaydi suyakdagi gidroksiapatitlarni parchlaydi tarkibidagi kalsiylarni qonga o'tkazadi suyaklarda rezorbsiya kechadi tez asoratlanadi va Paradontning tez rivojlanishi 1-3 yil ichida tishlarning yo'qolishiga olib keladi.

Xulosa: Qilib aytganda diabetga chalingan insonlar kasallik belgilari paydo bo'lganda shifokor nazoratida davolanishi kerak qondagi insulin normaga kelganida stomatolog ko'rigiga kelib og'iz bo'shlig'i va paradontdagi o'zgarishlarni oldini olishi kerak

CHEKISHNING OG'IZ BO'SHLIG'I SALOMATLIGIGA SALBIY TA'SIRI

*Xasanov A.O., Patxiddinova M.Sh., Sidiqjonova U.Z., Xamroev A.X.,
Abduxolikov M.P.*

Ilmiy rahbar, Yusupalixodjaeva S.X.

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston

Dolzarbli. Hozirgi vaqtda chekish inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan eng keng tarqalgan yomon odatlardan biri hisoblanadi. Chekish nafaqat tanadagi turli kasalliklarni rivojlanish xavfini oshiradi, balki og'iz bo'shlig'i salomatligiga ham nojo'ya ta'sir qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, chekish periodontit, gingivit, leykoplakiya va og'iz saratoni kabi og'iz bo'shlig'i

kasalliklarining asosiy sabablaridan biridir. Bundan tashqari, ushbu kasalliklarni rivojlanish xavfi chekuvchi ayollarda, shu jumladan homilador ayollarda yuqoridir.

Chekish tish salomatligiga ham salbiy ta'sir qiladi. U tishlarning rangi o'zgarishiga, pilakcha va depigmentatsiya kabi tish estetik xususiyatini buzilishiga olib keladi. Bundan tashqari, chekish so'lakning biokimyoviy tarkibining o'zgarishiga ta'sir qiladi va shu bilan og'iz bo'shlig'ida turli xil kasalliklarini paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi.

Chekish bilan bog'liq og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olish - chekishni tashlash orqali amalga oshirishda ahamiyati katta. Og'iz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilish, tish shifokoriga muntazam tashrif buyurish, tish va milkklarning sog'lig'ini kuzatish judda muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqotning maqsadi chekishning periodont va tish qattiq to'qimalarining holatiga ta'sirini o'rganish.

Material va usullar. Tadqiqotda Toshkent davlat stomatologiya instituti va Andijon tibbiyot institutining terapevtik stomatologiya poliklinikasiga murojaat qilgan 40 nafar bemor kuzatildi, ulardan 30 nafari og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va parodonti patologiyasi bilan, 10 nafari- patologiyasi bo'lmagan bemorlarni qamrab olindi.

Ushbu bemorlar guruhida klinik, biokimyoviy va radiologik tadqiqot usullari o'tkazildi. Tish holatini baholashda tamaki, kalyan chekadigan bemorlarni anketa so'rov qilish va klinik tekshirishdan boshlandi. So'rov natijasida bemorning shikoyatlari, shuningdek, chekish tajribasi aniqlandi. So'rov bo'yicha barcha ma'lumotlar bemorlarning so'zlaridan so'rovnoma'larga kiritildi. So'rovdan so'ng biz tashqi tekshiruvni boshladik.

Natijalar va muhokamalar. Tekshiruvdan o'tgan asosiy guruhidagi bemorlarda quyidagi ko'rsatkichlar aniqlandi: sariq karash - 89%, og'izdan yoqimsiz hid - 64%, milk qichishi - 67%, ovqat paytida og'riqli hislar - 76%, ta'm sezishlarining buzilishi - 43%, tish toshlarining shakllanishi - 88,7%, kariyesning tez rivojlanishi, qoyilgan plombalarning buzilishi - 45%, milk qonashi - 78,4%, isitma - 23,3%, umumiy toliqish - 46,8%, tish butunligini yoqolishi va yo'qotish - 76,5% ni tashkil etdi.

Og'iz bo'shlig'i kandidozi ko'pincha umumiy periodontit bilan birgalikda kelgan, shundan u asosiy guruhdagi 28 ($69,71 \pm 2,58\%$) bemorlarda, nazorat guruhidagi 10 ($50,0 \pm 4,08\%$) ($P \leq 0,01$) bemorda kuzatilgan.

Xulosa. Chekish nafaqat butun tananing, balki og'iz bo'shlig'ining sog'lig'iga ham salbiy ta'sir ko'rsatadigan jiddiy muammodir. Shuning uchun chekish xavfini tan olish va salomatlikni saqlash choralarini ko'rish muhimdir.

CHUQUR KARIOZ KOVAKLARNI TO'G'RI CHARXLASH.

Zaitxanov A.A, Musurmonov T.B.

Toshkent davlat stomatologiya instituti .

Mavzuning dolzarbligi: Yuza bosqichdagi karieslarni davolashda, jarrohlik aralashuvisiz zamonaviy texnologiya yordamida (ICDAS II) amalga oshirish mumkin, o'rta bosqichdagi kariesni charxlashda visual va taktil sezgi orqali ideal natijaga erishsa bo'ladi. Lekin, chuqur karieslarni davolashda pulpa shoxini ochib qo'ymasdan , uning

hayotchanligini saqlagan holda chuqur karioz kovakni charxlash va kerakli adgeziyani ta'minlash o'ziga xos qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi. Bunday hollarda biomimetika qoidalariga tayanib, kariesni bo'yovchi detektorlardan foydalanish amaliyotda kariesni diagnoz qilish hamda davolashda juda qulay hisoblanadi.

Tadqiqotning maqsadi. Chuqur karioz kovaklarni pulpa bo'shlig'ini ochib qo'ymasdan charxlash va tish hamda adgeziv tizim o'rtasidagi kuchni tabiiy tishniki kabi hosil qilish uchun (55MPa) pereferik muxrlash zonasini (PSZ) hosil qilish, karies olib tashlash chegarasi(CRI) ga amal qilgan holda.

Tadqiqot usul va materiallari: tadqiqotni amalga oshirish uchun tish anatomiyasi, gistologiyasi, mikrobiologiya, patologiya va biomimetika bilimlariga tayangan holda bajarildi. Tadqiqotni sug'urib olingan tishlarda amalga oshirildi, kariesni bo'yovchi detektor, periodontal zond, sharsimon bor ishlatildi.

Tadqiqot natijalari: Modelni tanlashda yumshab qolgan infitsirlangan to'qima ekskavator yordamida olib tashlanib, zond yordamida pulpa bo'shlig'i ochilib qolmaganiga ishonch hosil qilindi. Karioz kovak suv bilan yaxshilab yuvib tashlanib, quritildi va 10 sekund davomida karies detektor yordamida bo'yaldi. Tishni emal, DEJ(dentin-emal chegarasi),tashqi dentin(superfacial dentin) sohasi dastlab qizil rangga bo'yaldi, charxlab, detektor yordamida qayta bo'yalganida pushti rangga kirdi, shu tarzda 3 marta charxlanganda, bu soha bo'yalmaydigan holga keltirildi(PSZni hosil qilish uchun). PSZ dan ichkaridagi karioz kovak protokolga ko'ra, pushti rangga bo'yaladigan chegaragacha charxlandi, lekin, 1 mm² yuzaga ega markaziy soha okklyuzion yuzadan 5mm chegarasigacha charxlanganda ham qizil rangda bo'yaldi, pulpa ochilish xavfi bo'lgani uchun qizil rangga bo'yalsa ham ko'rsatmaga ko'ra charxlanmasdan yakuniy bo'shliq hosil qilindi.

Xulosa: Tishni pulpani ochib qo'ymasdan, uning hayotchanligini saqlab, biomimetika qoidalariga ko'ra (PSZ) pereferik muxrlash zonasini hosil qilish, bizga kerakli adgeziv kuchga erishimizga yordam beradi, bu esa bizga tishni kompozit bilan tiklaganda, tish bemor uchun uzoq muddat sifatli xizmat qilib berishiga olib keladi.

Adabiyotlar:

- 1) Alleman, Magne 2012.
- 2) Six Lessons Approach to biomimetic dentistry, Alleman.
- 3) Fusayama T. A 1993.
- 4) Yoshiyama M, Urayama A, Kimochi T, Matsuo T, Pashley D. 2000.
- 5) Shirai K, De Munck J, Yoshida Y, et al. 2005.

METHODS OF TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES WITH THE USE OF PHYTO-PREPARATIONS

Abdukhalikov Sirozhiddin Fakhriddin Ugli

Basic doctoral student of the department of pediatric therapeutic dentistry of Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan.

Scientific supervisor: Doctor of medical sciences, Professor Gaffarov S. A.

Purpose of work: To evaluate the effectiveness of phyto-drugs used in the treatment of chronic generalized periodontitis of severe form (CGPTF), using them in combined form.

Material and methods of research: Complex clinical-dental, laboratory, sociological and statistical studies of 326 patients with CGPTF (according to K05.5) among patients 41-60 years old who applied for dental care were carried out. The dental condition of patients - periodontal tissues and the effect of phytopreparations on them were studied

Results of the study. It was established, during 10 and 20 daily observations, that in the aspect of total clinical effectiveness the most adaptive preparation to the situation of treatment of CGPTF - "Hemostat gel" and "Clove essential oil" are more effective, "Chlorhexidine bigluconate" is less effective. Also, it is proved that the traditional approach in the treatment of CGPTF has significant disadvantages. Analysis of the results of anti-inflammatory activity, based on the reduction of neutrophil infiltration showed that phytopreparations of oral antiseptics have better efficacy compared to synthetic antiseptics.

Conclusions: Thus, while evaluating the reparative activity in the treatment of CGPTF, phytopreparations - "Hemostat gel" and "Clove essential oil" should be considered the most effective, among oral antiseptics, it means that the proposed methods of treatment of CGPTF have a better level of complex efficacy compared to traditional methods of treatment.

THE ROLE OF MANAGERS IN DENTAL CLINICS.

AZIMOV R.I.

Tashkent State Dental Institute

YUSUFBOYEV J.A

Tashkent State Dental Institute Faculty of Pediatric dentistry 3 course student

The Importance of Managers in Dental Clinics

Managers in dental clinics play a pivotal role in ensuring the smooth operation of the clinic. They are responsible for managing staff, coordinating marketing activities, overseeing the budget, purchases, patient's appointments, and clinic design. They also play a role in recruiting the right talent, training them to the practice's standards, and retaining them through motivation and growth opportunities. A well-organized office comes off as professional and builds trust with patients.

Leadership and management are closely linked, but it is worth differentiating without getting fixated with definitions. Leadership is often described as having a vision and encouraging others to share and work towards this vision; leaders see the path. Management is enabling the processes to achieve this vision; managers navigate the path.

The Clinic Manager is a dental nurse with leadership and management experience who reports to the Chief Operating Officer (COO) and works alongside the Governance and Operations Manager to oversee the implementation of clinical policies and processes. The role of Clinic Manager is wide spanning across both clinical and

non-clinical areas, with the main responsibility lying in working closely with the leads of the relevant operational departments including Clinic Team Leaders, Decontamination Team Leader and Admin Team Leader.

Increasing Dental Clinic's Income

To increase revenue, dental offices should have high efficiency, improved office management, and organized product integration. The path to success for every dental practice may differ, but certain core values are common to the finest practices and the teams that run them.

One of the ways to increase revenue is to improve case-acceptance rate. The average case acceptance rate for most dentists lies between 25% to 35%. This means that around 7 to 8 out of 10 new patients are walking out of the dental office each month without getting their dental problems addressed. Improving your case acceptance rate to 60%-70% would allow you to multiply profit from the same number of patients.

In the case of a dental office, increasing the capacity to do more dentistry work per hour helped generate more profit per hour. You may also consider expanding your capacity by adding extra treatment rooms and hygiene rooms or expanding your team by adding more staff, dentists, or hygienists to your dental office.

A dental practice with an annual revenue of \$1 million could potentially increase its revenue by \$250,000 per year by implementing digital imaging and charting, patient portals, and outsourcing non-essential tasks.

In conclusion, managers play a crucial role in the functioning of a dental clinic. Their responsibilities range from managing staff and coordinating activities to overseeing the budget and ensuring the smooth operation of the clinic. By implementing strategies such as improving case acceptance rates, expanding capacity, and utilizing digital tools, managers can significantly increase a clinic's income. These strategies not only ensure the smooth running of the clinic but also contribute to a positive work environment and patient satisfaction. Remember, every clinic may have unique needs depending on its size or specialty areas, so it's important to customize these strategies accordingly.

Refercens:

1. <https://www.hrforhealth.com/blog/dental-office-manager>
2. <https://www.nature.com/articles/s41407-023-1985-0.pdf>
3. <https://medium.com/@DrMohan/dental-practice-management-increase-revenue-1d514c52a6dc>
4. <https://www.cloudrcmsolutions.com/dental-practice-management-boost-clinics-revenue/>
5. <https://www.methodusa.com/resources/ways-to-increase-dental-practice-revenue>

LASER PREPARATION IN DENTISTRY

Botirjonov Rustamjon Behzodovich. student 103 gr.TSDI

*Scientific supervisor: Kurbanova Z.F., assistant at the Department of
Propaedeutics of Therapeutic Dentistry
Tashkent Dental State Institute, Uzbekistan*

Introduction: The field of dentistry has witnessed significant advancements in technology, aiming to enhance patient care, improve treatment outcomes, and optimize dental procedures. One such technological innovation that has gained considerable attention and application in recent years is the use of lasers in dentistry. Laser technology offers a range of advantages, including precise tissue interaction, reduced discomfort, enhanced healing, and improved infection control. As a result, lasers have emerged as a valuable tool in various dental procedures, revolutionizing the way dental professionals approach diagnosis, treatment, and patient care.

Definition of Laser Preparation: Laser preparation refers to the utilization of laser technology in various applications that involve the precise removal, modification, or processing of materials. It encompasses a range of techniques where lasers are employed to prepare surfaces, shape structures, or induce specific changes in the properties of materials.

Importance of Laser Preparation in Dentistry: Laser technology offers a range of advantages, including precise tissue interaction, reduced discomfort, enhanced healing, and improved infection control. As a result, lasers have emerged as a valuable tool in various dental procedures, revolutionizing the way dental professionals approach diagnosis, treatment, and patient care.

Aims and objectives: To evaluate the advantages of laser preparation compared to traditional methods in terms of precision, patient comfort, and treatment outcomes.

Types of Lasers Used in Dentistry:

Carbon Dioxide (CO₂) Lasers: CO₂ lasers emit a wavelength of 9.3 or 10.6 micrometers, which is highly absorbed by water and hydroxyapatite, the main component of tooth structure. They are primarily used for soft tissue procedures, such as gingivectomy, frenectomy, and oral lesion removal. CO₂ lasers offer excellent hemostasis, minimal thermal damage, and precise tissue ablation.

Diode Lasers: Diode lasers emit different wavelengths, typically in the range of 800 to 980 nanometers. They are versatile and can be used for a variety of applications, including soft tissue surgery, biostimulation, and teeth whitening. Diode lasers are often used for procedures such as frenectomy, gingivectomy, and sulcus debridement.

Advantages of Laser Preparation over Traditional Methods:

- *Precision – Laser allows for highly precise and controlled tissue removal.
- *Minimized discomfort – It can minimize the use of anesthesia or injections in certain cases, making the experience more comfortable for patients.
- *Minimal heat generation – During tissue ablation, laser energy would be precisely controlled.
- *Reduced risk of microbial contamination – They have potential to reduce microbial contamination during procedures.
- *Versatility – As a dentist you can use lasers for wide range of dental procedures
- *Patient Acceptance – If you could explain to your patients, They would definitely choose it.

Conclusion: Laser, a captivating technology is in rapid progress since the past few decades and one of the best inventions of the 20th century. Lasers are not only

used to create aesthetics, for diagnosis and removal of diseased tissue but can also be used for repair and regeneration of the tissue.

TREATMENT OF PERIODONTITIS WITH HYALURONIC ACID

Mukhamedzieva Omilya, student of group 404A, faculty of international education (dentistry) TSDI

Scientific supervisor: Atabekova Sh.N., assistant at the Department of Faculty Therapeutic Dentistry.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Relevance: While traditional periodontal therapies such as scaling and root planing are effective, there is a demand for new and additional therapies to improve treatment outcomes. Hyaluronic acid, with its anti-inflammatory and regenerative properties, is promising for exploring new treatment options for periodontitis.

Research focus: The primary focus of this research is to assess the effectiveness of hyaluronic acid in the treatment of periodontitis. This study will look at how HA affects periodontal tissue regeneration, inflammation reduction and improvement of clinical outcomes among patients with periodontitis.

Methodology:

• Study Design

For the purpose of this research, a randomized controlled trial (RCT) will be conducted to compare findings from treatment for periodontitis using HA versus conventional treatment methods. Patients diagnosed with periodontitis will be randomly placed in either the HA treatment group or the control group.

• Data Collection

Clinical parameters such as probing depth, clinical attachment level, bleeding on probing, and microbial analysis will be taken at the beginning and periodically during the study. Additionally, information about patient's pain complaints, discomforts e.t.c. should also be collected.

• Intervention

The treatment group will receive hyaluronic acid therapy, administered through local application or subgingival injections, in addition to standard periodontal care. The control group will receive traditional periodontal treatment without hyaluronic acid.

• Data Analysis

Statistical analysis will be carried out to measure the differences in results between the two groups. The microbial analysis data will be analyzed to evaluate changes in the periodontal microbiome following hyaluronic acid treatment.

• Literature Review

Previous studies have shown that hyaluronic acid has inflammatory effects and promotes tissue healing in various medical fields, including dentistry. In the context of periodontitis, hyaluronic acid has been suggested to modulate the host response to periodontal pathogens and enhance wound healing processes. However, there is a need for more accurate clinical trials to establish the efficacy and optimal use of hyaluronic acid in periodontal therapy.

Conclusion: This research proposal outlines a comprehensive study to investigate the treatment of periodontitis with hyaluronic acid. Through tackling research inquiries and employing an approach this study seeks to progress our knowledge regarding the healing capabilities of HA in periodontal treatment and to improve the care, for periodontitis patients for better results.

INNOVATIONS IN DENTISTRY: THE ROLE OF DIGITAL MEDICINE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Shomurodova G.Kh., Patkhiddinov J.Sh.

Scientific supervisor, Yusupalikhodzhaeva S.Kh.

Tashkent Dental State Institute, Uzbekistan

Relevance. The first step towards informatization of the country's health care was the formation of an electronic patient registration system. During its development, the system will provide doctors and medical staff with access to patient data contained in the electronic medical records (EMR) on the "DentReg" platform, regardless of where and when this patient was registered. At present, there is a significant shortfall in patient care. In health care institutions, which do not have a user attached to the place of residence, including private clinics, a new medical record is created for patients to undergo a new anamnesis of the patient, which affects the time of diagnosis and treatment. When assessing the results of oral mucosa (ORS) and dental hard tissue studies, particularly when evaluating the clinical symptoms, there may be differences of opinion on the degree of manifestation or significance of a clinical symptom. A quantitative assessment of the degree of expert agreement is therefore needed. Quantification of the degree of agreement makes it possible to interpret the reasons for disagreement more reasonably, to identify the most relevant criteria and symptoms and their contribution to the validity of the diagnosis.

Concretization of the stated assessment of the experts agreement was carried out in accordance with the developed scales of measurement of severity of clinical course of MMOC (membrane mucous of oral cavity) lesions and dental hard tissues, degree of severity of each specific clinical symptom.

Material and methods. The expert group was created from 10 highly qualified specialists - dentists with the highest qualification category and at least 10 years of work experience in the specialty. The measure of consistency of experts' opinions was the necessity and significance of evaluation of each specific symptom of MMOC affection in points.¹⁰ Experts were offered to evaluate 9 symptoms in the points developed by us, reflecting the clinical course of Candida affection of MMOC according to the following indicators:

1. External examination
2. Defeat prevalence
3. Galitosis
4. Characteristics of the lesion elements
5. The symptoms of xerostomy
6. Subjective sensations

7. The condition of the tongue papillae
8. State of mucous tongue
9. General symptoms

Results and discussions. This statistical method makes it possible to evaluate the phenomenon under study in the form of a generalized opinion of specialists (experts) on the issue or problem under study. The experts assess the adequacy and necessity to evaluate the symptoms in the developed scores of severity of each specific symptom of the defeated MMOC. It is considered that an objective assessment of the possibility of using the method is possible if the experts' opinions are agreed, i.e. close in meaning. The degree of expert agreement was assessed by the value of the concordance coefficient (W). Introduction of MR by the doctor of a medical institution quickly finds the existing information and also adds new information about all cases of rendering medical care to the patient. The necessary medical certificates and documents are generated automatically.

Conclusions. All combinations of points for each clinical attribute (external examination, subjective sensations, prevalence of lesions, characterization of lesion elements, tongue condition, etc.) entered into EMK on the "DentReg" platform, calculated using the above algorithm, show all possible combinations of percentage of damage to MMOC and dental hard tissues, their contribution to the severity of the lesion.

MEANING AND APPLICATION OF MENTAL MAPS IN MEDICINE

Zilola Zakirovna FAIZULLAEVA

Student of 101 group of stomatologic faculty

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan.

Supervisor: Candidate of Medical Sciences M.I.Kamalova

Purpose of work: to study the meaning and application of mental map in medicine

Material and methods of research: 200 students of 1-2 courses of different faculties were included in the study. Various teaching methods and techniques were applied to the students. Many techniques have been devised for this purpose ranging from simple tables to different kinds of clusters and illustrations. However, this is by no means an incomplete list of different methods. Taking into account the technical progress in the field of computing machines (from a simple smartphone to a full-fledged personal computer), it would be irrational not to apply it for the purposes mentioned above. Mental map consider the way of application of one of the programs specially designed for such tasks. And the matter is that for work with large volumes of the information which it is necessary to classify precisely on a hierarchical principle much better will approach mental maps or schemes, rather than a linear record (by means of which the majority of textbooks are written).

Results of the study. According to the source was the application of the mental map in medicine during practical classes. For the material we need smartphones and special programs for example mind map. First of all we need to answer the question

What are mind maps? A mind map, or associative map, is a method of structuring concepts using a graphical record in the form of a diagram (a scheme of tree-like relationships). Of course, a pencil and paper are enough to draw them, but in this case their size and branching will be limited by the size of a sheet of paper, while software implementations have no limitations. To experiment with this method we created our own mental map on the topic: "Classification of elements of arthrology" on the subject of human anatomy. It turned out to be a well-structured "tree of knowledge", which greatly simplified the assimilation of this educational material for students. Each of its elements in the PDF version has its own identification number with an explanation at the bottom. In the program version, however, notes about the elements of the tree appear when you step through it twice.

Conclusions: Thus, the mental map gives students to help and make a quick search through the hierarchical scheme, and simply develops memory and logical thinking.

ЗУБНЫЕ КАМНИ – ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАШИХ ЗУБОВ

*Абдураходов А.А. студент 202 гр. стом. факультета МО ТГСИ
Научный руководитель: Жумаев С.Ю., PhD кафедры пропедевтики
терапевтической стоматологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность: проблема зубных камней остается актуальной в современном мире, поскольку это одно из наиболее распространенных заболеваний полости рта, которое может привести к серьезным осложнениям для здоровья зубов. Несмотря на доступность средств гигиены полости рта, многие люди сталкиваются с образованием зубных камней, что делает эту проблему неотъемлемой частью общественного здоровья.

Цель исследования: изучим возникновение зубных камней, их осложнений для здоровья зубов, а также предложение методов предотвращения и лечения этой проблемы.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели использовалась научная литература, статьи, исследования и статистические данные, связанные с образованием зубных камней и их влиянием на здоровье зубов. Был проведен анализ различных методов чистки зубов, предотвращения образования зубных камней, а также лечения осложнений, связанных с этой проблемой.

Результаты исследования: различают два вида зубных камней: наддесневой и поддесневой. Наддесневая минерализация чаще характеризуется

заметной кристаллографической формой частиц и агломератов, иногда наблюдаются в виде пластинок. Поддесневая минерализация характеризуется формированием одиночных минеральных сферических частиц в органическом налете. В результате анализа было установлено, что главной причиной образования зубных камней является минерализация зубного налета на поверхности зубов. Образование зубных камней может привести к различным осложнениям для здоровья зубов, таким как пародонтит, стоматит, кариес и другие заболевания полости рта. Зубной камень зачастую визуализируется в виде темных зубных отложений в пришеечной части зубов, что объясняется тем, что в его состав входят остатки пищи, отмершие клетки, бактерии, соли фосфора, железа и кальция. Важным моментом лечения зубных камней является регулярная профессиональная чистка зубов у стоматолога и правильный подбор средств для ухода за полостью рта.

Заключение: в заключении можно отметить, что образование зубных камней является серьезной проблемой, которая требует внимания и регулярного ухода. Правильная гигиена полости рта, в том числе регулярная чистка зубов у стоматолога, поможет предотвратить образование зубных камней и связанные с этим осложнения для здоровья зубов. Важно также следить за своим питанием, чтобы избегать излишнего потребления сахара и углеводов, которые способствуют образованию зубных отложений. Таким образом, соблюдение правил гигиены полости рта и забота о своем здоровье помогут сохранить зубы в отличном состоянии и избежать осложнений, связанных с зубными камнями.

РОЛЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Абдужалилова Ш, Хаджиметов А.А., Рустамова С.М.

¹ *Студентка, Ташкентский государственный стоматологический институт*

² *д.б.н. профессор, Ташкентский государственный стоматологический институт*

³ *Базовый докторант, Ташкентский государственный стоматологический институт*

АННОТАЦИЯ. Заболевания пародонта представляют собой группу воспалительных состояний, которые поражают опорные ткани зубов — десну, периодонтальную связку, цемент корня и альвеолярную кость. Во время воспалительного процесса, характерного для гингивита и пародонтита, вырабатывается большое количество цитокинов, провоспалительных медиаторов и матриксных металлопротеаз. При этом, изменения в протеоме ротовой жидкости, возникающие в результате разрушения соединительной ткани, связанного с воспалительным процессом в пародонте, отражаются на показателях специфических биомаркеров.

Ключевые слова: *слюна, ротовая жидкость, гомеостаз,*

ВВЕДЕНИЕ. Систематические обзоры и метаанализы выявили пять перспективных биомаркеров ротовой жидкости в качестве хороших диагностических критериев для ранней диагностики заболеваний пародонта. На ранней стадии развития воспалительных заболеваний пародонта у пациентов наблюдается воспаление десен с разрушением соединительной ткани и прогрессирование до разрушения альвеолярной кости на более поздних стадиях заболевания. Мы считаем, что смена маркеров происходит последовательно на разных фазах пародонтита, поэтому комбинация биомаркеров может быть более эффективно использована для ранней диагностики данной патологии, где не малую роль играют; *Porphyromonas gingivalis* (Pg), интерлейкины ротовой жидкости (IL)-1 α , матриксная металлопротеиназа (ММП)-8, которые тесно связаны с развитием пародонтита.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Целью данного исследования явилось оценка метаболических биомаркеров деградации коллагена в ротовой жидкости у пациентов заболеванием пародонта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: При обследовании пациентов использованы иммунологические методы исследования, Под наблюдением находилось 68 пациентов с гингивитом и хронической генерализованной пародонтитом средней степени (ХГП). 45 мужчин (66,1%) и 23 женщин (33,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Наши исследования показали, что наиболее существенные различия наблюдались со стороны ММП-8 (коллагеназа-2, нейтрофильная коллагеназа). Нейтрофильная коллагеназа, продуцируемая различными клеточными элементами воспалительного очага (нейтрофилы, эпителиоциты, макрофаги, плазмоциты), является ключевым ферментом разрушения экстрацеллюлярного матрикса как различных типов коллагена (I, II, III, V, VII, VIII, X), так и неколлагеновых белков (агрекан, эластин, фибронектин, желатин, ламинин, α 2-макроглобулин, С1q, ангиотензин I, ангиотензин II, фибриноген, брадикинин) [11,14]. Кроме того, он участвует в деминерализации дентина и в дальнейшем при прогрессировании способен вызывать разрушение альвеолярной кости.

Как видно из представленных результатов исследования (таблица), содержание ММП-8 ротовой жидкости у пациентов с гингивитом имеют повышенный уровень металлопротеазы в среднем 5,1 раза по сравнению со здоровыми пациентами. В приведенной выше таблице также указано, что пациенты с пародонтитом имеют повышенный уровень ММП-8 в 9,6 раза при сравнение с показателями контрольной группы. Наблюдаемая динамика ММП-8 в ротовой жидкости у обследуемых пациентов, индуцирует воспаление, связанное с разрушением тканей при заболеваниях пародонта. Пиридинолиновый сшитый карбоксиконцевой телопептид (ICTP), концентрация которого в ротовой жидкости у обследуемых пациентов была повышена, является продуктом распада коллагена I типа, в частности основного

компонента альвеолярной кости. При воспалительных заболеваниях пародонта происходит ускоренная остеопластическая резорбция и деградация коллагенового матрикса, в результате чего образуются пиридинолиновые, дезоксипиридинолиновые и аминок- и карбоксиконцевые сшитые телопептиды коллагена I типа, которые затем попадают в кровоток

ВЫВОДЫ

1. Изучен комплекс биомаркеров ротовой жидкости у пациентов с гингивитом и пародонтитом, определена динамика содержания пародонтальных биомаркеров в ротовой жидкости у пациентов с гингивитом и пародонтитом
2. В условиях молекулярно-деструктивных расстройств при хроническом генерализованном пародонтите и гингивите отмечено повышение содержание металлопротеазы-ММП-8 и ICTP в ротовой жидкости, что позволяет оценить степень и динамику воспалительного процесса и разработать тактику лечения данной патологии пародонта.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рустамова С.М., Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н., Атаходжаева М.А., Эргашева В.Ш. Correlation relations of the composition of saliva and blood plasma in the norm. BRITISH VIEW Volume7, Issue 4, 2022. С.101-108
2. Шаковец Н.В., Лихорад Е.В. Слюна: значение для органов и тканей в полости рта в норме и при патологии // Медицинский журнал. 2013. №3. С.7-11
3. “Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия” научно-практический журнал №6 Том3, выпуск 1(6), 2024. 35-39 с.

ОСНОВЫ БИОМИМЕТИКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ИНТЕГРАЦИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕСТАВРАЦИЙ.

Акбарова М.А. студентка 404 А гр.МО ТГСИ

Научный руководитель: Атабекова Ш.Н., ассистент кафедры факультетской терапевтической стоматологии.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

Актуальность: Современная стоматология стремится к максимально щадящему, функциональному и эстетически безупречному лечению. В связи с чем направление биомиметики становится все более востребованным. Данная дисциплина использует принципы биологии и инженерии для разработки новых материалов, методов лечения и реставрационных решений, имитирующих естественные структуры и функции зуба.

Цель: Изучение и применение принципов биомиметики, или биоэмуляции/биоимитации, для оптимизации стоматологических процедур.

Материалы и методы: Анализ научной литературы по биоимитации в стоматологии, включая:

- Статьи в рецензируемых журналах.
- Книги.
- Обобщение информации о преимуществах и применении биомиметического подхода.

Результаты:

1. Минимальное инвазивное вмешательство:

Сохранение здоровых тканей зуба является ключевым принципом биоэмуляции. За счет применения адгезивных технологий, минимального препарирования и биосовместимых материалов можно достичь нужных результатов.

2. Функциональная интеграция:

Реставрации должны не только восполнять дефекты, но и восстанавливать естественные функции зуба.

Имитация анатомической формы, окклюзионных контактов, распределения нагрузки при жевании, биомеханических свойств – все это осуществляется для максимального воспроизведения физиологического поведения зубов.

3. Баланс мофологии:

Биомиметические реставрации должны соответствовать естественным цветовым характеристикам, текстуре, прозрачности тканей зуба, обеспечивая безупречный эстетический результат.

Преимущества такого подхода:

• **Сохранение здоровых тканей:** Минимизация инвазивного вмешательства позволяет сохранить больше здоровых тканей зуба, что увеличивает срок его службы.

• **Повышенная функциональность:** Реставрации, интегрированные с биомеханическими принципами зуба, обеспечивают более высокую функциональную эффективность.

• **Долговечность:** Биосовместимые материалы и точное моделирование анатомии увеличивают срок службы реставраций.

• **Эстетическая составляющая:** мимикрия под естественные характеристики зуба дает неотличимый от природы результат.

Заключение: Биомиметика в стоматологии – это прогрессивное направление, позволяющее достичь максимально щадящего, функционального и эстетически безупречного лечения и повышения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: биомиметика, реставрация, адгезивные реставрации, минимально инвазивное вмешательство, функциональная интеграция, эстетическая гармония, биосовместимые материалы.

**АТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
КАРИЕСА ЗУБОВ**

Алижонова Ф.В. студентка 210 гр. стом. фак. ТГСИ

Актуальность. Атравматическая реставрационная терапия или атравматическое восстановительное лечение (от англ. *atraumatik restorative treatment* (ART)) относится к методам минимально инвазивного лечения кариеса и профилактики дальнейшего развития кариозного процесса. Метод подразумевает удаление инфицированных тканей зуба с использованием инструментария для ручного препарирования. В чем же заключается преимущества атравматической реставрационной терапии: минимальное препарирование кариозной полости с максимальным сохранением здоровых тканей зуба; безболезненность, отсутствие необходимости в местной анестезии; снижение страха у пациента перед стоматологическим вмешательством; доступность лечения зубов для всех социальных групп. Показания к использованию: социально-ориентированная стоматологическая помощь; оказание стоматологической помощи пациентам, испытывающим непреодолимый страх перед стоматологическим вмешательством; лечение кариеса у пациентов с тяжело протекающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями нервной системы, или другой тяжелой общесоматической патологией; лечение кариеса у пациентов пожилого и старческого возраста; лечение кариеса у пациентов, имеющих противопоказания к применению анестетиков.

Цель исследования. Провести оценку, преимущества и показания к применению атравматических реставрационных методов лечения кариеса зубов.

Материалы и методы: провели ретроспективный анализ данных 60 историй болезни, пациентов от 25 до 50 лет, у которых были использованы минимально-инвазивные методы. Также, ART-методику провели у 10 пациентов от 25 до 35 лет со средним кариесом. Критериями исключения явились: периодическая самопроизвольная боль в зубе в течение длительного периода времени; длительная боль на температурные раздражители; вскрытая полость зуба (обнаженная пульпа); наличие припухлости, свищевого хода на десне в проекции корня(ей) кариозного зуба; затрудненный доступ к кариозной полости.

Результаты и обсуждения. В ходе ретроспективного анализа мы установили, что ART-методика используется очень часто, в нашем случае, из 60 историй болезни, именно, данная методика была установлена в 45% случаев, где описаны положительные результаты.

В ходе проведения клинического исследования 10 пациентам мы провели ART-методику. Для ручного препарирования кариозных полостей используют эмалевый нож, экскаватор, долото, резцы и др. Для моделирования внешних контуров ART-пломб используют экскаваторы, гладилки, резцы. Метод проводили по следующим этапам: предварительное очищение зуба — удаление

зубного налета влажными ватными шариками. Изоляция препарируемого зуба от слюны ватными валиками. Высушивание поверхности зуба сухими ватными шариками. Расширение входа в кариозную полость эмалевым ножом при необходимости. Удаление дентина экскаватором, начиная от эмалево-дентинного соединения. Удаление нависающих краев эмали эмалевым ножом. На эмали не должно оставаться кариозных пятен. Очищение полости влажными, а затем сухими ватными шариками. Тщательное и осторожное удаление кариозного дентина вблизи пульпы зуба. Повторное очищение полости влажными ватными шариками.

Через 30 дней, была проведена повторная санация полости рта, 90% пациентов не предъявили никаких жалоб, у 10% пациентов была установлена кратковременная боль от сладкого в первые 3-4 сутки, которая после указанных дней полностью прошла.

Заключение. Минимально инвазивный метод препарирования является альтернативой к обычному методу препарирования. Концепция минимально инвазивного препарирования состоит в ранней диагностике поражения, минимальном оперативном вмешательстве в ткани зуба с последующим пломбированием специальными материалами. Огромное влияние на результат препарирования оказывают контроль факторов риска развития кариеса.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ И ПЛОХИМ УРОВНЕМ ГИГИЕНЫ РТА

Ахмадалиев Кахрамонжон Хусанбоевич

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространенность кариеса у детей младшего школьного возраста, по данным ряда авторов колеблется от 91% до 100% [2]. Неудовлетворительная гигиена рта, то есть скопление на поверхностях зубов мягкого назубного налёта и, как следствие, образование бактериальной бляшки, препятствует минерализации эмали и приводит к развитию начального кариеса. Поэтому определение гигиенического состояния рта является важным прогностическим критерием, позволяющим оценить риск развития кариеса [1].

Цель исследования. Определение частоты встречаемости начального кариеса у детей младшего школьного возраста с плохим и удовлетворительным уровнем гигиены рта.

Материалы и методы исследования. Было проведено стоматологическое обследование 16 детей в возрасте 7-10 лет с плохим и удовлетворительным уровнем гигиены рта. Интенсивность кариеса зубов оценивалась по индексу КПУ+ кп, гигиеническое состояние полости рта – по упрощенному индексу Green–Vermillion. На начальном этапе определяли гигиенический статус пациентов с помощью окрашивания налёта двухцветным индикатором Sugarlox (Curadent). Важным было не только обнаружение налёта, но и фиксация точной его локализации, особенно это касалось синего кариесогенного налёта - зубной

бляшки, которая является одним из ключевых звеньев патогенеза очаговой деминерализации. Следующим этапом было обучение ребёнка правильной технике чистке зубов на моделях и анкетирование родителей. Анкета включала в себя 8 вопросов как о гигиеническом уходе за полостью рта ребёнка, так и об осведомлённости родителей о наличии начального кариеса (пятен) на постоянных зубах. Затем проводили профессиональную чистку поверхностей зубов с помощью циркулярных щёток и пасты или аквапневмокинетическую чистку. После профессиональной чистки поверхности зубов тщательно высушивали и осматривали с целью выявления очагов деминерализации; при их обнаружении определяли размеры, характер при высушивании, параметры зондирования, границы. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии белого пятна с некариозными поражениями использовали окрашивание эмали зубов 2 % водным раствором метиленового синего (методика Е.В.Боровского, П.А. Леуса, 1976 г.), а также учитывали сведения анамнеза, данные клинического исследования. После теста с красителем проводилась оценка степени окрашивания поверхностей зубов, его локализации и масштабов. Заключительным этапом было нанесение на поверхность зубов реминерализующего препарата Bifluorid 12 (VOCO).

Результаты исследования. Распространенность кариеса среди исследуемых детей достигала 100%, при этом поражение постоянных зубов отмечено в 85%. Среднее значение КПУ+ кп = 3,7+3,8. В ходе работы было выявлено 10 детей с удовлетворительным, и 6 детей с плохим уровнем гигиены рта. По данным анкетирования большинство родителей не замечали пятен на зубах у ребёнка. Было выяснено, что более половины родителей не помогают своим детям в чистке зубов. Большинство детей пользуются обычной мануальной щёткой и чистят зубы 1 раз в день. Кариесогенный сине-фиолетовый налёт был обнаружен у всех исследуемых пациентов. Среди обследованных у восьми детей была выявлена очаговая деминерализация эмали в пришеечной области 15 ласти нижних и верхних постоянных резцов и моляров. В ходе работы было выявлено, что более чем в 80 % локализация синего кариесогенного налёта совпадала с локализацией меловидных пятен. Выводы. Гигиеническое состояние рта у обследованных детей соответствует удовлетворительному и плохому уровню. Большинство детей не владеют навыками эффективного ухода за полостью рта. Высокие значения показателей интенсивности и распространённости кариеса у обследуемых пациентов свидетельствуют о высоком уровне кариесвосприимчивости твёрдых тканей у детей 7 -10 лет. У детей с плохим и удовлетворительным уровнем гигиены в местах скопления кариесогенного налёта вероятность развития очаговой деминерализации эмали составляет 50 %.

Литература

1. Скрипкина Г.И., Питаева А.Н. Кариесогенность зубного налета и проблема прогнозирования кариеса зубов в детском возрасте // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014, № 2, с. 9-11.
2. Шаковец Н.В. Оценка эффективности лечения кариеса зубов у детей

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

*Ахмадалиев Кахрамонжон Хусанбоевич, Рузиев Б.Ш
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Наличие бактерий на поверхности твердых тканей зуба является ведущим этиологическим фактором возникновения и развития кариеса зубов и болезней пародонта. Неэффективная, нерегулярная чистка зубов и неправильное использование предметов гигиены рта приводит к неудовлетворительному уровню гигиены рта [1]. Это способствует появлению и 48 осложнению кариозного процесса. Интенсивность этих патологических процессов находится в прямой зависимости от количества и качества назубного налета.

Цель исследования. Изучить знания врачей о целесообразности оценки гигиенического состояния рта у пациентов на основании анкетирования. **Материал и методы исследования.** Нами проведен опрос 64 врачей с использованием разработанной анкеты. Анкета содержала вопросы о специальности врачей, их осведомленности о важности определения индекса гигиены и методах определения назубных отложений. Также в ходе исследования проведён хронометраж определения индекса гигиены рта у детей студентами 4-5 курса стоматологического факультета и ординаторами 1-2 года обучения.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие врачи детской стоматологической поликлиники и врачи частных клиник города Смоленска. Специальности врачей: детские стоматологи, гигиенисты стоматологические, врачи общей практики, ведущие прием как детей, так и взрослых, стоматологи терапевты, принимающие только взрослых, а также ортодонты. По данным анкетирования важным определение индекса гигиены считают 100% детских стоматологов. Большинство детских стоматологов ответили, что определяют индекс гигиены только на первичном приеме, тогда как гигиенисты стоматологические определяют его при каждом визите пациента. Большинство терапевтов и врачей общей практики отметили, что не определяют индекс гигиены или определяют редко. 89% детских стоматологов визуализируют налет с использованием красителя. Врачи используют для окрашивания налета как растворы на основе йода, так и раствор для дифференцированного окрашивания – Curaprox (Curadent). 53% детских стоматологов используют современный краситель Curaprox (Curadent). 83% детских стоматологов и 75% гигиенистов проводят подсчет значения индекса гигиены с определением уровня гигиены рта. 91% врачей всех специальностей считают, что значение индекса гигиены влияет на дальнейшую лечебную тактику или на кратность визитов пациента к стоматологу. Вместе с тем, 23% всех опрошенных не определяют индекс гигиены или определяют его редко. Из причин, по которым они не определяют индекс гигиены, 46% ответили, что данная манипуляция не входит в их

обязанности. Около 31% считают, что определение индекса гигиены занимает много времени. Нами проведён подсчёт времени, затраченного для объективной оценки гигиенического состояния рта - хронометраж определения индекса гигиены без ассистента составил от 52 до 62 секунд, с ассистентом – 72-83 секунды. Выводы. Таким образом, большинство опрошенных врачей считают важным определение гигиенического состояния рта; 2/3 из них при определении индекса гигиены не используют красители. 23% опрошенных врачей не определяет индекс гигиены, объясняя это тем, что данная манипуляция не входит в их обязанности и занимает много времени. Однако, по результатам нашего исследования, для определения индекса гигиены с визуализацией налёта красителем и подсчётом его значения необходимо, в среднем, около 1 минуты.

Литература

1. Самаркина А. Н., Кондюрова Е. В., Теплова Ю. А. Оценка стоматологического статуса пациентов //Огарёв- Online, 2018. № 15 (120)

К ВОПРОСУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Ахмадалиев Кахрамонжон Хусанбоевич

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Вопрос эффективности эндодонтического лечения не теряет своей актуальности, так как регистрируется большой процент случаев, в которых после эндодонтического лечения сохраняется или развивается очаг деструкции в периапикальных тканях. Возможно, по этой причине большинство последних научных работ посвящены клиническому использованию и сравнительной оценке эффективности методов антисептического воздействия на систему корневых каналов.

Цель исследования: Изучить научную литературу, чтобы определить наиболее эффективно действующий антисептический раствор и метод медикаментозной обработки корневого канала.

Материалы и методы: На основании данных литературы отечественных и зарубежных авторов был проведен анализ исследований, в которых оценивалась эффективность применения различных методов обработки и антисептических растворов. Результаты: В исследованиях [Ricardo G Macedo] и [Дьякова Т.В., Радышевская Т.Н.] оценивалась сравнительная характеристика различных антисептиков, таких как гипохлорит натрия, хлоргексидин, ЭДТА.

Результаты показали, что основным и наиболее эффективным раствором для ирригации, является раствор гипохлорита натрия в концентрации от 3% до 5.25%. Исследования Р. Р. Соопер4 & Р. Л. Томсон были направлены на изучение влияния концентрации раствора гипохлорита натрия, времени контакта и метода активации. Было установлено, что вне зависимости от метода активации, увеличение концентрации (до 5,25%) и времени контакта (до 20 мин) приводит к

лучшему проникновению раствора в дентинные каналы. Однако, полное проникновение антисептика происходит не на всем протяжении корневого канала, а только в устьевой и в средней части. В своих исследованиях [М.О. Нагаева, И.А. Куратов] и [Л.А. Мозговая, Е.Ю., Косолапова] проводили сравнительный анализ методов обработки с использованием УЗ и применение методов, основанных на гидродинамическом эффекте и вакуумной аспирации (системы РинзЭндо и авторский вакуумно-струйный метод). В обоих исследованиях была выявлена эффективность использования гидродинамических методов ирригации, относительно метода УЗ-активации. Удаление смазанного слоя происходило на всем протяжении корневого канала, без нарушения структуры дентина. При УЗ-активации, в апикальной части, сохранились участки, где дентинные каналы были заблокированы.

Заключение: Анализ изученной литературы позволил определить, что наиболее эффективным раствором для ирригации, является гипохлорит натрия в концентрации 3% - 5,25%. Увеличение времени контакта раствора с поверхностью дентина улучшает его инфильтрацию. Гидродинамический метод обработки, имеет преимущество перед УЗ- активацией, так как удаляет смазанный слой с большей поверхности корневого канала. Поскольку данные исследования были направлены на изучение конкретно этих методик, возможно, есть необходимость в разработке новых.

Литература

1. Sluis L. et al. Disinfection of the Root Canal System by Sonic, Ultrasonic, and Laser Activated Irrigation //Disinfection of Root Canal Systems: The Treatment of Apical Periodontitis. – 2014. – С. 217- 238.

2. Куратов И. А. и др. Опыт применения вакуумно-струйной ирригации корневых каналов при лечении хронического апикального периодонтита //Медицинская наука и образование Урала. – 2015. – Т. 16. – №. 3. – С. 110-113.

3. Мозговая Л. А. и др. Морфологические характеристики дентина корней зубов, удаленных у пациентов с хроническими формами периодонтита, в зависимости от способа медикаментозной обработки корневого канала //Стоматология. – 2020. – Т. 99. – №. 2. – С. 7-10.

СОВРЕМЕННЫЕ АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ

Ахмадалиев Кахрамонжон Хусанбоевич

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В стоматологической практике основным критерием эффективного лечения является адгезионная прочность материалов. В наше время качественная фиксация материалов достигнута благодаря эволюции адгезивных систем [1]. Доктор Rathke высказал свое мнение по поводу разделения тотальной техники на две основные: полное протравливание и выборочное, что актуально и в наше время. Выборочное протравливание подразумевает поочередное протравливание эмали и дентина. Для протравливания используют гели с содержанием ортофосфорной кислоты (30-37%) [3,4]. Еще одним шагом в эволюции адгезивных техник стало изобретение

однокомпонентных адгезивных систем, которые относятся к 5 поколению и по данным анкетирования применяются наиболее часто. [7,8] Адгезивные системы 5 поколения проще в использовании, так как уменьшилось время проведения адгезивного протокола.

Исследования в данной области привели к созданию адгезивных самопротравливающих систем 6 поколения. [4,5,6] Адгезивные материалы относящиеся к 7 поколению - самопротравливающие однофлаконные адгезивные системы. Адгезивы 7 поколения светоотверждаемые, одношаговые, содержат десенсиайзер. Что значительно сокращает время работы врача и достаточно удобно в применении. [1,2,3] Не смотря на то что адгезивные системы развиваются быстро каждое поколение имеет ряд своих достоинств так же недостатков над которыми необходимо работать. Вопрос с оптимизацией адгезивных систем не до конца изучен, что требует дальнейшего изучения и внесения своих корректив.

Литература

1. Александров М.Т., Олесова В.Н., Дмитриева Е.Ф., Намиот Е.Д., Артемова О.Н., Ахмедов А.Н., Разумова С.Н. Проблемные вопросы оценки гигиенического состояния полости рта и их клиническое решение // Стоматология. – 2020. – Т. 99. – № 4. – С. 21 – 26.
2. Волков А.Г., Дикопова Н.Ж., Макеева И.М., Бякова С.Ф. Аппаратурные методы диагностики и лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие. – М.: Изд. Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 2016. – 48с.
3. Волков А.Г., Макеева И.М., Дикопова Н.Ж., Ахмедбаева С.С.К., Талалаев Е.Г. Устройство для удаления зубных отложений с озонированием контактной среды Патент на полезную модель RU 196560 U1, 04.03.2020. Заявка № 2019136770 от 15.11.2019.
4. Разумова С.Н. Стоматологическая заболеваемость в возрастном аспекте. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». - 2006. - С420. 72
5. Разумова С.Н., Браго А.С., Хасханова Л.М., Тихонова С.Н., Байт Саид О. Современные методы профилактики стоматологии

ВЛИЯНИЕ ХЛОРГЕКСИДИНА НА ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ

Ахмадалиев Кахрамонжон Хусанбоевич

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Хлоргексидин – один из самых известных антисептиков, успешно применяющийся более 60 лет. Он занял прочное место и в стоматологической практике. Его применяют при лечении гингивитов, пародонтитов и других воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Хлоргексидин является дихлорсодержащим производным бигуанида. Механизм действия хлоргексидина заключается во взаимодействии с фосфатными группами на поверхности клетки, вследствие чего возникает

смещение осмотического равновесия, нарушение целостности клетки и её гибель [1].

Хлоргексидин сохраняет свою активность в крови и гное в течение 24 часов. С другой стороны, он вызывает нежелательные и побочные эффекты, основными из которых в стоматологии являются два – изменение вкусовой чувствительности и окрашивание зубов и реставраций. Поэтому длительное применение хлоргексидина не рекомендовано. Окрашивание зубов происходит по нескольким причинам: из-за развития химической реакции между аминокислотами и сахарами, из-за денатурирования белков с образованием сульфатов металлов, и главное, из-за связывания катионных групп антисептика с анионными группами хромогенов, присутствующих в употребляемых продуктах, например, в чае, кофе, табаке [1]. Изменение цвета зубов на фоне применения хлоргексидина подтверждено многими исследованиями, при этом оценка проводилась по субъективным ощущениям пациента, путем сравнения фотографий и с помощью спектрофотометрии [2,3,4,5,6]. Интенсивность изменения цвета твердых тканей зуба зависит от концентрации хлоргексидина и длительности его применения. Например, раствор хлоргексидина 0,1 % вызывает меньшее потемнение, чем 0,2% [3]. Чтобы снизить отрицательные свойства хлоргексидина была изобретена и запатентована антиокрашивающая система – ADS (Anti Discoloration System). Она входит в состав 0,2% раствора ополаскивателя Curasept компании “Curaden” (Италия). Система ADS приготовлена на основе аскорбиновой кислоты и метабисульфата натрия, молекулы которых препятствуют основным процессам, вызывающим окрашивание. В статьях, освещающих влияние ADS на появление темного налета, оценка эффективности его применения базировалась на данных индекса дисколорита зубов и спектрофотометрии и субъективных ощущениях пациента. Во всех найденных публикациях сообщалось, что ADS полностью не устраняет окрашивание зубов. Большинство исследователей отметили, что раствор хлоргексидина в сочетании с ADS вызывает окрашивание зубов в меньшей степени, чем стандартный раствор хлоргексидина [4]. С другой стороны, авторы некоторых публикаций не отметили существенных различий в цвете зубов при добавлении ADS в состав ополаскивателя [5,6].

Таким образом для получения убедительных доказательств по данному вопросу необходимо его дальнейшее изучение.

Литература

1. Харкевич Д.А. Фамакология. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 760с. – 2010.
2. Mariano Sanz; Nuria Vallcorba; Sebastian Fabregues; Irmtraud Müller; Frank Herkströter (1994).
2. The effect of a dentifrice containing chlorhexidine and zinc on plaque, gingivitis, calculus and tooth staining., 21(6), 431–437. Doi:10.1111/j.1600-051x.1994.tb00741.x
3. S Jenkins, M Addy, R Newcombe (1989). Comparison of two commercially available chlorhexidine mouthrinses: II. Effects on plaque reformation, gingivitis, and tooth staining, 11(6):12-6. PMID: 2638954

4. van Swaaij, B.W.M.; Van der Weijden, G.A; Bakker, E.W.P.; Graziani, F.; Slot, D.E. (2019). Does chlorhexidine mouthwash, with an anti-discoloration-system, reduce tooth surface discoloration without losing its efficacy? A systematic review and meta-analysis. International Journal of Dental Hygiene, (), idh.12402—. Doi:10.1111/idh.12402

5. M Addy; N Sharif; J Moran (2005). A

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ.

Вахабова С.Д., студентка 301 С группы факультета детской стоматологии.

*Научный руководитель: Холматова З. Д., ассистент кафедры
Профилактики стоматологических заболеваний.*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Резюме. Задолго до появления современной стоматологии, эскулапы средневековья знали о том, что воздействие на зубной «нерв» провоцирует нестерпимую боль. В современной же стоматологии воспаление внутренних тканей зуба понимают под термином “пульпит”. Под пульпитом у детей понимают воспалительное поражение мягких тканей с нервно-сосудистыми образованиями, локализирующихся в пульповой камере зуба. Запущенные формы этой патологии могут привести к развитию серьезных нарушений в работе зубочелюстного аппарата. Поэтому обнаружение признаков пульпита у детей является безусловным основанием для визита в стоматологический кабинет и прохождения курса лечения по программе, составленной детским стоматологом-терапевтом.

Актуальность. В стоматологии детского возраста пульпит временных зубов является одной из острых проблем. Анализ частоты встречаемости, выявил его у 55,2% детей в возрасте 1—9 лет, пришедших на прием к врачу-стоматологу детскому. Резкий подъем заболеваемости пульпита наблюдается у детей 2—4 лет, увеличиваясь за этот период на 47,3%. Воспаление в пульпе развивается еще на стадии кариозного поражения твердых тканей зуба, особенно быстро поражение пульпы развивается в случае проксимального расположения кариозной полости, а такая локализация преобладает в клинической практике. Когда врач видит кариозную полость, воспаление в пульпе является уже необратимым. Возможно персистирование микроорганизмов в дентинных канальцах уже отпрепарированной кариозной полости и на дне полости зуба; это приводит в итоге к гибели пульпы - бессимптомно или с развитием симптомов обострения хронического воспаления.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и профилактики пульпита временных зубов.

Результаты исследования и обсуждения. Причиной возникновения пульпита у детей является проникновение патогенных микроорганизмов в пульповую камеру зуба. Чаще всего возбудителями болезни становятся стрептококки. Реже развитие патологического процесса провоцируют лактобациллы и стафилококки. К числу факторов, повышающих вероятность

развития пульпита, относят:

- злоупотребление сладостями и другой пищей богатой простыми углеводами;
- отказ от своевременного лечения кариеса и других стоматологических заболеваний;
- неудовлетворительная гигиена ротовой полости;
- ошибки, допускаемые врачами при проведении стоматологических манипуляций;
- использование низкокачественных средств для ухода за полостью рта;
- инфекционные заболевания верхних дыхательных путей;
- переломы зубов и челюстей, сколы эмалевого слоя, откалывание частей коронок и другие травмы зубочелюстного аппарата;
- контакты с агрессивными химикатами;
- воздействие термических факторов;
- иммунодефицитные состояния;
- продолжительное пребывание в стрессе.

Существует ряд мер, позволяющих значительно снизить риск развития пульпита. Так, стоматологи рекомендуют детям:

- своевременно лечить кариес, другие стоматологические и инфекционные заболевания;
- тщательно следить за гигиеной полости рта, ежедневно чистить зубы утром и вечером при помощи щетки и пасты;
- использовать флоссы;
- выбирать только высококачественные, разработанные специально для детей средства по уходу за зубами;
- сократить потребление сладостей и другой углеводистой пищи;
- обогатить рацион продуктами с высоким содержанием витаминов и полезных элементов (зеленью, фруктами, ягодами, овощами, рыбой и пр.);
- периодически проводить реминерализацию и фторирование всех зубов по согласованию со стоматологом.

Кроме этого, ребенок должен не менее 2 раз в год посещать стоматолога и проходить профилактические осмотры.

Заключение. Своевременное и правильно лечение позволяет сохранять функциональность каждой единицы вашего зубного ряда и зубного ряда вашего ребенка на долгие годы, однако лучше хорошего лечения может быть только заблаговременная профилактика! Чтобы вас не беспокоил вопрос «что такое пульпит», запомните главное правило: регулярно посещайте стоматолога и не затягивайте с лечением кариеса. При появлении болей в зубах или кровоточивости десен, не откладывайте визит к стоматологу. Ведь как завещал еще Гиппократ: «Болезнь проще предупредить, чем лечить».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ В ЭНДОДОНТИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ.

Вахабова С.Д., студентка 301С группы факультета детской стоматологии.

*Научный руководитель: Каюмова В. Р., ассистент кафедры
Факультетской терапевтической стоматологии.*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Актуальность. Этап временной obturation корневых каналов является одним из наиболее существенных в эндодонтическом лечении. В настоящее время одной из проблем эндодонтии является лечение зубов с некротической пульпой и периапикальной патологией, поскольку неэффективность лечения выше, чем в случаях без периапикального поражения. В зубах с хроническими периапикальными поражениями наблюдается большая распространенность грамотрицательных анаэробных бактерий, рассеянных по всей системе корневых каналов, включая апикальную бактериальную биопленку. Поскольку эти области недоступны инструментам, рекомендуется использовать медикаменты для корневых каналов, чтобы помочь устранить эти бактерии и повысить вероятность клинического успеха.

Целью исследования является обзор свойств и клинического применения гидроксида кальция в эндодонтии, влияние на бактериальную биопленку, сравнение эффективности суспензионных форм гидроксида кальция в качестве материала для временного пломбирования каналов.

Материалы и методы исследования. Был проведен обширный поиск зарубежной литературы для выявления публикаций, касающихся герметиков корневых каналов на основе гидроксида кальция, включая физические свойства, биосовместимость, растворимость, антибактериальные свойства и периапикальный эффект заживления.

Гидроксид кальция, широко использующийся в качестве временного внутриканального средства в эндодонтии, в водном растворе распадается на ионы кальция и гидроксид-ионы. Гидроксид кальция имеет щелочной pH, за счет чего он может нейтрализовать кислотную активность остеокластов и стимулировать ферменты, которые участвуют в развитии костной ткани. Препарат также помогает защитить от вымывания минеральные компоненты зубных тканей.

Различия в скорости ионной диссоциации напрямую связаны с носителем, использованным для получения пасты. В целом, используются три типа носителей: водные, вязкие или масляные. Первая группа представлена водорастворимыми веществами, включая воду, физраствор, 2% водный раствор хлоргексидина и анестетики. Порошок разводят до желаемой консистенции носителем. Благодаря своей высокой щелочности (pH 12.5) гидроокись кальция обладает выраженным бактерицидным эффектом. При этом, гидроксид кальция способствует регенерации костной ткани. Однако, Leonardo et al. заявили, что

паста, приготовленная с использованием воды или другого водорастворимого невязкого средства, не обладает хорошими физико-химическими свойствами, поскольку она не рентгеноконтрастна, проницаема для тканевых жидкостей, растворяется и рассасывается из периапикальной области и внутри корневого канала. Для сохранения пастообразной консистенции материала, который не затвердевает и не схватывается, для улучшения текучести, для поддержания высокого уровня рН гидроксида кальция, для улучшения рентгеноконтрастности, для облегчения клинического использования Leonardo et al. рекомендовали добавлять в пасту и другие вещества, так как именно они определяют скорость ионной диссоциации.

При смешивании гидроксида кальция с одним из этих веществ происходит быстрое высвобождение Ca^{2+} и OH^- . Этот тип средства обеспечивает высокую степень растворимости, когда паста остается в прямом контакте с тканями и тканевыми жидкостями, что приводит к ее быстрой резорбции макрофагами.

Некоторые вязкие носители, такие как глицерин, полиэтиленгликоль и пропиленгликоль также являются водорастворимыми веществами и высвобождают ионы Ca^{2+} и OH^- медленнее в течение длительного времени. Они способствуют более низкой растворимости пасты из-за их высокой молекулярной массы и удерживают пасту в нужной области в течение более длительных промежутков времени. Этот фактор продлевает действие пасты, и ионы Ca^{2+} и OH^- будут выделяться с меньшей скоростью. Поскольку вязкая паста, содержащая вязкий носитель, может оставаться в корневом канале в течение 2-4 месяцев, количество посещений и повторных обработок корневого канала резко сокращается.

Очень популярной рецептурой является паста, состоящая из смеси гидроксида кальция и Ледермикса (Lederle Lab.). Это противовоспалительное соединение-антибиотик содержит ацетонид триамцинолона и кальций деметилхлортетрациклин. Обладает высокой ионной диффузией, используется при прямом покрытии пульпы, пульпотомии, внутриканальных повязках и процедурах апексификации, а также при лечении крупных периапикальных поражений.

Заключение. Подводя итог, можно сказать, что в клинических ситуациях, требующих быстрого высвобождения ионов в начале лечения, необходимо использовать пасту на водной основе, содержащую гидроксид кальция, в то время как в клинических ситуациях, требующих постепенного и равномерного высвобождения ионов, следует использовать вязкую пасту, содержащую транспортное средство. Пасты, содержащие маслянистые транспортные средства, имеют ограниченное применение и используются только в тех клинических ситуациях, когда требуется очень медленная ионная диссоциация.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

*Гайбуллаева Ясмينا студентка 201-Б группы стоматологического
факультета*

*Научный руководитель: ассистент Мирзаахмедова Н.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Введение: В данной статье рассмотрены одни из важных стоматологических проблем населения России - плохая гигиена полости рта и заболевания пародонта. Приведены ведущие причины и механизмы развития заболеваний тканей пародонта, а также рассмотрены методы профилактики и терапии данного патологического процесса. На основе опыта, анализа литературы и научных статей за последние 5 лет, выявлены рекомендации: как избежать заболеваний пародонта, как правильно следить за гигиеной полости рта и какова ранняя профилактика воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Материал и методы: пародонт, гигиена полости рта, профилактика, распространение заболеваний пародонта, пародонтальная микробиота.

Результаты: Результаты многочисленных исследований показывают, что распространение и интенсивность заболеваний пародонта среди населения очень высокая в разных возрастных группах. Среди актуальных проблем современной стоматологии - тема заболевания пародонта (гингивит и пародонтит) является очень актуальной. Значимость болезней пародонта среди детского населения определяется их неуклонным ростом, широким распространением и отрицательным влиянием пародонтальных очагов инфекции на организм в целом.

По данным ВОЗ, процент людей, страдающих заболеваниями пародонта, вырос и достиг 80% населения старше 40 лет, а также не умеют чистить зубы около 92%. По данным у школьников она составляет 39%, пародонтит чаще встречается в пубертатном возрасте (13-15 лет) и составляет 7,7% и 11,3% в 16-18 лет. На сегодня остаются мало изученным вопрос о распространенности заболеваний пародонта у детей. Отсутствие профилактических мероприятий приведут к дальнейшему росту заболеваемости полости рта и ухудшению здоровья в целом.

Заболевания пародонта у детей и подростков является одной из первых проблем заболеваемости в детской стоматологии. Следовательно, необходимо больше уделять времени профилактическим мероприятиям заболеваний пародонта, чтобы избежать заболеваемости, а также снизить процент поражения тканей пародонта в детском и подростковом возрасте.

Проведен анализ и обобщен опыт многочисленных исследований по научным работам в области патологической физиологии, микробиологии, профилактике стоматологических заболеваний, которые свидетельствует о том, что активация воспаления в пародонте почти напрямую связана с системными процессами в организме, которые сопровождаются воспалительным ответом. Воспаление проявляется в виде нарушений микроциркуляции, усилением явлений экссудации и клеточной инфильтрации, что способствует деполимеризации основного вещества соединительной ткани десны, разрушению коллагена, резорбции компактной пластинки межзубной

перегородки. Последнее, в свою очередь, способствует проникновению воспаления в губчатое вещество и последующее его разрушение, приводящее к образованию глубоких костных карманов.

Большинство авторов считают, что степень повреждения тканей пародонта находится в зависимости от соотношения силы повреждающих факторов и уровня защитно-приспособительных механизмов, т.е. резистентность данного организма, где одну из главных ролей играет иммунная система тканей полости рта, связанная с общим иммунитетом. При этом нарушение баланса между бактериальной инвазией и резистентностью ротовой полости рассматривается в качестве основного фактора. Развитие пародонтита сопровождается дисбалансом цитокиновой системы. Кроме того, в этиопатогенезе пародонтита в качестве доминирующего этиологического фактора выделяют пародонтальную микробиоту. Она содержится в зубном налете, и минимизация воспалительных реакций обусловлена механическим устранением. Таким образом, заболевания необходимо вовремя выявлять, начиная с самого раннего возраста, проводя профилактические мероприятия.

Направленность необходима на организацию социальных аспектов индивидуальной гигиены полости рта и повышение ее эффективности - как метода предупреждения патологии твердых тканей зубов и пародонта в раннем детском и подростковом возрасте.

Профилактика заболеваний пародонта направлена на устранение причин и факторов риска.

Внимание должно быть направлено на рациональное питание, применение препаратов фтора, устранение аномалий прикуса и патологической окклюзии, аномалий строения и расположения некоторых мягких тканей и органов полости рта, наличие болезней зубов, функциональной перегрузки челюстно-лицевой области, недостаточной гигиены полости рта.

При заболеваниях пародонта у детей гигиенический уход за полостью рта составляет существенное звено в комплексной терапии.

Первый год жизни Возраст 4 года (в этом возрасте должны быть тремы и нормальное соотношение челюстей) Возраст 6-7 лет.

Регулярная чистка зубов, удаление мягких зубных отложений способствует профилактическому процессу созревания эмали зубов. Биологически активные вещества способствуют насыщению тканей зуба и пародонта солями фосфатов, микроэлементами, кальцием, витаминами. Регулярный массаж десен щеткой во время чистки зубов способствует улучшению микроциркуляции в пародонте, улучшению обменных процессов.

Индивидуальная гигиена полости рта -это регулярное удаление зубных отложений самим пациентом, для этого, помимо основных предметов гигиены (зубные щетки), необходимы и дополнительные предметы и средства гигиены (флоссы, ирригаторы, ершики, монопучки, ополаскиватели и т.д.). Также в связи с разнообразием средств и предметов гигиены, необходимо учитывать метод чистки зубов.

Для эффективности проведения гигиены полости рта врачу необходимо

обучить пациента (ребенка и родителя) и продемонстрировать метод чистки зубов. Среди самых распространенных методов чистки зубов - это стандартный метод чистки по Г.Н. Пахомову и метод Басса. Зубные щетки - основной предмет ГПР (гигиены полости рта). Врачи стоматологи рекомендуют использовать мягкие щетки для гигиены пародонта. Зубная паста - основное средство. Наиболее эффективны лечебно-профилактические пасты, способные устранить факторы, вызывающие заболевания пародонта.

Особое место в профилактике заболеваний пародонта принадлежит рациональному уходу за полостью рта, когда после каждого приёма пищи рекомендовано использовать зубные нити и ирригатор. При удалении зубного налета устраняется ведущая причина, как следствие возникновения патологии.

Врачебно-профилактическая помощь заключается в удалении зубных отложений, полировании пломб, обучении населения индивидуальной гигиене полости рта. В соответствии с рекомендациями ВОЗ профилактика делится на первичную, вторичную, третичную.

Первичная профилактика занимает особую роль среди профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний пародонта и предусматривает реализацию следующих задач:

- организацию санитарно-просветительской работы по гигиеническому воспитанию населения. При этом необходимо привлекать средств массовой информации, показ видеофильмов, выпуск санбюллетеней, использование возможностей комнат гигиены. При беседах с пациентами в комнатах гигиены врач-гигиенист должен разъяснять о необходимости ухода за полостью рта, продемонстрировать технику чистки зубов, провести контролируемую чистку с использованием индикаторных средств;

- реализацию программы рационального питания. Врачом-стоматологом должно быть рекомендовано сбалансированное питание, предусматривающее поступление в соответствии с возрастом и полом питательных веществ таких как аминокислоты, витамины, макроэлементы.

Задачи лечебно-профилактических мероприятий: контроль за гигиеническим состоянием полости рта пациентов; проведение профессиональных гигиенических мероприятий; своевременное лечение воспалительных изменений в тканях пародонта; своевременное выявление и лечение аномалий зубных рядов; устранение факторов, способствующих развитию патологических изменений в пародонте (углубление преддверия полости рта, коррекция тяжей, уздечек), используя хирургические методы лечения.

Целью вторичной профилактики является лечение ранних признаков патологических изменений в тканях пародонта с целью предупреждения их прогрессирования, а именно: полноценный гигиенический уход за полостью рта пациента и профессиональная гигиена полости рта; лечение аномалий прикуса и мягких тканей; санация полости рта; использование реминерализующих средств для предупреждения кариеса; рентгенологический контроль, повторяемый через год, позволяющий выявить характер и интенсивность

деструктивных процессов в костной ткани альвеолярного отростка; улучшение микроциркуляции, используя немедикаментозные методы (профилактическая тренировка пародонта), физиотерапевтические процедуры.

Третичная профилактика включает весь комплекс терапевтических, хирургических, ортодонтических и ортопедических мероприятий, направленных на купирование патологического процесса, предупреждение осложнений и восстановление функции жевательного аппарата.

Основными компонентами общегосударственных мер профилактики заболеваний пародонта в нашей стране являются:

- 1) обязательная санация детей и подростков;
- 2) диспансерные осмотры;
- 3) санация беременных женщин.

К мерам индивидуальной профилактики, осуществляемых врачом стоматологом, относят:

- 1) регулярное снятие зубных отложений;
- 2) лечение гингивита;
- 3) вмешательства ортопедического и ортодонтического, хирургического характера;

Необходимо обратить внимание на тот факт, что в детском и подростковом возрасте интактное состояние тканей пародонта - это неотъемлемая часть общего состояния организма, а профилактика пародонтопатий - необходимая предпосылка здоровья всего организма [5].

Таким образом эффективность профилактических средств и методов определяется тем, насколько в ходе их применения удастся устранить действия причинного фактора и минимизировать его влияние.

Сегодня проблема профилактики заболеваний пародонта у детей остается актуальной. В силу того, что заболевания па-родонта, возникающие в детском возрасте, это - основная причина потери зубов у взрослых после 40 лет. В период роста и развития зубочелюстной системы и паро-донта, в частности, длительно протекающие патологические процессы приводят к нарушению формирования твердых тканей полости рта и к раннему разрушению комплекса пародонта, развитию подвижности и выпадению зубов. Поэтому ранняя диагностика заболеваний пародонта и проведение своевременного лечения с учетом возрастных особенностей строения паро-донта у детей. К сожалению, на данный момент в России профилактика заболеваний пародонта у детей развита крайне слабо.

В настоящее время эксперты ВОЗ и большинство исследователей считают, что правильный уход за полостью рта у больных с заболеваниями пародонта, в значительной мере содействует успеху проводимого лечения и предупреждает возникновение рецидивов.

- 4) физиотерапевтические процедуры.

Выводы: Среди первоочередных методов профилактики следует выделить: стоматологическое просвещение; обучение правилам рационального питания; обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта; эндогенное

использование препаратов фтора и кальция; применение средств местной профилактики; вторичная профилактика (санация полости рта).

Литература:

1. Цагараева Т.Г. Заболевания пародонта у детей / Т.Г. Цагараева, М.К. Сланова, С.К. Хетагуров
2. Современные иммуноморфологические аспекты диагностики заболевания пародонта / Л.Ю. Островская [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал.
3. Клинико-микробиологическое обоснование комплексного лечения больных пародонтитом со средней и тяжелой степенью тяжести с учетом молекулярно-генетической характеристики микробиоты полости рта / Э.Р. Тамарова, А.И. Булгакова, А.Р. Мавзютов [и др.] Пародонтология.
4. Профилактика и лечение заболеваний пародонта у детей и подростков / С.К. Зыкеев, Ж.Р. Ургенишбаева
5. Синтропия общесоматической патологии с воспалительными заболеваниями пародонта у детей. Современное состояние вопроса (обзор литературы) / Ж.В. Вечеркина [и др.]

ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНЫХ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Ибайдуллаева Б.А

Магистр Ташкентского Государственного стоматологического института

Научный руководитель: Комилова А.З.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) — распространенное клиническое состояние, вызывающее болезненные изъязвления в полости рта. Однако оптимального терапевтического подхода не существует. Местные и системные стероиды, обычно назначаемые при этом заболевании, имеют местные и системные побочные эффекты.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение применения оральных пробиотиков при лечении рецидивирующего афтозного стоматита у пациентов, которые пользовались сёмной ортодонтической техникой. Исследование нацелено на оценку эффективности этих пробиотиков в уменьшении частоты и выраженности язвенных высыпаний в полости рта у пациентов с данной патологией. Анализ результатов возможен при помощи сравнения группы пациентов, получающих оральные пробиотики, с контрольной группой, не получающей данный препарат. Таким образом, основной целью работы является определение эффективности оральных пробиотиков на основе снижения частоты рецидивов афтозного стоматита и улучшения общего состояния пациентов.

Материалы и методы. Для проведения исследования были подобраны 50 пациентов, страдающих рецидивирующим афтозным стоматитом, которые пользовались сёмной ортодонтической техникой. Среди них было 30 женщин и 20 мужчин в возрасте от 15 до 25 лет. Все пациенты были случайно разделены на две группы: группу контроля и экспериментальную группу. Группа контроля получала плацебо, а экспериментальная группа получала оральные пробиотики. Длительность лечения составляла 6 недель. Во время исследования были проанализированы такие показатели, как длительность загруженности, величина боли, частота рецидивов и общий уровень симптомов афтозного стоматита. Для статистического анализа использовались методы дисперсионного анализа и критерий Стюдента. Были установлены критерии успешности лечения и оценки эффективности оральных пробиотиков.

Результаты и обсуждение. В результате исследования мы получили следующие результаты. 38 пациентов, получавших оральные пробиотики в лечении рецидивирующего афтозного стоматита, проявила значительное снижение частоты рецидивов. У 60%($p<0,001$) пациентов снизила величина боли. У 25%($p<0,001$) определили заживление раны. Определяющим фактором была длительность применения пробиотиков, где пациенты, получавшие более 6-месячный курс лечения, имели наиболее положительные результаты. Наблюдалось снижение воспалительных процессов в полости рта, а также заметное улучшение общего качества жизни пациентов. Безопасность применения оральных пробиотиков также была доказана, не было отмечено серьезных побочных эффектов или осложнений при их использовании. Таким образом, результаты исследования подтверждают эффективность и безопасность применения оральных пробиотиков в лечении рецидивирующего афтозного стоматита.

Заключение: В ходе исследования было установлено, что применение оральных пробиотиков у пациентов, которые пользовались сёмной ортодонтической техникой при лечении рецидивирующего афтозного стоматита может быть эффективным подходом. Пробиотики способны стабилизировать микрофлору полости рта и снизить активность патогенных микроорганизмов, что помогает уменьшить частоту рецидивов и симптомов заболевания. Более того, оральные пробиотики обладают иммуномодулирующими свойствами, способствуя укреплению защитных сил организма. Однако, необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальной схемы и дозировки пробиотических препаратов, а также для выявления потенциальных побочных эффектов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

Камилов Х.П., Кадырбаева А.А., Ибодуллаева Ш.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт
Ibodullaevasahnoza65@gmail.com*

Среди заболеваний пародонта гингивит является наиболее частой формой поражения околозубных тканей и встречается преимущественно у детей, подростков и лиц не старше 35 лет, поскольку в дальнейшем, при отсутствии лечения прогрессирует и переходит в пародонтит (Николаев А.И., Цепов Л.М., 2021; Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., 2017). В комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта одно из ведущих мест занимает местная лекарственная терапия с использованием средств растительного происхождения, которые лишены недостатков аналогичных по спектру воздействия синтетических средств, имеют меньше нежелательных побочных эффектов и реже вызывают аллергическую реакцию (Горбатова Е.А., Ломецкая Т.И., Мануйлова Б.М., 2015). Исследования ученых последних лет подтверждают высокую эффективность шиповника, эвкалипта, алоэ, шалфея, календулы, особенно их комбинации, сбалансированные и иммобилизованные на различных носителях (полисорб, сульфатированные гликозаминогликаны) при лечении катарального гингивита (Дудник А.И., 2015). Кроме этого, исследования последних лет показали, что сульфатированные гликозаминогликаны оказывают стимулирующее влияние на репаративные процессы в структурах соединительнотканного происхождения, а также способствует ингибированию в них дистрофических процессов (Д.В. Компанцев, 2013). Комбинирование таких свойств сульфатированных гликозаминогликанов с антимикробным, противовоспалительным, кератопластическим действием растительных препаратов позволяет сократить сроки полного купирования воспалительного процесса в пародонте и устранить факторы, способствующие его дальнейшему прогрессированию.

Материалы и методы. Для проведения исследования были выбраны два препарата для лечения катарального гингивита: комбинированный стоматологический гель «Метрогил дента» и гель для десен с прополисом. Изучалось анальгезирующее, противовоспалительное и эпителизирующее действие лекарственных препаратов при лечении катарального гингивита. В клиническом исследовании принимали участие 2-группы пациентов (30 человек) в возрасте 35–55 лет. В основную группу (20 человек) вошли пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, сопровождающимися эрозивно-язвенным поражением. Все пациенты основной группы использовали «Метрогил дента», гель наносился на область поражения. У остальных 10 пациентов (группа сравнения) лечение проводилось согласно общепринятым методикам и стандартам, включающим антисептические и эпителизирующие средства в течение того же времени. Для оценки анестезирующего, противовоспалительного и эпителизирующего действия изучаемых препаратов проводилось их нанесение на участок пораженной слизистой оболочки пациентам из основной группы и отмечалось время начала и окончания эффекта. В качестве контроля эффективности лечения, проводимого пациентам основной группы, препараты, применяющиеся в терапии по общепринятым методикам и стандартам, наносились на слизистую оболочку лицам группы сравнения.

Результаты. По данным проведенных исследований следует, что в основной группе, анестезирующий эффект оценивался всеми пациентами как длительный и быстронаступающий, наблюдалась положительная динамика клинических симптомов и сроков эпителизации, что свидетельствовало о существенном снижении уровня воспаления и ускорении эпителизации в среднем на 2–3 дня по сравнению с группой сравнения.

Выводы. Все исследуемые препараты продемонстрировали хороший лечебный эффект, проявляющийся в положительной динамике клинических симптомов и уменьшении сроков эпителизации, и, следовательно, могут быть рекомендованы к широкому клиническому применению у пациентов с катаральным гингивитом.

Литература:

1. Возможности применения аутофлуоресцентной стоматоскопии на амбулаторно-поликлиническом приеме / Т.И. Позднякова, Г.Б. Маркова, Б.П. Марков, М.О. Кудина // Dental Forum. – 2018. – № 4. – С. 56–57.

2. Гнатовская Н.А. Повышение эффективности ранней диагностики и консервативного лечения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта: специальность 14.01.14 «Стоматология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Гнатовская Наталья Андреевна, 2019. – 201 с.

3. Рабинович О.Ф. Патогенетическое лечение тяжелых форм плоского лишая слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, А.В. Гусева // Клиническая стоматология. – 2015. – № 1 (73). – С. 24–26.

4. Азимбаев Н.М. Диагностика и методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы) / Н.М. Азимбаев // Наука, образование и культура. – 2018. – № 8 (32). – С. 43–53.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА И ГЕРПЕСА ГУБ У ВЗРОСЛЫХ.

Камилов Х.П., Шокирова Ф.А., Пардаева М.Б.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Среди вирусных заболеваний герпес (от греческого herpes – лихорадка) занимает одно из ведущих мест. В настоящее время его считают самой распространенной инфекцией человека. Рецидивирующим герпесом поражена 1/3 населения мира, и свыше 1/2 подобных больных за год переносят несколько атак инфекции (Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. 2011. / Bork K., Burgdorf V., Khede N., 2011). Она протекает в виде разнообразных клинических форм, вызывая поражение кожи, слизистых оболочек, глаз, нервной системы, внутренних и половых органов, играет определенную роль во внутриутробной патологии плода. Широкий диапазон клинических проявлений позволяет говорить о герпесе как о важной медико-социальной проблеме. Герпес и герпетический стоматит вызываются вирусом герпеса 1 и 2 типа. Иммунологическое состояние организма пациента, в большинстве случаев иммунодефицитное состояние,

имеет важное патогенетическое значение. В настоящее время «...значение ВПГ-1 в развитии болезни растет во всем мире, и его распространенность составляет 50%. Инфекция, вызванная вирусом герпеса, связанная с ВПГ-1, более распространена и связана с рецидивом инфекции ВПГ-1 более чем в 95% случаев...» (Луцкая И.К., Мартов В.Ю. Лекарственные средства в стоматологии. М.: Медицинская литература, 2013. / Lutskaia I.K., Martov V.Iu. Lekarstvennye sredstva v stomatologii. M.: Meditsinskaialititeratura, 2013.). Вирус активируется острыми респираторными заболеваниями и другими факторами. Одним из наиболее частых осложнений при ношении брекетов считается стоматит или мукозит, который характеризуется повреждением слизистой оболочки ротовой полости с возникновением язв. В некоторых случаях язвы могут не появляться, однако болезненные ощущения – явный фактор, что болезнь начала проявляться. Вопреки распространенному мнению, стоматит может быть последствием длительного ношения брекетов. Появиться он может при неправильной обработки мельчайших ранок во рту или внутренних нарушениях. При диагностировании наличие одного или нескольких симптомов:

- гиперемия;
- Болезненные поражения участков;
- Наличие беловатого, желтоватого или зеленоватого налета;
- Язвы и воспаления

Существует множество методов лечения стоматита, каждый из которых имеет свои особенности проведения. Основные из них заключаются в медикаментозном лечении – применении противовоспалительных и антигистаминных препаратов а также мультивитаминного лечение. Большинство из них позволяют быстро и эффективно устранить не только последствия появления стоматита, но и устранить очаги инфекции. При правильно подобранном лечении стоматит проходит за 7-14 дней. Этого времени вполне хватает для того, чтобы пролечить мягкие ткани и избавиться от болевых ощущений.

Материал исследования и используемые методы для выполнения данной научно-исследовательской работы было осмотрено всего 20 пациентов: из них 14 мужчины и 6 женщины в возрасте от 18-55 лет. В исследовании были представлены данные обследования пациентов с герпетическим стоматитом.

Протокол обследования пациентов включал: оценку жалоб, сбор анамнеза, клинический осмотр, оценку гигиенического статуса полости рта (Федор-Володкина), взятие мазка-отпечатка с последующим цитологическим исследованием, микробиологические исследования. Статистическая обработка клинического материала была основана принципами доказательной медицины.

Результаты научно-исследовательской работы, ее новизна и практическая значимость.

На достаточно большом клиническом материале было выполнена оценка рациональной и профессиональной гигиены полости рта в комплексном лечении герпетического лечение.

Было проведена объективная оценка результатов исследования, данных с целью оптимизации лечения герпетического стоматита с использованием мультивитаминного лечение.

Путем включения мультивитаминного препарата комплексное лечение герпетического стоматита, наблюдали повышении эффективности проводимой терапии.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГЛОССАЛГИЕЙ

Камилова А.З., Рахимова Р.Х., Умерова Ф., Олимжонов Ш

Нурметов Б. М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
sodiqovaadiba@gmail.com*

Введение. В последнее время в стоматологической практике все больше внимания уделяют исследованиям микроциркуляции крови в слизистой оболочке, так как роль расстройств капиллярного кровотока в патогенезе воспалительноразрушительных заболеваний слизистой оболочки рта достаточно значима. Микроциркуляции крови придается ведущая роль в создании оптимальных режимов обмена веществ в органах, поэтому в качестве естественного субстрата микроциркуляции рассматривается микроциркуляторное русло. Нарушение нейрогуморальной регуляции микрососудов, ухудшение реологических свойств крови и трансапикального обмена играют значительную роль в патогенезе глоссодинии, во многом определяя тяжесть заболевания, прогноз и эффективность лечения пациентов [67,71].

Материалы и методы: Принимали участие в исследовании 45 человек, они были разделены на 2 группы: основную группу-25 человек, имеющих глоссалгию, и группу сравнения составили, контрольную группу были 20 человек. В основной группе пациентов было 10 мужчин ($29,41 \pm 6,38\%$), в группе сравнения - 5 мужчин ($21,62 \pm 6,77\%$). Количество женщин в основной группе составляло 15 ($70,59 \pm 6,38\%$), в группе сравнения -15 ($78,38 \pm 6,77\%$).

Результаты исследования и обсуждение: В исследуемых группах пациентов глоссалгией, лазерной доплеровской флоуметрия подтверждается нарушения трофики тканей языка при глоссодинии, проявляющиеся в виде спазма артериальных ветвей, спастических и спастикоатонических изменений капилляров языка.

Выводы Следует обратить внимание, что лазерная доплеровская флоуметрия является информативным и неинвазивным методом оценки

микроциркуляции в тканях языка у пациентов с глоссодинией. С целью определения эффективности лечения рекомендуется проводить как минимум 2-3 исследования до и после проведенной терапии.

Литература

1. Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М., Баклаушев В.П. Поражение нервной системы при COVID-19 // Клиническая практика. 2020;11(2): 60–80. doi: 10.17816/clinpract34851

2. Ковешников А.И., Колесникова И.Ю. «Теоретические основы и клиническое применение густометрии»././ Верхневолжский медицинский журнал. 2016.-Т.15, вып 2.С.30-32;

3.Солодкая К.И., Сорокина Н.Д., Гроева Ю.А. «Анализ вкусовой чувствительности у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении» // Medical Journal of the Russian Federation, Russian Journal. 2017; 23 (2), С.84-88

4.Хабадзе З.С., Соболев К.Э., Тодуа И.М., Морданов О.С. Изменения слизистой оболочки полости рта и общих показателей при COVID 19 (SARS-CoV-2): одноцентровое описательное исследование. Эндодонтия Today. 2020;18(2):4-9;

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Комилова А.З., Нугмонова У.Т., Ибайдуллаева Б.А.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт,
кафедра Госпитальной терапевтической стоматологии.*

Ibajdullaevab@gmail.com.

Цель исследования: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит одной из актуальных проблем практической стоматологии, ХРАС – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями рассматривается как многофакторная болезнь, в формирование которого участвует аутоиммунный ответ организма, аллергические, эндокринные и наследственные факторы. Теченье заболевания тяжелое и длительное и с частыми рецидивами, резистентностью к различным методам лечения. У больных, как правило, обнаруживают нарушения иммунологического статуса местного и общего характера, коррелирующие с тяжестью клинического течения. Возраст большинства больных составляет 20–40 лет, причем до полового созревания одинаково часто болеют лица обоего пола, но среди взрослых пациентов преобладают женщины (данные Pindbord).

Материалы и методы. Исследования проводились на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии, гистологии и медицинской биологии ТГСИ ,на основе истории болезни и гистологических образцов 35 пациентов, в том числе 10 мужчин и 25 женщин, с возрастным ограничением 20-62 года. афты Сеттона у 10% пациентов остальные 90% имеют ХРАС

Результаты и обсуждение.

ХРАС характеризуется следующими симптомами: в самом начале заболевания слизистая оболочка ротовой полости отекает, бледнеет, возможно образование ярко выраженных красных пятен, а также гиперемия отдельных участков. При этом на слизистой оболочке выявляется ограниченный воспалительный процесс, в результате которого образуется овальная или круглая афта, размером достигающая нескольких миллиметров в диаметре. Сверху воспаление покрыто сероватым налетом, трудно отделяемым от афты. Чаще всего воспалительный процесс протекает на поверхности слизистой оболочки, но может проникать и вглубь, вызывая некроз тканей. Повреждения слизистой оболочки болезненны, затрудняют прием пищи и сопровождаются обильным неконтролируемым слюноотделением. При каждом рецидиве шейные и подчелюстные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере. Возможно небольшое повышение температуры, слабость, головные боли и одновременно высыпание афт на слизистой оболочке половых органов. Иногда афта начинается не с гиперемизированного, а с анемичного пятна. Часто за несколько дней до возникновения афты больные ощущают жжение и боль в месте будущих изменений. Одновременно появляется 1 или 2 афты, реже больше. Высыпания чаще локализуются на слизистой оболочке щек, губ, боковых поверхностях языка, но могут возникать на любом участке слизистой оболочки полости рта. При локализации на маргинальной части десны афты имеют полулунную форму, и их, как указывает Mothis (1963), трудно отличить от твердого шанкра.

При гистологическом исследовании афты обычно выявляют глубокое фибринозно-некротическое воспаление слизистой оболочки. Процесс начинается с изменений в соединительнотканном слое; вслед за расширением сосудов, небольшой периваскулярной инфильтрацией появляется отек шиповатого слоя эпителия, затем спонгиоз и образование микрополостей. Альтеративные изменения заканчиваются некрозом эпителия и эрозированием слизистой оболочки. Дефект эпителия заполняется фибрином, который прочно спаивается с подлежащими тканями. Цитоморфологическая картина клеточных элементов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите характеризуется определенными особенностями: цитологический состав мазков у больных, взятой с поверхности афт представлен клетками малоизмененного эпителия и небольшим количеством лейкоцитов, и формированием язв, которые встречаются реже эпителиоцитов, наблюдаются лейкоциты с заметными дистрофическими изменениями. Гистологическая картина рецидивирующего глубоко рубцующегося афта (рубцующаяся и деформирующая формы хронического рецидивирующего афтозного стоматита – афтоз Сеттона) участок некроза с полным разрешением эпителия и базальной мембраны, воспаление в собственно слизистой оболочке и подслизистом слое; при вовлечении в процесс слюнных желез определяется мощная перигландулярная инфильтрация.

Выводы:

Проведенные гистологические исследования показывают, что глубокий

анализ цитоморфологических особенностей хронического рецидивирующего афтозного стоматита позволяет расширить методы повышения эффективности лечения заболевания. Своевременные регулярные обследования позволяют изучить динамику заболевания и оценить эффективность проводимых процедур.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ.

Магистр 2го года обучения Мазифарова К.Р.

Научный руководитель Phd, ассистент Сайдалиев М.Н.

К.м.н., Абдуазимова-Озсойлу Л.А. доцент кафедры Детской терапевтической стоматологии

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан*

Актуальность исследования: В нашей стране и в странах СНГ стоматологическая заболеваемость остается высокой среди детского населения, в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Так, по данным третьего Национального эпидемиологического обследования 2018 года, распространенность кариеса постоянных зубов в возрасте 6 лет составляет 13%, интенсивность по индексу КПУ – 0,24. К 12 годам распространенность кариеса увеличивается и составляет до 71%, а показатель индекса КПУ – 2,45

Цель исследования: Повысить эффективность профилактики кариеса зубов при ортодонтическом лечении пациентов несъемной аппаратурой.

Задачи: Изучить стоматологический статус и гигиеническое состояние полости рта у детей в возрасте от 12 до 18 лет, Провести сравнительную оценку эффективности клинических и аппаратного метода ранней диагностики кариеса постоянных зубов у детей. На основании полученных результатов обосновать эффективность ранней профилактики кариеса зубов у детей в период ортодонтического лечения

Материалы и методы: обследовано 40 детей в возрасте от 12 до 18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью аппарата Q-SCAN.

Результаты: Выявление пятен на поверхности зуба при клиническом обследовании требует проведения дифференциальной диагностики между кариесом эмали и некариозными поражениями зубов (флюороз, гипоплазия). Для этого необходимо использовать дополнительные методы диагностики. При трансиллюминационном исследовании были получены следующие результаты:

- отсутствие тени — интактная поверхность;
- тень в эмали — ОДЭ или кариес эмали (окрашивается красителем);
- тень в эмали — флюороз или гипоплазия эмали (не окрашивается красителем);
- тень в эмали и дентине — кариес дентина.

Если отмечалось наличие налета, это сильно искажало результаты

трансиллюминационного исследования. При эндемической (флюорозная) крапчатости эмали (K00.30) и гипоплазии эмали (K00.40) измененные участки эмали давали четкую тень при близком расположении источника света, начиная с 1-ого режима яркости свечения (1-2 мм от исследуемой поверхности), в отличие от здоровых участков, красителем не прокрашивались.

Выводы: Стоматологическое обследование пациентов в трех возрастных группах находящихся на ортодонтическом лечении показало увеличение распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов с возрастом. Распространенность кариеса у детей 12-13 лет составила 58,64%, у 14-15 лет - 68,21 %, у 16-18 лет – 79,3%, интенсивность кариеса у детей 12-13 лет составила $1,81 \pm 0,28$, у 14-15 лет $3,24 \pm 0,48\%$, у 16-18 лет – $4,04 \pm 2,08$. Аппаратный метод диагностики, работа которого основана на трансиллюминационном свечении, показал более высокую эффективность диагностики: было выявлено на 48,64% больше очагов деминерализации, чем при визуальном осмотре и на 36,52% больше, чем при витальном окрашивании у всех наблюдаемых детей. В результате предложенного комплекса профилактических мероприятий отмечалась стабилизация ситуации, отмечалось сокращение количества зубов с ОДЭ на 1,98% у детей I группы (12-13 лет), на 1,13% у детей II (14-15 лет) и на 8,06% у детей III группы (16-18 лет), образования новых кариозных полостей за весь период наблюдения выявлено не было. Прирост зубов с ОДЭ (0,14 %) отмечался только в группе детей 16-18 лет, где в качестве профилактического средства использовалась только фторидсодержащая зубная паста.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Маткулиева С.Р., Саидов Д.Д.

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
г.Ташкент, Узбекистан*

Введение. Дисфункция печени может проявляться различными изменениями в полости рта, а именно - в виде истеричности слизистой оболочки, нарушения свертываемости крови, наличия петихий, склонности к гематомам, гингивитам, десневым кровотечениям, даже в ответ на минимальную травму, может отмечаться печеночный запах изо рта, хейлит, гладкий и атрофический язык, ксеростомия, периоральная сыпь, болезненность полости рта.

Цель работы. Разработать комплекс лечебных мероприятий при различных поражениях слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим вирусным гепатитом С. На основании комплексного стоматологического исследования (клинический осмотр полости рта, определение индексов ГИ, ПМА) выявить характерные признаки слизистой оболочки полости рта у детей для хронического вирусного гепатита С от степени активности процесса в печени;

Материал и методы. Объектом исследования явились 25 детей с установленным диагнозом хронический вирусный гепатит С и наличием

патологии слизистой оболочки полости рта.

Для решения задач и достижения целей исследования в работе были использованы общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, вирусологические, стоматологические и статистические методы исследования.

Результаты. Результаты исследования являются теоретической базой для разработки современных стоматологических подходов к лечению, профилактике и прогнозированию развития заболеваний слизистой оболочки полости рта детей, больных ХВГС.

Полученные данные могут быть использованы учреждениями практического здравоохранения для планирования и осуществления лечебно-профилактических стоматологических мероприятий у детей, больных ХВГС.

На основании изучения терапевтической эффективности и противовирусных препаратов предложена новая схема комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с ХВГС.

Заключение. Научная значимость полученных результатов заключается в научном обосновании важности выявления основных клинических проявлений заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим вирусным гепатитом С; установлении основных клинических маркеров, позволяющих практическим врачам-стоматологам на ранних этапах предусмотреть развитие хронического вирусного гепатита.

Практическая значимость работы заключается в том, что для внедрения в практическое здравоохранение предложен новый метод лечения патологии СОПР на фоне ХВГС, который позволяет повысить клиническую, иммунологическую, вирусологическую и стоматологическую эффективность лечения, снизить риск формирования и рецидивирования заболеваний слизистой оболочки полости рта.

ВЛИЯНИЕ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОЙ ОБРАБОТКИ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА НА КОСМЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ

Мелькумян Т.В.^{1,2}, Мусаайхова Ш.К.¹, Камилов Н.Х.¹, Дадамова А.Д.¹

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии

²Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы

Кафедра терапевтической стоматологии

Большинство коммерчески доступных композитных пломбировочных материалов обладает превосходными физическими свойствами, химической стабильностью, а также функциональными и косметическими характеристиками, что позволяет им выступать в качестве хорошей альтернативы дорогостоящим керамическим реставрациям. Однако осложнения, связанные с окрашиванием композитных реставраций на границе пломба – зуб остаются все еще актуальными. Среди основных причин подобной проблемы

часто выделяют объемную полимерную усадку и старение органической матрицы, которые присущи материалам данной группы. С другой стороны, качество подготовки адгезивных поверхностей зуба также имеет немаловажное значение.

В связи с этим, целью настоящего клинического исследования стало изучение влияния воздушно-абразивной обработки поверхности зуба на косметическое состояние выполненной композитной реставрации.

Материал и методы. В исследование были включены 97 пациентов, имеющих показания для восстановления композитным материалом не менее двух зубов, относящихся к одной группе и локализующихся в одном из секстантов зубных рядов. В каждом случае поверхность одного из зубов перед проведением адгезивного протокола обрабатывали традиционно с применением полировочной пасты и щеток. Поверхность второго зуба дополнительно обрабатывали воздушно-абразивной смесью на основе Al_2O_3 27 μ m. Среднее время наблюдения за композитными реставрациями составило 37,2 $\pm$ 9,3 месяца. Клиническое состояние пломб оценивали по критериям краевого и поверхностного окрашивания (FDI). Значения фиксировали с помощью условных единиц от 1 до 5 баллов. При этом 1 балл соответствовал отличному состоянию реставрации, а 5 баллов указывало на необходимость ее полной замены.

Для определения статистической значимости различий средних величин использовали t-критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, что использование воздушно-абразивной обработки поверхности зуба смесью на основе Al_2O_3 27 μ m способствовало достоверному улучшению эстетического состояния композитных пломб как по показателю окрашивания поверхности ($p < 0,05$), так и по критерию краевого окрашивания границы реставрации ($p < 0,01$).

К ВОПРОСУ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Мелькумян Т.В.^{1,2}, Шералиева С.Ш.¹, Дадамова А.Д.¹

¹Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кафедра Госпитальной терапевтической стоматологии

²Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы

Кафедра терапевтической стоматологии

Актуальность. Светоотверждаемые композитные реставрационные материалы нашли широкое применение в стоматологической практике благодаря своим оптимальным механическим и эстетическим свойствам. Однако, качество лечения зубов с применением наполненных фотополимеров в определенной степени зависит от понимания их химического состава и биосовместимости входящих в него компонентов.

Современные композитные материалы, используемые для выполнения прямых реставраций в полости рта, имеют низкие показатели полимерной усадки

и малую цитотоксичность. Однако, принимая во внимание тонкости кинетики процесса полимеризации и факт неполноценной конверсии материалов, изучение их биосовместимости является актуальной задачей. При этом, особое внимание в большинстве исследований главным образом сосредоточено на полимерной матрице органической смолы, отличающейся химической нестабильностью, из-за наличия несвязанных мономеров, которые могут высвобождаться и оставаться в свободном состоянии на стадии полимеризации.

Известно, что степень конверсии светоотверждаемых композитов может быть увеличена при условии их предварительного нагрева. При этом улучшаются не только механические свойства реставраций, но также их химическая стабильность в условиях полости рта.

В связи с этим, **целью** настоящего исследования стало изучение эффективности предварительного нагрева композитных пломбировочных материалов на их цитотоксические свойства.

Материал и методы. В исследовании были использованы образцы пломб, изготовленных из трех композитных материалов (Estelight Posterior, Toquyama; Filtec Z550, 3M ESPE; Harmonize, Kerr), половина из которых перед полимеризацией была нагрета до 60°C. Для оценки цитотоксического действия образцов использовали первичную культуру стромальных клеток, выделенных из слизистой оболочки полости рта человека при проведении биопсии. Фазово-контрастная микроскопия проводилась на приборе Olympus BX53. Статистический анализ проводился с помощью дисперсионного анализа ANOVA. Для выявления различий между группами использовали тест Краскела-Уоллиса и апостериорный критерий Тьюки.

Результаты. Изображения, полученные с помощью фазово-контрастной микроскопии, показали активное и обильное заселение клеточной культурой образцов пломб из светоотверждаемого композитного материала, которые перед полимеризацией были нагреты до 60°C. При этом наиболее высокую биосовместимость продемонстрировали образцы пломб, выполненные как из нагретого, так и ненагретого Estelight Posterior (Toquyama, Japan). Значительное снижение цитотоксичности ($p < 0.01$) после применения предварительного нагрева композитного материала было отмечено у образцов пломб из Filtec Z550 (3M ESPE, USA).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Муртазаев Саидолимхон Саидазим угли. Студент 103 гр. стом. фак.

ТГСИ

*Научный руководитель: Шукурова У.А., заведующий кафедры
Пропедевтики терапевтической стоматологии, д.м.н., доцент.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность темы: Корректное выполнение препарирования кариозной полости представляет собой важный этап в лечении кариеса и профилактике его рецидива, обеспечивая оптимальные условия для последующего восстановления зуба и предотвращения повторного развития заболевания. Нам известно, что лечение кариеса зубов невозможно без препарирования. Точность его исполнения исключает возможность развития вторичного кариеса из-за хорошего краевого прилегания. Классическое препарирование зуба рождает у многих пациентов чувство страха и боли. Разработка альтернативных методов лечения кариеса связана, в первую очередь, с ликвидацией болевого фактора, присутствующего при препарировании зубов даже скоростными бормашинами. Иссечение размягченных тканей дентина и щадящее отношение к здоровым твердым тканям – один из принципов, которым руководствуются при препарировании.

Цель исследования: провести сравнительную характеристику различных методов препарирования твёрдых тканей зубов при помощи стандартных алмазных боров и лазерного наконечника.

Материалы и методы: В качестве объектов исследования были выбраны удаленные зубы с фиссурным кариесом (предварительно помещенные в 6% раствор перекиси водорода на 3 дня) и было произведено препарирование с использованием стандартных алмазных боров средней зернистости и лазерного наконечника при настройке 5 Вт, 60% воды, 80% воздуха для эмали и 3 Вт, 80% воды, 95% воздуха для дентина. После препарирования была проведена электронная микроскопия. Также произведена оценка методов препарирования по следующим параметрам: необходимость анестезии; бактериальная загрязненность полости; возможность рецидива кариеса.

Результаты: Безболезненное препарирование кариозной полости возможно благодаря появлению стоматологического оборудования нового поколения. Применение любого из методов одонтопрепарирования должно иметь научную аргументацию с глубоким изучением влияния на состояние твердых и мягких тканей зуба, пародонта и слизистой оболочки. Помимо традиционного метода лечения, существуют другие не менее эффективные методики препарирования – лазерная.

Были отпрепарированы несколько десятков зубов. в 100% случаев была получена оптимальная полость под пломбирование. Но в случае использования лазерного наконечника выявлены некоторые преимущества, а именно: отсутствует необходимость в применении анестезии, протравливании и кондиционировании дентина, в полости отсутствует или максимально снижена бактериальная загрязненность, стенки гладкие, без закупоренных дентинных канальцев. Когда как при препарировании алмазными борами стенки при рассмотрении под микроскопом имеют выступы и микротрещины, в полости находятся дентинные и эмалевые опилки, дентинные канальца частично закупорены.

Обсуждение: В результате выяснились следующие преимущества лазерного наконечника: полученная стенка имеют гладкие стенки и дно.

Отсутствует необходимость в химической протравке. Получилось избежать появления опилок и закупоривания дентинных канальцев. Кроме того, лазерная обработка не контактирует с тканями зуба, что позволяет напрямую охладить подготовленную область водно-воздушной струей. Отсутствует контактная обработка, стандартные подготовительные звуки, нет необходимости в анестезии, так как нет болезненных ощущений из-за давления и повышенной температуры. После использования лазера эмаль не имеет трещин и сколов, которые могут образоваться при работе с алмазными головками. Кроме того, полость после лазерной обработки остается стерильной и не требует длительной антисептической обработки, так как лазерный свет уничтожает любую патогенную микрофлору.

Выводы: в результате исследования выяснилось, что использованием лазерного наконечника можно получить наиболее качественный результат препарирования. Использование в стоматологической практике нетрадиционных методов позволяет врачу предлагать пациенту достаточный спектр минимальных инвазивных и безболезненных процедур, соответствующих высоким клиническим эталонам оказания стоматологической помощи.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Муртазаев Саидумархон Саидмуродхон угли. Студент 103 гр. стом. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Шукурова У.А., заведующий кафедры Пропедевтики терапевтической стоматологии, д.м.н., доцент.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность темы: Одно из ведущих мест в профилактике и лечении начального кариеса эмали занимает реминерализующая терапия. Реминерализующая терапия (ремтерапия) – комплекс мероприятий, направленный на восстановление структуры зуба, путем насыщения эмали минералами. Распространенность кариеса зубов представляет серьезную проблему для здравоохранения в большинстве стран мира. В настоящее время в России и за рубежом отмечена высокая интенсивность и распространенность этого заболевания, достигающая 99%. В нашей республике данная цифра варьирует от 92 – 96%, несмотря на большие успехи в профилактике и лечении кариеса зубов данная патология представляет серьезную проблему, осложняющуюся ростом стоимости восстановительного лечения и новыми доказательствами взаимосвязей осложнений кариеса и ряда соматических заболеваний. Поэтому одно из ведущих мест в профилактике и лечении начального кариеса эмали занимает реминерализующая терапия, которая рассматривается в качестве приоритетной стоматологической процедуры и считается экономически более эффективной, чем оперативно-восстановительное

лечение.

Цель исследования: изучить современные реминерализирующие вещества для профилактики кариеса зубов.

Результаты и обсуждение: так как данный тезис является обзорным, сначала давайте разберем основные вещества, которые участвуют в данном процессе. Кальций (Ca). Фтор (F). Медицинский нано-гидроксипатит (Главный компонент зубов и костей).

Перечислим показания для проведения ремтерапии: защита зубов после проведения профессиональной гигиены полости рта. Начальные формы кариеса. Профилактика кариеса. Повышенная чувствительность зубов (гиперестезия). Микротрещины и микроповреждения эмали. Ортодонтическое лечение. Отбеливание зубов (как профилактика повышенной чувствительности и защита тканей зуба).

Ну и конечно имеются противопоказания для проведения ремтерапии: реминерализация и фторирование зубов противопоказана в случае аллергии на один из компонентов в составе препарата для лечения минерального недостатка в эмали. Также в тяжелой стадии заболеваний почек и печени, поджелудочной железы.

В ходе анализа литературы мы определили некоторые виды препаратов для ремтерапии: фторлак (фторсодержащий лак); фторирующие гели; ремодент; метод глубокого фторирования.

Способы ремтерапии: 1. реминерализация зубов при помощи фторсодержащих лаков. 2. реминерализация зубов при помощи фторирующих гелей с использованием специальных или ортодонтических кап.

Перед ремтерапией врач стоматолог обязательно должен провести санацию полости рта, сделать комплексную очистку такие как: снятие зубного налета пескоструйным аппаратом, а также удаление зубных камней при помощи ультразвука.

Непосредственно перед нанесением какого-либо препарата врач стоматолог должен тщательно просушить поверхность зубов.

Далее распределяется сам кальций-фторсодержащий препарат, в нашем случае мы будем использовать препарат GC Tooth Mousse (2,5) в комбинации со специальной силиконовой капой и выдерживаем 20-30 минут.

Далее рекомендуется нанесение фторида натрия для защиты от кариеса и агрессивного воздействия. Фторлак имеет антибактериальное свойство и придает натуральный блеск зубам. Курс может состоять из 10 и более процедур раз в день, через день, в зависимости от состояния эмали.

Выводы: В результате после минерализации зубов за счет укрепления эмали мы снижаем риск появления кариеса.

В заключении можно сказать, что, на сегодняшний день реминерализация зубов является очень важным этапом лечения, так как если проигнорировать эту стадию, у пациента могут быть последующие

осложнения такие как средний кариес, глубокий кариес и вплоть до пульпита.

АДГЕЗИВНАЯ СИСТЕМА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Рахматуллаева Г. студентка 1 курса. ТГСИ

*Научный руководитель: Юльбарсова Н.А., старший преподаватель (PhD)
кафедры Пропедевтики терапевтической стоматологии
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Адгезивная система — это набор жидкостей, включающий в разных комбинациях протравливающий компонент, праймер и бонд, способствующие микромеханической фиксации стоматологических материалов к твердым тканям зуба. Адгезив (англ. — adhesive) означает «клеящее вещество». Его применяют в стоматологии для скрепления различных материалов с зубом путем поверхностного сцепления, которое происходит за счет образования молекулярных связей. Таким образом, все неровности зуба заполняются адгезивом, увеличивая площадь соприкосновения между поверхностью зуба и, к примеру, пломбой.

Используемые механизмы адгезии к тканям зуба можно разделить на две группы: микромеханические и химические. Микромеханическая адгезия достигается в основном за счет сцепления высвобожденных из цельной структуры зуба элементов (эмалевые призмы, коллагеновые волокна) с полимерным твердеющим веществом. Химическая адгезия образуется за счет непосредственной связи структурных частиц тканей зуба и адгезива. Субстратами для адгезии служат эмаль и дентин. Их свойства различны, что обуславливает различные подходы к фиксации.

По виду происхождения различают: Природные и Синтетические адгезивы. В стоматологии применяются в основном синтетические клеевые составы, которые представляют собой растворы полимеров.

Цель: провести сравнительную оценку поколений адгезивных систем.

Материалы и методы: адгезивные системы 4-го OptiBond (Kerr) и 5-го Prime & Bond 2.0 поколения.

Результаты и обсуждение: после удаления тканей, пораженных кариесом, образуется «дентинная рана», через которую в пульпу зуба могут проникать токсины и химические реагенты. Поэтому необходимы меры, направленные на герметизацию поверхности дентина. Вследствие инструментальной обработки дентина на его поверхности образуется смазанный слой, состоящий из неорганических частиц, денатурированных коллагеновых волокон, разрушенных остатков одонтобластов. Этот слой затрудняет диффузию адгезивных систем в поверхностные слои дентина. Предварительное кислотное протравливание поверхности дентина улучшает адгезию с дентинным адгезивом

вследствие раскрытия дентинных канальцев, деминерализации поверхностного слоя и удаления смазанного слоя. Протравливание не оказывает вредного воздействия на пульпу зуба.

Адгезивные системы IV поколения предусматривают трехшаговую технику применения: 1-й этап. Протравливание кариозной полости. На эмаль и дентин наносятся протравочный гель (ортофосфорная кислота) или протравочная жидкость (малеиновая кислота). Рекомендуемая экспозиция протравочного состава: на эмаль — 15-30 секунд, на дентин — не более 15 секунд. После протравливания полость промывается водой и слегка просушивается воздухом. В результате проведения этого этапа эмаль становится микрошероховатой, смазанный слой на поверхности дентина растворяется и полностью удаляется, поверхностный дентин деминерализуется, раскрываются дентинные канальцы, обнажаются коллагеновые волокна.

2-й этап. нанесение праймера. Праймер наносится на протравленный дентин и выдерживается 15-30 секунд для проникновения вглубь. Некоторые фирмы-производители для улучшения диффузии праймера рекомендуют втирать его в поверхность дентина аппликатором легкими «скребущими» движениями. Затем необходимо тщательно высушить дентин слабой струей воздуха, поверхность при этом должна приобрести гляцевый вид. Праймер проникает в раскрытые дентинные канальцы, пропитывает деминерализованный поверхностный слой дентина и связывается с обнаженными коллагеновыми волокнами, образуя гибридный слой. 3-й этап. нанесение адгезива. Адгезив наносится на протравленные и обработанные праймером поверхности эмали и дентина. Чтобы уменьшить толщину слоя, используют кисточку или воздушную струю. Полимеризация производится светом активирующей лампы. Затем полость пломбируется композитом по общепринятой методике.

Адгезивные системы IV поколения обеспечивают наибольшую силу адгезии композита к эмали и дентину. Они получили заслуженное признание и распространение среди стоматологов и до сих пор остаются «золотым стандартом» среди стоматологических адгезивов.

Дальнейшее развитие адгезивных систем привело к созданию однокомпонентных, легко отверждаемых, не требующих смешивания связующих агентов. Химический состав их практически такой же, как и адгезивных систем четвертого поколения, но за счет создания новых систем стабилизации удалось совместить свойства праймера и адгезива в одной жидкости (одной бутылочке). Клиническое применение этих адгезивных систем также идентично предыдущему поколению, разница лишь в том, что первая порция, нанесенная на протравленный дентин, выполняет функцию праймера, а вторая – адгезива. Нанонаполнитель выступает как вещество с поперечносшитой структурой, укрепляя адгезивный слой и усиливая микромеханическую ретенцию адгезива. Средний размер частиц нанонаполнителя 0,001-0,008, что позволяет им легко проникать в дентинные канальцы любого размера (средний диаметр дентинного канальца 0,8 мкм). Наличие наполнителя повышает твердость адгезива и приближает его по составу к композиту и в то же время к

дентину. В целом все это улучшает прочность прикрепления нанонаполненной адгезивной системы и обеспечивает улучшенное краевое прилегание композита к твердым тканям зубов.

Выводы. Таким образом, при использовании адгезивных систем 4 и 5 поколения необходимо учитывать правильность проведения шагов, правил использования и в первую очередь нудно помнить о диагнозе, который мы лечим.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

С.С.Махсумова¹, Кодирова М.Т.², Диникулова М.А.³

¹*Ташкентский государственный стоматологический институт*

²*Ташкентский государственный стоматологический институт*

Аннотация: Слизистая оболочка полости рта и губ у детей является полифункциональным образованием, выполняющим одновременно защитную (механическую и биологическую), чувствительную, всасывающую и пластическую функции. Эпителий слизистой оболочки предохраняет подлежащие ткани от влияния вредоносных факторов, в неповрежденном виде являясь непроницаемым для большинства микроорганизмов.

Ключевые слова : СОПР, травма, лейкоплакия, язва, воспаление.

Abstract: The mucous membrane of the oral cavity and lips in children is a multifunctional formation that simultaneously performs protective (mechanical and biological), sensitive, suction and plastic functions. The epithelium of the mucous membrane protects the underlying tissues from the influence of harmful factors, being intact and impervious to most microorganisms.

Key words: ММОС, trauma, leukoplakia, ulcer, inflammation.

Актуальность: На сегодняшний день проблема острых и хронических травм остается актуальной, поскольку травматические поражения широко распространены, поражают людей любого возраста и имеет разнообразные клинические проявления .

Цель исследования: изучить виды травматических поражений у детей их локализации и их распространенность.

Методы исследований: группа 38 детей в возрасте от 12 до 16 лет с хроническими травмами которым, проводили макросъемки с помощью аппарата Dr's Cam. Для изучения травм был предложен метод фото-планиметрических исследований. У пациентов, находящихся на лечении, с острыми и хроническими травматическими поражениями СОПР проводилось с помощью фотоаппарата

Dr's Cam в режиме макросъемки. Дополнительно применяли ретракторы и внутритротовые зеркала.

Результаты исследования: Съемку выполняли после добровольного информированного согласия пациента. Наиболее часто травмирование СОПР у пациентов проявлялось следующими морфологическими элементами: гиперемия и отек, травматические эрозии и язвенные травматические поражения. Точечные кровоизлияния слизистой оболочки рта в местах контакта с ортодонтической аппаратурой выявляли в $6,25 \pm 3,0\%$ случаях. В $53,13 \pm 6,2\%$ случаях на СОПР в месте травмирования выявляли локальные участки гиперемии и отека СОПР в местах контакта с несъемной ортодонтической техникой. Чаще встречались сочетанное форма выявлялись на слизистой оболочке щеки - в $68,75 \pm 5,8\%$ случаях; на слизистой оболочке нижней губы – $10,94 \pm 3,9\%$ случаев; на слизистой оболочке верхней губы – $4,8 \pm 2,7\%$ случаев; на слизистой оболочке щеки и верхней губы – $15,51 \pm 4,5\%$ случаев, чаще встречались сочетанные формы на СОПР и на губах.

Травматические эрозии СОПР выявляли в период ортодонтического лечения у $26,57 \pm 5,5\%$ пациентов. Язвенные травматические поражения СОПР наблюдались в $7,8 \pm 3,4\%$ случаях. Очаги гиперкератоза обнаруживали на слизистой оболочке щек в области верхних боковых моляров в проекции брекет системы в $6,25 \pm 3,0\%$ случаев. Структура травматических поражений СОПР при ортодонтическом лечении гиперемия и отек $53,1\%$, травматические эрозии $26,6\%$, травматические язвы $7,8\%$, точечные кровоизлияния $6,2\%$, гиперкератоз $6,2\%$. Таким образом, травматические поражения СОПР выявлялись практически у каждого третьего ($38,1 \pm 3,7\%$) пациента, проходящего ортодонтическое лечение с использованием несъемной ортодонтической техники, чаще в острой форме, с развитием отека, гиперемии, кровоизлияний, эрозирования или изъязвления, в местах контакта с несъемной ортодонтической техникой, преимущественно на слизистой щек и губ.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Смородина Екатерина Дмитриевна

Факультет: Стоматология, группа № 301-В

Научный руководитель: Ассистент кафедры Стоматология,

Абдусаматова Д.З.

EMU UNIVERSITY

Актуальность. В настоящее время мировое сообщество сталкивается с проблемой роста хронических заболеваний. Особое место среди них занимает хроническая болезнь почек (ХБП), которая ухудшает качество жизни. ХБП является не только нефрологической проблемой, она обязательно включает в себя и стоматологические аспекты. Установлено, что данная патология встречается у 30% стоматологических больных, и пациенты с ХБП входят в группу риска развития стоматологических заболеваний и 90% таких больных

имеют различные патологические изменения в твердых тканях зубов, пародонте, слизистой оболочке, языке и слюнных железах. В связи с этим врачи-стоматологи должны иметь профессиональную настороженность при лечении пациентов с ХПН, поскольку утрата регулирующих и экскреторной функций почек осложняет стоматологическое лечение и повышает риск стоматологических заболеваний и характерные изменения в полости рта.

Цель исследования. Цель исследования, проведенного в данном обзоре литературы, заключается в оценке состояния полости рта, у больных после трансплантации почки, получающих иммуносупрессивные препараты с ХПН, находящихся на гемодиализе (ГД).

Материал и методы. Проведен обзор и анализ нескольких исследований, включающих в себя комплексную оценку стоматологического статуса, степени выраженности и особенности стоматологической патологии у пациентов с хронической болезнью почек.

Результаты. Данные исследования показывают взаимосвязь между патофизиологией хронической болезни почек применением иммуносупрессивной терапии и состоянии полости рта. Пациенты с (ХБП), находящиеся на (ГД) и получающие иммуносупрессоры более подвержены развитию патологических процессов в десне, пародонте и слизистой оболочке полости рта. У таких пациентов чаще наблюдался эксфолиативный хейлит, кандидоз и хронический рецидивирующий герпетический стоматит, а также были выявлены предраковые заболевания: плоская лейкоплакия и типичная форма красного плоского лишая (КПЛ).

Выводы. Влияние иммуносупрессивной терапии на состояние слизистой оболочки десны у пациентов с хронической болезнью почек проявляется пролиферативными изменениями, обусловленными гиперплазией эпителия и перестройкой подлежащей соединительной ткани на фоне снижения уровня интерлейкина-2 и 6. Структура стоматологической заболеваемости пациентов с хронической болезнью почек зависит от этапа лечения основного заболевания и назначенной иммуносупрессивной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Убайдуллаев С.С. студент 101 гр. фак. детс. стом. ТГСИ

*Научный руководитель: Мусашихова Ш.К., ассистент кафедры
Пропедевтики терапевтической стоматологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время наиболее распространенным методом является изготовление панорамных рентгеновских снимков. Этот метод позволяет получить очень важную информацию о состоянии исследуемой области, достаточно точную при правильном взаимном

расположении пациента, потока излучения и регистрирующих сенсоров.

Однако, несмотря на очевидные достоинства, такие как проработанная методическая база, широкий ассортимент оборудования и простота обучения обслуживающего персонала, у этого метода имеется, по крайней мере, один принципиальный недостаток: он позволяет получать только плоские двумерные изображения объемных объектов. Это существенно ограничивает его возможности, прежде всего, из-за затенения и перекрытия более глубоких областей.

Ещё один широко известный метод диагностики съёмка на фосфорные пластины и цифровой матрицы в одном корпусе можно считать настоящим прорывом в дентальной рентгенодиагностике.

Цель исследования: провести сравнительный анализ современных методов рентген диагностики, которые широко используются в терапевтической стоматологии.

Материалы и методы исследования. Определение технических характеристик рентгенологических методов. Проведение опросника у самих терапевтов стоматологов и у пациентов, которые посещали терапевта стоматолога.

Результаты и обсуждения. Основным компонентом радиовизиографической системы является датчик (сенсор), состоящий из трёх основных элементов: люминесцентного экрана, защитной пластины из особого стекла или матрицы. Несомненным плюсом радиовизиографа является размер получаемого снимка. На экране монитора в 1-7 дюймов размер снимка составляет 2 на 3 сантиметров.

Восприятие человеком деталей черно белого изображения отличается от восприятия деталей изображения цветного, в сложных случаях можно включить режим цветного фильтра. Так же можно выделить на снимке области одинаковой полости или включить режим рельефного изображения и окрасить его фильтром «охра». Для представления графического изображения в объёме можно воспользоваться псевдоизометрической проекцией.

Использование радиовизиографа обеспечивает: снижение лучевой нагрузки на врача стоматолога и пациента более чем в 10 раз; сокращение времени получения снимка до двух секунд; возможность хранения всех снимков всех пациентов клиники мгновенным доступом к любому из них не отходя от стоматологической установки; получение снимков с большой разрешающей способностью – до 25 пар линий на миллиметр; большой размер снимка при просмотре на экране монитора (20x30 см); огромные возможности последующей обработки снимка; возможность замера длины; возможность на один снимок поместить до 4 зубов; возможность распечатывать снимок неограниченное количество раз; возможность передать снимок на другой компьютер или в другую клинику; возможность полностью отказаться от фотолаборатории и химикатов.

Единственным недостатком радиовизиографа можно назвать его цену. Несмотря на то, что это оборудование производится уже больше 20 лет, оно всё

ещё довольно дорого. Объясняется это сложностью изготовления датчика.

Стоит отметить, что, у пациентов часто возникает страх и вопрос по поводу облучения и нанесения вреда этого метода на организм. Важно понимать и объяснять ежесекундно на нас воздействуют и естественные источники (солнце, вода, земля) и техногенны. Так, например, нахождение перед телевизором по 3 часа в день- 5мкЗв, авиаперелет на 2,5 тыс.км.- 10мкЗв, облучение естественным фоном- до 3000мкЗв (в год).

Заключение. Таким образом, даже ежедневное облучение при визиографии и ежемесячные панорамные снимки не могут превысить допустимую дозу. Поэтому все страхи, связанные со стоматологическим рентгеном, являются беспочвенными.

Среди вспомогательных методов исследования, при меняющихся в стоматологии, лидирует, безусловно метод рентгенологический. Сегодня сложно представить себе стоматологическую клинику без рентгена.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТ

Абдалиева У.

Научный руководитель: Убайдуллаева Н.И

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Заболевания слизистой оболочки полости рта являются одной из наиболее сложных, актуальных проблем стоматологии, и до настоящего времени они наименее изучены с точки зрения этиологии, патогенеза, диагностики и особенно лечения среди других стоматологических заболеваний (Барер Г.М., 2005; Рабинович И.М., 2010).

Особую трудность представляет лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся развитием эрозивно-язвенных элементов поражения и характеризующихся хроническим или рецидивирующим течением. К таким заболеваниям относится рецидивирующий афтозный стоматит. Развитие данного заболевания сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки, значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клинических проявлений и малой эффективностью лечения (Ярцева А.В. с соавт., 2017; Цветкова А.А., 2009; Schulz H., 2006).

В последние годы появились работы, выявляющие патогенетическую связь заболеваний органов пищеварения, дыхательной, сердечно-сосудистой систем с заболеваниями слизистой оболочки полости рта в форме взаимного отягощения, поскольку патологические процессы в полости рта становятся очагами хронической инфекции и приводят к ухудшению функционирования вышеперечисленных органов и систем, а также к обострению их хронических заболеваний (Гажва С.И. с соавт., 2012; Leodolter A., Megraud F., 2001; Ибрагимова М.Х., 2019). Доля хронического рецидивирующего афтозного стоматита в структуре заболеваемости СОПР составляет от 4,68% до 9,3% (Гажва С.И., Котунова Н.А., 2017, Hegde S., 2018). Важно отметить, что проведенные исследования предполагают, что в сочетании с воспалительными заболеваниями

желудочно-кишечного тракта частота встречаемости рецидивирующего афтозного стоматита увеличивается до 11,6% и в некоторых случаях может достигать до 40-50% случаев (Старикова И.В., 2018; Lankarani, K.B., 2013). Одно из исследований продемонстрировало, что 28,7% пациентов с брекетами жалуются на изъязвления полости рта. У 2,5% язвы были настолько серьезны, что значительно мешали приему пищи.

В 2009 году Перейра и Танака опубликовали в журнале "ANGLE ORTHODONTIST" результаты влияния керамических и металлических брекетов на слизистую щеки. Было продемонстрировано, что металлические брекеты вызывают более значительные изменения в клетках слизистой, по сравнению с керамическими. Тем не менее, изменения воспалительного характера были практически у всех участников.

Итак, наиболее частым осложнением после брекетов является стоматит (мукозит) - повреждение слизистой оболочки полости рта с возникновением язв или без них.

Травмы слизистой рта вследствие ношения брекетов значительно снижают качество жизни - поскольку прием пищи превращается в настоящее мучение.

У людей, склонных к афтозному стоматиту, механическое повреждение брекетами слизистой полости рта приводит к возникновению язв.

Профилактика стоматита вследствие ношения брекетов - тщательный уход за полостью рта и применение гиалуроновой кислоты для защиты и восстановления слизистой.

Кроме того, разрабатываются альтернативные системы для исправления прикуса, например "Инвисалин":

Материал исследования и используемые методы для выполнения данной научно-исследовательской работы.

В исследовании будут представлены данные обследования пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом до и после лечения.

Протокол обследования пациентов будет включать: оценку жалоб, сбор анамнеза, клинический осмотр, оценку гигиенического статуса полости рта (Федор-Володкина), взятие мазка-отпечатка с последующим цитологическим исследованием, микробиологические исследования. Статистическая обработка клинического материала будет основана принципами доказательной медицины. Было осмотрено всего 7 пациентов: из них 4 мальчика и 3 девочек в возрасте от 15-25 лет.

Ожидаемые результаты научно-исследовательской работы, ее новизна и практическая значимость.

На достаточно большом клиническом материале будет выполнена оценка рациональной и профессиональной гигиены полости рта в комплексном лечении ХРАС у пациентов с брекет системой.

Будет проведена объективная оценка результатов исследования, данных с целью оптимизации лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием препарата **бактизидима**.

Путем включения препарата бактизидима в комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита пациентов с брекет-системой ожидается повысить эффективность проводимой терапии.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Усманов Саидъало Усман угли. Студент 201 гр. фак. детс. стом. ТГСИ

Научные руководители: Шукурова У.А., заведующий кафедры

Пропедевтики терапевтической стоматологии, д.м.н., доцент.

Рустамова Х.Е. профессор кафедры Общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время среди детского населения в возрасте от 6-ти до 12-ти лет наблюдается высокий прирост заболеваемости полости рта и слизистой оболочки. На данный момент известны многочисленные факторы, влияющие на развитие заболевания полости рта, в особенности кариозное поражение, что является глобальной проблемой среди населения Республики Узбекистан. Учитывая то, что этиология кариозного поражения до конца не изучено, проведение профессиональной профилактики несколько затруднена. В эти периоды наблюдается склонность молочных и постоянных зубов к восприятию многочисленных факторов риска, оказывающие отрицательное действие на твердые ткани зуба. Учитывая что происходит процесс вымывания минерального состава из твердых тканей зубов, рекомендуется в профилактических целях, предусматривать меры компенсации организма, ионами кальция и фтора, путем оказания профессиональной медицинской стоматологической помощи в средне-образовательных и дошкольных образовательных учреждениях, где, данные мероприятия могут обеспечивать своевременное восполнение утраченных минералов, создание баланса между деминерализацией и реминерализацией, повышение свойств резистентности зубов у детей. При несвоевременном оказании профессиональной помощи, патологический кариозный процесс может перейти в стадию обострения и дать осложнение в виде воспалительных процессов в мелких кровеносных сосудах пульпы – пульпит.

Цель исследования. Оценить состояние полости рта у детей и установить средней показатель встречаемости кариеса у детей начальных классов и обосновать необходимость профилактических мероприятий в школах.

Материалы и методы. Для определения состояние полости рта у детей, со стороны кафедры Пропедевтики терапевтической стоматологии во главе научных руководителей провели визит в школу №155, где был проведен осмотр 128 учеников 2-х и 3-х классов, для вычисления распространенности кариозного

поражения. Распространённость установили по формуле: общее количество детей с кариесом/общее количество осмотренных детей*100 детей с кариесом в классах. Для увеличения качества чистки зубов у детей, провели ознакомительные курсы по правильному выполнению техники чистки зубов также были выданы каждому из детей зубные пасты и календари в целях контроля чистки зубов у детей. Также, проведено анкетирование среди родителей учеников, по поводу профилактических мер, оказываемых в школьных учреждениях.

Результат. Все мы знаем, что для детского возраста от 6 до 12 лет характерно наличие сменного прикуса, и воспаление пульпы является главным аспектом или причиной в нарушении энамелогенеза и возникновение системной гипоплазии. Кариозное поражение у детей имеет специфический характер, это связано с тем, что в детском периоде, наблюдается быстрый темп развития организма, которое непосредственно влияет на истощение минерального состава зуба.

По результатам и оценкам распространенности кариеса, выявлено, что общее количество детей с кариесом составляет 115 детей, общее количество осмотренных детей 128 и средний показатель количество детей с кариесом равняется 90%.

Через 3 месяца, при повторном визите выяснили, что проведенные курсы по выполнению правильной чистки зубов показывают хорошие результаты, таким образом снизилось травмы десен также увеличилось контроль над зубным налетом.

Вывод. Ссылаясь на полученные результаты исследования, нами установлено что, дети 6-12 лет с наличием сменного прикуса нуждаются в своевременной оказании организованной профессиональной стоматологической помощи в государственных учреждениях.

В целях высокой эффективности снижение патологии кариозной поражении предлагается постепенно вносить в структуры строение детских садов и школ стоматологические кабинеты.

По анализам эффективности снижение патологии твердых тканей зубов будет зависеть от профилактики с момента дошкольного образования и обеспечению здорового перехода зубов в школьных образовательных учреждениях, в котором также будут проводиться профилактические мероприятия специалистами, которые будут направлены непосредственно на предупреждение развития кариеса.

ПРЕИМУЩЕСТВА И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ

*Хакимова Ж.О. студентка 101 гр. фак. детс. стом. ТГСИ
Научный руководитель: Мусаиайхова Ш.К., ассистент кафедры
Пропедевтики терапевтической стоматологии
Ташкентский государственный стоматологический институт,*

Актуальность. Современное понимание этиологии и патогенеза кариеса зубов способствует разработке новых стратегий по предотвращению заболевания и его осложнений на индивидуальном, групповом и коммунальном уровне. Благодаря внедрению прогрессивных систем диагностики и лечения многие стоматологические вмешательства осуществляются по новым стандартам с наименьшей инвазией. Эта концепция предполагает максимальное сохранение здоровых тканей зуба и его анатомическую и функциональную целостность.

Инвазивная процедура (от лат. *invasivus* — вхожу внутрь) — медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки и др.).

Препарирование (от англ. *preparation* - подготовка, приготовление) — метод, позволяющий отделить жизнеспособные ткани от нежизнеспособных.

Препарирование тканей зуба, пораженного кариесом, рассматривается как *метод* удаления патологически измененных тканей и формирования кариозной полости с наиболее целесообразной формой, обеспечивающей сохранение прочностных характеристик тканей, технологичное пломбирование дефекта, надежную фиксацию, эстетичность и медицинскую эффективность пломбы (реставрации). Метод прошел эволюцию от «профилактического расширения Блэка» до концепции «минимально инвазивного вмешательства».

Малоинвазивные процедуры — любые процедуры (хирургические и не только), которые обеспечивают меньшее вмешательство в организм, чем применяемые для той же цели открытые операции. В медицинскую практику термин «малоинвазивные процедуры» (англ. *minimally invasive procedure*) введен в 1984 г. Дж. Уикхэмом (J. Wickham).

Для применения вышесказанных минимально инвазивных методик, необходимо соблюдать определенные правила выполнения. Такие как, препарирование твердых тканей зуба с применением специального режущего инструментария (минимального размера боры шаровидные, конические и др.) или применение альтернативных способов препарирования (например, использование воздушной абразии, ультразвука, лазера); применение специального ручного инструментария для препарирования и пломбирования мини-полостей (узких и тонких эмалевых ножей, штопферов и др.); соблюдение аккуратности манипуляций препарирования и пломбирования, бережное отношение к эмали, оставшейся без опоры подлежащего дентина; произвольный дизайн препарирования с удалением только разрушенных твердых тканей зуба и максимальным сохранением интактных твердых тканей, особенно в области иммунных зон (сохранение деминерализованного дентина, эмали без подлежащего дентина).

Цель исследования. Установить преимущества и показания к применению минимальных методов, как, Bate-Cave-препарирование, тоннельное препарирование и Slot-препарирование.

Материалы и методы: провели ретроспективный анализ данных 60 историй болезни, пациентов от 25 до 50 лет, у которых были использованы минимально-инвазивные методы. На основе правил проведения методов Bate-Cave-препарирование, тоннельное препарирование и Slot-препарирование мы провели данные методы у 6 пациентов с диагнозом средний кариес.

Результаты и обсуждения.

В ходе препарирования нами были соблюдены определенные условия, а именно: хорошая освещенность рабочего поля (например, бестеневые светильники, яркий рефлектор, фиброоптика в стоматологическом наконечнике); обильное водяное охлаждение (турбинный наконечник с 3–4 точками подачи водяного спрея не менее 70–80 мл/мин); тщательный визуальный контроль твердых тканей на всех этапах препарирования (например, использование увеличивающих стоматологических зеркал, бинокляров, микроскопа); контроль удаления кариозных тканей с помощью кариес-маркеров (кариес-детекторов). Для минимального препарирования фиссур и ямок использовали специальные вращающиеся абразивные инструменты — боры для фиссуротомии или алмазные боры маленьких размеров конической формы с красной маркировкой зернистости. Фиссуротомические боры, как правило, имеют рабочую часть в форме усеченного конуса с закругленной вершиной для безопасного препарирования с минимальным удалением эмали.

2-м пациентам применили Bate-Cave-препарирование кариозной полости (с англ. *Bate Cave* — пещера летучей мыши), в результате которого в пределах дентина сформировали полость с сохранением нависающих краев эмали, т.е. сделали объемную полость с узким входом. Кариозные полости у наших обследованных располагались на окклюзионных поверхностях моляров, кариозное поражение распространялось под бугры. Вход в центре кариозного дефекта сформировали шаровидным бором малого или среднего размера. После этого шаровидным бором на длинной ножке круговыми движениями провели аккуратное удаление пораженного дентина под интактной нависающей эмалью.

2-м пациентам со средним кариесом по 2 классу Блека мы выбрали метод тоннельного препарирования. Удаление очага кариозного поражения на контактной поверхности зуба 2.6. проводили путем оперативного доступа с окклюзионной поверхности (с окклюзионной ямки) при сохранении краевого гребня. Краевой (маргинальный) гребень — эмалевый валик, идущий по краю жевательной поверхности. Он направляет пищевой комок на жевательную поверхность, препятствуя проникновению пищи в межзубной промежуток и травмированию десневого края (межзубного сосочка). На основании ретроспективных данным нами установлено, что показаниями к использованию тоннельного препарирования являются: кариозные поражения у пациентов с хорошей гигиеной рта (индекс ОНI-S $\leq$ 0,6), низкой интенсивностью и низким риском развития кариозной болезни; необширное кариозное поражение проксимальной поверхности жевательного зуба с локализацией кариозной полости в области экватора или несколько ниже (т. е. между контактным пунктом и шейкой зуба), контактный пункт с соседним зубом сохранен.

Борами небольшого размера на длинной ножке в тканях зуба сделали тоннель, направленный к проксимальной кариозной полости, сформировали окклюзионно-проксимальным тоннель, в итоге, целостность маргинального гребня не нарушается.

В ходе исследования 2-м пациентам использовали близкий к тоннельному препарированию «Slot-препарирование» или «латеральный тоннель», так как и в этом клиническом случае были полости 2 класса Блека. Метод *Slot-препарирования* (латерального тоннеля) рекомендуется при обнаружении малых и средних кариозных поражений с локализацией на проксимальных поверхностях от уровня экватора до пришеечной области. Мы создали к проксимально локализованной кариозной полости узкий доступ с вестибулярной поверхности.

Закключение.

Тоннельное препарирование, в сравнении с классическим препарированием, является более трудоемким, более сложным в исполнении и менее надежным, т. к. затруднен визуальный контроль качества некрэктомии и внесения пломбировочного материала. Кроме того, велик риск случайного вскрытия полости зуба и нарушения целостности краевого гребня. Основным преимуществом тоннельного препарирования, по сравнению с традиционным, является более щадящее вмешательство и повышение прочности тканей зуба за счет сохранения целостности краевого гребня. Тоннельное восстановление может быть альтернативным вариантом лечения проксимального кариеса.

Bate-Cave-препарирование требует особой аккуратности исполнения. При правильном препарировании и пломбировании кариозной полости риск скола нависающих краев эмали будет минимальным.

Slot-препарирование считается более оправданным методом лечения малых и средних не распространяющихся на жевательную поверхность полостных дефектов II класса по Блеку в сравнении с традиционным препарированием краевого гребня для доступа к проксимальному кариозному поражению.

ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОДОНТИЯ

QOLIPLAR. PROTEZLASHDA MAXSUS QOLIP OLUVCHI QOSHIQLAR.

Ilmiy rahbar: Abdulahatov J.K., ortopedik stomatologiya propedevtikasi kafedrasi assistenti.

G'ayratova I.D., Toshkent davlat stomatologiya instituti talabasi

Kirish: Tish shifokori har doim muvaffaqiyatli protez uchun aniq taassurot olishni xohlaydi. Aniq qolip olishda shifokor mahoratidan tashqari qolip oluvchi xomashyoning xossalari muhim ahamiyatga ega. Uning asosiysi xususiyati plastiklik

bo'lib, yani xomashyo tegib turgan yuzadagi barcha hosilalarni to'ldirishi hamda berilgan shaklini saqlashidir. Plastiklik xususiyatiga ega bo'lgan tabiiy va sintetik moddalar mavjud, biroq ulardan ayrimlarigina qolip (nusxa) olishga yaroqli. Bunga sabab, qolip oluvchi xomashyolarning bir qator tibbiy texnik xususiyatlarga ega bo'lishidir.

Maqsad va vazifalar: Ushbu maqola tish shifokorlarini klinikada maxsus taassurot materiallarini va qoliplarni to'g'ri tanlash va foydalanishida ahamiyatli. Bu ish jarayonining vaqtini qisqartirishga va yakuniy protezning yaxshi moslashishiga yordam beradi. Yaxshi tanlangan qoshiq qolip olishni yengillashtiradi, qolip olish qanchalik murakkab bo'lsa, qoshiqni shunchalik aniq tanlash lozim. Uni tanlaganda quyidagilarga ahamiyat berish kerak: qoshiq chetlari tishlardan kamida 3-5 mm masofada bo'lishi shart. Bunday masofa qattiq tanglay bilan qoshiqning tanglay do'ngligi oralig'ida ham bo'lishi kerak. O'tuv burmasiga tayanadigan qisqa yoki uzun qirralik qoshiqlarni tanlamaslik zarur. Tekshirish paytida tish qatorlariga qo'yiladigan qoshiqning cheti o'tuv burmasiga tegib turadigan tarzda tanlangani ma'qul.

Materiallar va metodlar: Aniq qolip olish uchun materiallar va texnikalar.

Tish shifokori odatda asosiy taassurot olish uchun va yakuniy taassurot olish uchun maxsus qoliplardan foydalanadi. Qoliplar maxsus tayyor va xususiy qoshiqlar yordamida olinadi. Yuqori va pastki jag'lar uchun tayyor qoshiqlar temir va plastmassalardan fabrikada ishlab chiqariladi, ular turli hajm va shakllarda bo'ladi. Ular qanchalik xilmaxil bo'lsa, qolip olishda shifokor shunchalik katta imkoniyatlarga ega bo'ladi. Qolip (nusxa) qoshig'ining shakli o'lchami, tish qatorining kengligi va uzunligi bilan, nuqsonlar joylashuvi, tishsiz alveolyar qismning ifodasi va boshqa sharoitlar bilan belgilanadi. Ishlab chiqarishda tayyor bir necha metall va plastmassa qoshiqlar bo'lib, ular har doim barcha talablarni qondira olmaydi. Shuning uchun ko'pincha qoshiqning chetini shaklan o'zgartirishga to'g'ri keladi.

Muhokama: Qoliplar vazifasiga ko'ra anatomik va funksional bo'ladi. Anatomik qoliplar protez maydonida va chegarasida joylashgan harakatchang to'qimalarning funksional holatini hisobga olmagan holda, tayyor qoshiqlar yordamida olinadi. Xususiy qoshiqlar yordamida ham olish mumkin. Funksional qoliplar, deganda protez maydonida va chegaralarida joylashgan harakatchan to'qimalarning funksional holatini hisobga olgan holda, xususiy qoshiqlar yordamida olingan qoliplar tushuniladi. Bunday qoliplar turli funksional sinamalar yordamida olinadi. Funksional qoliplar protez chegaralarini (chetlarini) shakllantirish usuli bo'yicha: passiv harakatlar yordamida shakllantirishga (ya'ni shifokor tomonidan amalga oshiriladigan) va bemorning o'zi faoliyatli sinamalar, chaynov va boshqa harakatlar yordamida shakllantirishi tushuniladi. (Lab, til, lunj harakatlari). Funksional (faoliyatli) qoliplar protez maydonidagi shilliq qavatning ezilish darajasiga qarab ham farqlanadi. Ya'ni funksional qoliplar bosim ostida, bosimsiz va aralash holatlarda olinishi mumkin. Bunday qoliplar protez maydonidagi shilliq qavatning, alveolyar o'siqning tuzilishiga va holatiga bog'liq holda tanlanadi. Bundan tashqari qoliplar (nusxalar) ikki qavatli (qatlamli) bo'lishi mumkin. Bunda qolipning birinchi qavati zichligi yuqori bo'lgan qolip oluvchi xomashyolar asosida tayyorlanadi (alginat, termoplastik). So'ngra birinchi qavatning usti silikon asosli qolip oluvchi xomashyo bilan to'ldirilib, yana

ikkinchi marta qolip olinadi. Bunda ikkinchi qavat protez maydoni relefining yanada aniq chiqishini ta'minlaydi.

Xulosa: Tish protezi tayyorlashda shifokorning mahorati, bilim va tajribasi asosiy o'rinni egallaydi. U og'iz bo'shlig'ining holati, materiallarning afzallik va kamchiliklariga ko'ra eng maqbul tanlovni amalga oshirishi kerak. Bu esa natijaning aniqligini kafolatlovchi asosiy omildir.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Manish KS, Vijay K : Comparative evaluation of the accuracy of different materials used for fabrication of custom impression trays to make impression in partially edentulous situations . B F U Dent J 2010;2:9-11.
2. Smith PW, Richmond R, McCord JF. The design and use of special trays in prosthodontics: guidelines to improve clinical effectiveness. Br Dent J 1999;187:423-6.
3. Shetty S, Nag PVR, Shenoy KK. A review of the techniques and presentation of an alternate custom tray design. J.I.P.S 2007; 7: 8-11.
4. Hickey JC ,Zarb GA , Bolender CL , ed , Boucher' prosthodontic treatment for edentulous patient 9th ed CBS . MO :Mosby year book :1990;214 .
5. Goldfogel M, Harvey WL, Winter D: Dimensional change of acrylic resin tray materials. J Prosthet Dent 1985;54:284-6.
6. P a g n i a n o R P , S c h i e d R C, Clowson R L, et al: Linear dimensional change of acrylic resins used in the fabrication of custom impression trays. J Prosthet Dent 1982 ; 47 :79-283.
7. Cur a C, Cot e r t H S, Us e r A :Fabrication of a sectional impression tray and sectional complete dentures for a patient with microstomia and trismus : A clinical report

QOLIP OLIISH MATERIALLARI: ENG KO'P ISHLATILADIGAN QOLIP OLUVCHI MATERIALLAR

*Ilmiy rahbar: Abdulahatov J.K., ortopedik stomatologiya propedevtikasi
kafedrasi assistenti.*

Hojimamatov D.Z., Toshkent davlat stomatologiya instituti talabasi

Mavzuning dolzarbligi: Ko'pgina qolip oluvchi materiallar stomatologiyada foydalaniladi. Qolip oluvchi materiallar aniq restavratsiyalarni ishlab chiqarish uchun intraoral tuzilmalarni qayd etish uchun ishlatiladi. Statik va harakatchan og'iz tuzilmalari o'rtasidagi munosabat optimal ishchi model olish uchun aniq takrorlanishi kerak.

Ko'pincha, taassurot materialini tanlash tish shifokorining sub'yektiv tanloviga bog'liq bo'ladi. Bunda u materiallarning afzallik va kamchiliklarini hisobga olishi zarur.

Maqsad va vazifalar: Qolip oluvchi materiallar, ularning turlari, ulardan foydalanish, tanlash va ularni to'g'ri qo'llash.

Taassurot materiallarining xususiyatlari:

Aniq qolip olishda shifokor mahoratidan tashqari qolip oluvchi xomashyoning

xossalari muhim ahamiyatga ega. Uning asosiysi xususiyati plastiklik bo'lib, yani xomashyo tegib turgan yuzadagi barcha hosilalarni to'ldirishi hamda berilgan shaklini saqlashidir. Plastiklik xususiyatiga ega bo'lgan tabiiy va sintetik moddalar mavjud, biroq ulardan ayrimlarigina qolip (nusxa) olishga yaroqli. Bunga sabab, qolip oluvchi xomashyolarning bir qator tibbiy texnik xususiyatlarga ega bo'lishidir.

Ideal taassurot materiali klinik va laboratoriya muhitida ma'lum xususiyatlarni ko'rsatishi kerak.

- ✓ Qolip oluvchi materiallarga qo'yilgan talablar:
- ✓ Yoqimli hid va maqbul rang;
- ✓ Zaharli yoki tirnash xususiyatni beruvchi tarkibiy qismlarning yo'qligi;
- ✓ Saqlash va tarqatish talablariga muvofiq yaroqlilik muddati;
- ✓ Iqtisodiy jihatdan tejamkor;
- ✓ Klinik talablarga javob berishi lozim;
- ✓ Qoniqarli mustahkamlik va tekstura;
- ✓ Og'iz to'qimalarini osongina namlashi;
- ✓ O'rnatilgan materialni ogizdan osongina olib tashlash va yaxshi elastik tiklanish imkonini beruvchi elastik xususiyatlar;
- ✓ Og'izdan olib tashlangandan keyin sinish yoki yirtilishning oldini olish uchun yetarli mustahkamlik;
- ✓ Harorat va namlik diapazonlari bo'yicha o'lchov barqarorligi;
- ✓ Gips va qolip materiallari bilan muvofiqligi;
- ✓ Klinik foydalanishda aniqlik;
- ✓ Aniqlikni yo'qotmasdan osongina dezinfektsiya qilinishi.

Muhokama: Hozirgi vaqtda mashhur bo'lgan taassurot materiallariga gidrokolloidlar, qo'shimcha silikonlar, poliefirlar va polisulfidlar kiradi. Ba'zi eski taassurot materiallari (masalan, sink oksidi evgenol taassurot pastasi, gipsli gips, va taassurot birikmasi) hali ham ma'lum vaziyatlarda qo'llaniladi, lekin foydalanish cheklangan, chunki ularni taassurotni buzmasdan olib tashlash mumkin emas. Elastomerik taassurotning barcha turlari materiallar polimerizatsiya natijasida qisqarishga uchraydi va reaksiya mahsulotlari qo'shimcha qisqarishga uchraydi. Polisulfidlar va kondensatsiya silikonlari o'rnatish vaqtida eng ko'p o'zgarishlarga ega: 0,4% dan 0,6% oralig'ida.

Silikonlar eng kam o'zgarishlarga ega: taxminan 0,15%, keyin esa poliefirlar, taxminan 0,2%.

Kondensatsiyalangan silikonlar, polisulfidlar va qaytmas gidrokolloidlar. Ularni aralashtirish va quyish usullariga nisbatan sezgir, chunki ular ko'proq o'zgarishlarni ko'rsatadi. Qolip olgandan keyin vaqt o'tishi bilan, ular restavratsiyada aniqlikka ta'sir qilishi mumkin.

Polivinillar va poliefirlar o'rnatilgandan keyin deformatsiyaga nisbatan ancha barqaror. Hammasi dezinfektsiyalash uchun maxsus protokollarga ega, quyma quyishdan oldin materialning buzilishini oldini olish ularga rioya qilish kerak.

Xulosa: Protezlashning muvaffaqiyatlarini kafolatlovchi yaxshi qolip (nusxa) olishda ko'pgina turli omillar muhim ahamiyatga ega. Aniq qolip olish usulini puxta egallagan, har bir holatdagi protez maydonining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga

olishni bilgan shifokorning mahorati muhim o'rin tutadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Craig RG, Robert G. Restorative dental materials. 11th edition. Elsevier 2002. p. 12.
2. Anusavice KJ, Kenneth J. Phillips' science of dental materials. 11th edition. Elsevier 2003. p. 12.
3. Panichuttra R, Jones RM, Goodacre C, et al. Hydrophobic poly(vinyl siloxane) impression materials: dimensional accuracy, wettability, and effect on gypsum hardness. Int J Prosthodont 1991;4(3):240–8.
4. Shen C. Impression materials. In: Anusavice KJ, editor. Phillip's science of dental materials. 11th edition. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 210–30.
5. Craig RG, Urquiola NJ, Liu CC. Comparison of commercial elastomeric impression materials. Oper Dent 1990;15:94–104.
6. Williams PT, Jackson DG, Bergman W. An evaluation of the time-dependent dimensional stability of eleven elastomeric impression materials. J Prosthet Dent 1984;52:120–5.
7. Donovan JE, Chee WW. A review of contemporary impression materials and techniques. Dent Clin North Am 2004;48(2):445–70.

**YUQORI JAG' SINUSIDA BMP-2 YUKLANGAN KOLLAGENLANGAN
IKKI FAZALI KALTSIY FOSFAT TOMONIDAN SUYAK
REGENERATSIYASINI TEZLASHTIRISH.**

K.M.Rafiqov¹, M.B. Maxmudov¹, M.M. Irxanov¹

¹Toshkent Davlat stomatologiya instituti, Ortopedik stomatologiya propedevtikasi kafedrasi asisstanti. Toshkent Shahar, Yashnobod tumani, Maktumquli -103. Email: maksmudov9080@gmail.com, rafikov.komoliddin@gmail.com.

Maqsad: Ushbu tadqiqotning maqsadi kollagenlangan ikki fazali kaltsiy fosfat samaradorligini aniqlash.

Kirish. O'sish omillarini samarali qo'llash va chiqarish uchun iskala vazifasini bajarish uchun mos tashuvchi matritsa talab qilinadi. Maksillar sinus holatida, shuningdek, keyingi renevmatizatsiyaga qarshi tashuvchining hajmiy barqarorligini hisobga olish kerak. AQSh oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi tomonidan tasdiqlangan so'rilishi mumkin bo'lgan kollagen shimgichi (ACS), ma'lumki, hajmni saqlashda cheklangan imkoniyatlarga ega.¹ Boshqa tomondan, zarrachali greft materiallarini jarrohlik joylarida manipulyatsiya qilish qiyin. Shunga ko'ra, yaqinda mexanik chidamlilikni mustahkamlash va bir vaqtning o'zida boshqarish qobiliyatini yaxshilash maqsadida zarrachali suyak greft materiali va kollagen birikmasi ishlab chiqilgan.^{2,3} Ushbu tadqiqot suyak morfogenetik protein-2 (BMP-2) tashuvchisi sifatida kollagenlangan ikki fazali kaltsiy fosfat (CBCP) yordamida sinus tubini ko'tarishga harakat qildi. Sekin-asta rezorbsiyalanuvchi gidroksiapatit (HA) yadrosi yangi suyak o'sishi uchun yaxshi osteokonduktivlikni ta'minlaydi, tez rezorbsiyalanuvchi beta-

trikalsiy fosfat (b-TCP) mukammal biyosimoli tufayli suyak hosil qiluvchi hujayralar uchun yaxshi substrat bo'ladi, deb taxmin qilingan.^{4,5}

Sinusda davolanishning dastlabki bosqichida suyak morfogenetik oqsil-2 (BMP-2) tashuvchisi sifatida. Materiallar va usullar: 16 ta quyonda BMP-2 yuklangan CBCP bitta sinusga (BMP guruhi) va izotonik suv bilan namlangan CBCP boshqa sinusga (CTL guruhi) payvand qilindi. Guruhlar tasodifiy tarzda ajratildi. 2 hafta (n = 8) va 4 hafta (n = 8) o'tgach sinuslar ajratib olinib, radiografik va gistologik tahlil o'tkazildi.

Natijalar: BMP guruhida jami kengaytirilgan hajm ikkala shifo davrida sezilarli darajada kattaroq edi. Bundan tashqari, yangi suyak hajmi 4 haftada BMP guruhida sezilarli darajada katta edi. Shneyderiya membranasi yaqinida sezilarli suyak shakllanishi erta shifo davrida BMP guruhlarida topilgan. 4 haftada BMP guruhida bir tekis taqsimlangan yangi suyak kuzatilgan, CTL guruhida esa markaziy qismda yangi suyak kam tarqalgan.

Xulosa: Xulosa qilish mumkinki, BMP-2 ning CBCP ga qo'shilishi operatsiyadan keyingi shishish natijasida ko'proq boshlang'ich hajmga olib keldi, bu erta suyak shakllanishi bilan almashtirildi va Shneyderiya membrana yaqinida sezilarli bo'ldi

Kalit so'zlar: suyak regeneratsiyasi, suyak o'rnini bosuvchi moddalar, suyak to'qimalarining muhandisligi, sinusni tubini ko'tarish.

Bundan tashqari, ushbu biomaterialning rezorbsiya tezligi HA va b-TCP ning osteokonduktiv xususiyatlarini o'zgartirmasdan aralashtirish nisbatlarini o'zgartirish orqali nazorat qilinishi mumkin,^{6,7}

BCP sinus tubini ko'tarishda bio-moslashuvchan va osteokonduktiv xususiyatlarni ko'rsatdi⁸; ammo, ma'lumki, yangi suyak hosil bo'lishining etarli darajalariga odatda sinusni ko'paytirish protsedurasidan so'ng 6-8 oylik shifo so'ng erishiladi.¹⁴ Ushbu kamchilikni bartaraf etish uchun turli tadqiqotlar BMP kabi turli o'sish omillaridan foydalanishni o'rganib chiqdi.^{9,10}

Maqsad: Ushbu tadqiqotning maqsadi kollagenlangan ikki fazali kaltsiy fosfat (CBCP) samaradorligini aniqlash edi.

Materiallar va uslublar

BMP-2 va BMP-2 yuklangan CBCPni tayyorlash: Escherichia coli'dan olingan BMP-2 va CBCP Genoss instituti (Suvon, Koreya) tomonidan ta'minlangan. 0,1 mg/ml konsentratsiyadagi BMP-2 qayta tiklandi va buferda suyultirildi, so'ngra zarrachalari 0,3-0,5 mm bo'lgan CBCP (Osteon Collagen®, Genoss) 200 mkl BMP-2 yoki izotonik suv bilan namlandi. CBCP bloklari strukturada go'zanakli edi va $6,0 \times 5,0$ mm bir xil hajmga ega edi. Silindrsimon suyak moddasi 70% HA va 30% b-TCP va tabiiy turdagi I kollagen o'z ichiga olgan sintetik suyakdan iborat edi. 10 daqiqalik bog'lanish davridan so'ng, BMP-2 yoki izotonik suv bilan namlangan CBCP bloklari maksillar sinuslarga joylashtirildi.

Radiografik tahlil

To'plangan barcha namunalar, shu jumladan kengaytirilgan sinus va uning atrofidagi to'qimalar 10% formalin bilan biriktirilgan. 10 kun davomida. Ular mCT tizimi (yuqori energiyali spiral skanerlash mCT, Skyscan 1173, Bruker microCT, Kontich, Belgiya) yordamida 14,91 mkm ruxsatda (130 kV va 60 mA yordamida erishilgan) skanerdan o'tkazildi. Skanerlangan ma'lumotlar NRecon dasturi

(BrukermicroCT) yordamida qayta tiklandi va qiziqish maydoni (ROI) CTan dasturi (BrukermicroCT) yordamida o'rnatildi va tahlil qilindi. Suyakning minerallasuvini rentgen nurlanishining zaiflashishini HA bilan solishtirish orqali baholash mumkin.

Gistologik va histomorfometrik tahlil

Radiografik tahlildan so'ng, bo'limlar 10 kun davomida 5% chumoli kislotasida dekalsifikatsiya qilindi va keyin kerosinga solingan. Oynaning markazi bo'ylab koronal 5 mkm qalinlikda ketma-ket qismlar kesilgan. Har bir blokning ikkita eng markaziy qismi tanlab olingan va Masson trikromi bilan bo'yalgan. Gistologik tahlil yorug'lik mikroskopi (BX-50, Olympus Optical, Tokio, Yaponiya) yordamida amalga oshirildi.

Histomorfometrik o'lchovlar avtomatlashtirilgan tasvir-tahlil tizimi (ImagePro Plus, Media Cybernetics, Silver Spring, MD, AQSH) yordamida amalga oshirildi. Umumiy kengaytirilgan maydonning tarkibi (TAA; mm²) aniqlandi va yangi suyak, qoldiq material va mineralizatsiyalanmagan to'qimalarning nisbiy hududlari alohida qo'lda aniqlandi va hisoblab chiqildi (mos ravishda NBA, RMA va NMA; mm² da). TAA dan har bir kompozitsiyaning (ya'ni, %NBA, %RMA va %NMA) nisbati ham olingan. Payvandlangan sinus hududida qayta tiklangan suyakning bir xilligini ikkilamchi natija o'zgaruvchisi sifatida baholash uchun yuqorida ko'rsatilgan maydonlar va har bir kompozitsiyaning nisbati maxsus standartlashtirilgan ROI larda hisoblab chiqilgan: deraza yaqinida, markazda va membrana yaqinida.

Natijalar

Klinik kuzatuvlar

4wBMP guruhidagi faqat bitta quyon natijalardan chiqarib tashlandi (maksiller sinusit tufayli). Beshta sinusda (BMP guruhidan biri va CTL guruhining to'rttasida) sinus membranalarida kichik yirtilqlar paydo bo'lgan bo'lsa-da, yarani davolash jarayoni odatda muammosiz kechdi.

Guruhlar o'rtasidagi statistik jihatdan muhim farqlar 4-rasmda ko'rsatilgan. 4wBMP guruhida NBV foizi 4wCTL guruhiga qaraganda uchta segmental mintaqada sezilarli darajada katta edi ($p < .05$). NMV foizi membrana mintaqasidagi 2wBMP guruhiga qaraganda 4wBMP guruhida sezilarli darajada kichikroq edi ($p < .01$).

Gistologik tahlil

Maksiller sinus bo'shlig'i nafas olish shilliq qavati va kortikal suyakning yupqa qatlami bilan o'ralgan edi. Shneyder membranasi qoplam buzilmagan va epiteliy va periosteumga o'xshash qatlam o'rtasidagi lamina propria ichida ko'plab seroz bezlar ko'rilgan. Jarrohlik jarayonida membrana yirtilishini boshdan kechirgan beshta sinusning umumiy morfologiyasi shneyder membranasi teshilmagan oddiy sinusnikiga o'xshash edi.

2-haftada kengaytirilgan sinusning tasavvurlar shakli konveks edi va deraza mintaqasi hali to'liq qayta tiklanmagan. CBCP tashuvchisida birikuvchi granula stabilizatori vazifasini bajaruvchi kollagen matritsasi butunlay rezorbsiya qilingan. 2wCTL guruhida kattalashgan hudud atrofida faqat kichik miqdordagi yangi suyak aniqlanishi mumkin edi, eng ko'p toza suyakka tutashgan oyna mintaqasining chetida (5-rasm, A va B). Osteoklastlarni asosan shneyder membranasi va deraza zonalari yaqinida topish mumkin edi va qoldiq biomateriallar BMP guruhiga qaraganda bir-biriga yaqinroq edi (5-rasm, C va D). 2wBMP guruhida yangi hosil bo'lgan suyak

asosan CBCP ning tashqi yuzasi bo'ylab, ota-suyak devoriga va ko'tarilgan shneyderiya membranasiga yaqin joylashgan (5E-rasm). Yangi suyak to'qilgan suyak bo'lib, keng qon tomirlarini o'z ichiga oladi va lakunalar ichida hayotiy osteotsitlar ko'rinardi. Yangi suyak yuzasi osteoblastlar bilan qoplangan va bir nechta faol ko'p yadroli osteoklastlar ham kuzatilgan.

Histometrik tahlil

TAA'dagi farqlar rentgenografik volumetrik tahlilni tasdiqladi. 2 va 4 haftalarda TAA va NBA BMP guruhida CTL guruhiga qaraganda sezilarli darajada kattaroq edi (1-jadval). Sog'ayish davriga kelsak, 4wBMP guruhidagi NBA 2wBMP guruhiga qaraganda sezilarli darajada kattaroq edi, 4wBMP guruhidagi NBA esa 2wBMP guruhiga qaraganda sezilarli darajada kamroq edi ($p = .001$, $p = .005$ mos ravishda). Muayyan standartlashtirilgan hududlarning kompozitsiyalari 7-rasmda jamlangan. Qizig'i shundaki, 2 haftalik shifo nuqtasida faqat membrana mintaqasi BMP va CTL guruhi ($p = .016$) o'rtasidagi NBA% ning statistik farqini ko'rsatdi va keyin kattaroq% NBA nafaqat membrana sohasida, balki 4-haftada markaziy hududda ham kuzatildi ($p = .043$, $p = .001$, mos ravishda). Kuzatish davrining oxiriga kelib, CTL guruhining markaziy hududi bundan mustasno, %NBA barcha aniq hududlarda (ya'ni, oyna, markaz va membrana) ortganini kuzatdik.

Xulosa

ACSda adsorbsiyalangan BMP-2 ning yorilishli chiqishi davolashning juda erta bosqichida preparatning suprafiziologik kontsentratsiyasini hosil qiladi, bu suyak rezorbsiyasi, greft rezorbsiyasi, gematoma shakllanishi va geterotopik ossifikatsiya kabi potentsial asoratlar bilan bog'liq.^{12,13} Shunday qilib, CBCP tashuvchisi kombinatsiyasi oqsilning yanada nazoratli va barqaror chiqarilishiga imkon berishi kutilgan edi, chunki kollagen o'sish omillarining erta chiqishi bilan bog'liqligi ko'rsatilgan,¹⁴ va BCP proteinning nisbatan kech chiqishi uchun javobgardir.¹⁰

Ushbu tadqiqotda ayniqsa qiziqarli kuzatuvlardan biri shundaki, BMP-2 yordamida suyak sifatining yaxshilanishiga erishildi, bu hatto kengaytirilgan sinusning markaziy qismida ham bir hil suyak shakllanishiga ta'sir qildi. Markaziy mintaqqa osteogenik manbalardan uzoqda, masalan, mahalliy suyak; demak, yangi suyak shakllanishining nisbiy etishmasligiga olib keladi. Ushbu tadqiqotda BMP-2 / CBCP ota-ona suyagidan uzoqda joylashgan hududlarda angiogenezni osonlashtirganday tuyuldi. BMP-2 kattalar mezenximasining ildiz hujayralarini osteogenik hujayralarga differensiallanishini rag'batlantiradi va osteoblastlar va endotelial hujayralarning kimotaksisi orqali angiogenezga sabab bo'ladi.^{14,15} Bundan tashqari, CBCP ning g'ovakli tuzilishi ishemik holatning oldini olish uchun tez revaskulyarizatsiya uchun mos muhitni ham ta'minlashi mumkin.¹⁶ BMP-2 / CBCP faqat bir nechta hujayralar va etarli qon ta'minoti mavjud bo'lmagan sharoitlarda osteogenik potentsialni oshirishi mumkin.

Xulosa qilish mumkinki, BMP-2 ning CBCP ga qo'shilishi operatsiyadan keyingi shishish natijasida dastlabki kattalashgan hajmga olib keldi, bu erta suyak shakllanishi bilan almashtiriladi va suyak shakllanishi quyon sinuslarida shneyderiya membranasiga yaqinida sezilarli edi.

Adabiyotlar

1. Razzouk S, Sarkis R. BMP-2: biological challenges to its clinical use. *N Y State Dent J* 2012; 78:37–39.
2. Fontana F, Rocchietta I, Dellavia C, Nevins M, Simion M. Biocompatibility and manageability of a new fixable bone graft for the treatment of localized bone defects: preliminary study in a dog model. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008; 28:601–607.
3. Jung UW, Lee JS, Park WY, et al. Periodontal regenerative effect of a bovine hydroxyapatite/collagen block in one-wall intrabony defects in dogs: a histometric analysis. *J Periodontal Implant Sci* 2011; 41:285–292.
4. Gauthier O, Bouler JM, Aguado E, Pilet P, Daculsi G. Macroporous biphasic calcium phosphate ceramics: influence of macropore diameter and macroporosity percentage on bone ingrowth. *Biomaterials* 1998; 19:133–139.
5. Karabuda C, Ozdemir O, Tosun T, Anil A, Olgac V. Histological and clinical evaluation of 3 different grafting materials for sinus lifting procedure based on 8 cases. *J Periodontol* 2001; 72:1436–1442.
6. Yamada S, Heymann D, Bouler JM, Daculsi G. Osteoclastic resorption of biphasic calcium phosphate ceramic in vitro. *J Biomed Mater Res* 1997; 37:346–352.
7. Nery EB, LeGeros RZ, Lynch KL, Lee K. Tissue response to biphasic calcium phosphate ceramic with different ratios of HA/ β TCP in periodontal osseous defects. *J Periodontol* 1992; 63:729–735.
8. Artzi Z, Weinreb M, Carmeli G, Lev-Dor R, Dard M, Nemcovsky CE. Histomorphometric assessment of bone formation in sinus augmentation utilizing a combination of autogenous and hydroxyapatite/biphasic tricalcium phosphate graft materials: at 6 and 9 months in humans. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19:686–692.
9. Wallace SS, Froum SJ. Effect of maxillary sinus augmentation on the survival of endosseous dental implants. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8:328–343.
10. Triplett RG, Nevins M, Marx RE, et al. Pivotal, randomized, parallel evaluation of recombinant human bone morphogenetic protein-2/absorbable collagen sponge and autogenous bone graft for maxillary sinus floor augmentation. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67:1947–1960.
11. de Sanctis M, Goracci C, Zucchelli G. Long-term effect on tooth vitality of regenerative therapy in deep periodontal bony defects: a retrospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013; 33:151–157.
12. McClellan JW, Mulconrey DS, Forbes RJ, Fullmer N. Vertebral bone resorption after transforaminal lumbar interbody fusion with bone morphogenetic protein (rhBMP-2). *J Spinal Disord Tech* 2006; 19:483–486.
13. Wong DA, Kumar A, Jatana S, Ghiselli G, Wong K. Neurologic impairment from ectopic bone in the lumbar canal: a potential complication of off-label PLIF/TLIF use of bone morphogenetic protein-2 (BMP-2). *Spine J* 2008; 8:1011–1018.
14. Chen D, Zhao M, Mundy GR. Bone morphogenetic proteins. *Growth Factors* 2004; 22:233–241.
15. Li G, Cui Y, McIlmurray L, Allen WE, Wang H. rhBMP-2, rhVEGF(165),

rhPTN and thrombin-related peptide, TP508 induce chemotaxis of human osteoblasts and microvascular endothelial cells. J Orthop Res 2005; 23:680–685.

16. Potier E, Ferreira E, Meunier A, Sedel L, Logeart- Avramoglou D, Petite H. Prolonged hypoxia concomitant with serum deprivation induces massive human mesenchymal stem cell death. Tissue Eng 2007; 13:1325–1331.

MOLAR DISTALIZATION BY DIFFERENT INTRAORAL DEVICE IN ORTHODONTICS

Muratova G.A., Dushaboyev U.A.

ABSTRACT Molar distalization is one of the most popular treatment now a days for Class II malocclusion and borderline cases. Whenever there is space deficiency, the techniques for picking up space that strikes to our mind initially are extraction, expansion and stripping. Molar distalization can fulfill the requirement of space without doing extraction. Various intra oral appliances were introduced for molar distalization without patient compliance.

INTRODUCTION Molar Distalization' in orthodontics is characterized as the distalization of dental units to pick up space for the sagittal revision of malocclusion. Likewise with other dental movements along the curve, distalization can be a basic crown tipping molar or a real development of crown & root complex [1] . Non-extraction treatment regularly requires upper molar distalization into a final class I relationship. Distalization of upper molars in a person with class II and moderate space lack in the upper arch can be accomplished by extraoral traction or by a removable appliance [2] . Numerous specialists have built up various treatment modalities for class II rectification from consistence situated headgear treatment to noncompliance treatment utilizing intraoral devices to distal movement of upper molars into a class I occlusion. Headgear is dismissed by numerous patients on account of esthetic and social concerns. The trouble with wearing of headgear and reliance on patient cooperation energize a few examiners to develop new intraoral devices and systems for distal development of molar [3] . Intraoral methods have been observed to be successful for upper molar distalization. The fundamental non-compliance appliances that utilized as an adaptable molar distalization force system which is palatally situated are the Pendulum Appliance and the Distal Jet Appliance. Patient consistence with extraoral forces and removable appliances has been broadly talked about and the introduction of these new – age appliances has decreased the intensity of patient's discomfort [1] .

REFERENCES

1. Papadopoulos MA. Orthodontic treatment of the class II noncompliant patient. Current principles and techniques. Mosby 2013.
2. Bondemark L, Kurol J, Bernhold M. Repelling magnets versus superelastic nickeltitanium coils in simultaneous distal movement of maxillary first and second molars. Angle Orthod 1994;64(3):189-198.
3. Keles A, Sayinsu K. A new approach in maxillary molar distalization: Intraoral bodily molar distalizer. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2000;117:39-48.
4. Phulari BS. History of orthodontics: history of molar distalization in

orthodontics. Jaypee 2013, 238-239.

5. Keles A, Sayinsu K. A new approach in maxillary molar distalization: Intraoral bodily molar distalizer. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2000;117:39-48.

6. Mauderino M, Balducci L. Asymmetric distalization with a TMA transpalatal arch. J Clin Orthod 2001;35(3):174-8.

7. Kaur S, Soni S, Garg V, Kaur M, Singh R. Pendulum appliance and its modifications- A review. Int J Curr Res Med Sci 2018;4(3):1-9.

8. Kalra V. The K-Loop molar distalizing appliance. J Clin Orthod 1995;29(5):299-301.

9. Carano A, Testa M. The distal jet for upper molar distalization. J Clin Orthod 1996;30(7):374-80.

10. Kircelli BH, Pectas ZO, Kircelli C. Maxillary molar distalization with a bone anchored pendulum appliance. Angle Orthod 2006;76(4):650-659.

11. Byloff F, Darendelile MA. Mandibular molar distalization with the Franzulum appliance. J Clin Orthod 2000;34(9):518-23.

12. Mannchen R. A New supraconstruction for palatal orthodontic implants. J Clin Orthod 1999;33(7):373-82.

13. Fortini A, Lupoli M. The first class appliance for rapid molar distalization. J Clin Orthod 1999;33(6):322-28.

14. Jones R, White JM. Rapid class II molar correction with an open-coil spring. J Clin Orthod 1992;26(10):661-664

CONCLUSIONS Distalizing teeth has always been a challenge to orthodontist of which molar distalization is the most difficult. Class II molar relationship can be corrected by several methods. One possibility apart from extraction is by distalizing to create space in the lateral segments for retraction of cuspid and anterior teeth. This type of mechanotherapy is typically used in patient with maxillary skeletal and dentoalveolar protrusion. Many appliances have been proposed for distalizing such as removable and fixed appliances. Although there are many advantages and disadvantages for both methods, the main drawback of extraoral approach is the patient compliance. To fight a borderline case distalization procedure is an important weapon in the orthodontist armamentarium. Right appliance should be selected for the right patient and one should not select the patient for the appliance, rather the appliance should be selected for the patient.

**KOLLAGENLANGAN SINTETIK SUYAK BLOKI YOKI SINTETIK
SUYAK ZARRACHALAR YORDAMIDA MAKSILLAR SINUSNING
O'LCHAMLARI O'ZGARISHI.**

*Ilmiy rahbar: Rafikov K.M., ortopedik stomatologiya propedevtikasi kafedrası
assistenti.*

*Nosirov Adxamjon Toshkent davlat stomatologiya instituti talabasi
Toshkent Davlat stomatologiya institute, Tashkent, Uzbekistan.*

Annotatsiya. Maksillar sinusni kattalashtirish implantlarni joylashtirish uchun

amalg oshiriladi vertikal tizmasi etarli bo'lmagan posterior maxillada balandligi. Tegishli uzoq muddatli samaradorlik haqida xabar berilgan (Lundgren va boshqalar, 2017). Tish ekstraksiyasidan keyingi vertikal tizma atrofiyasi odatda kechal suyak rezorbsiyasi va sinus pnevmatizatsiya tufayli sodir bo'ladi, bu sinus payvandini muqarrar qilishi mumkin. Sinus lifting – bu lateral deraza yoki tepalik yondashuvi bilan payvand qilingan, so'ngra

qolganiga qarab bosqichli yoki bir vaqtda implant joylashtiriladi. (Hong va boshq., 2017; Zitzmann & Scharer, 1998).

Kalit so'zlar. Sun'iy suyak, maksillar sinus, augmentatsiya, kollagen.

Kirish. Ko'p sonli tadqiqotlar suyak graftining har xil turlarini baholadi lateral oynaga yaqinlashish uchun materiallar haddan tashqari ko'pligi sababli krestal yondashuv qo'llanildi. Birinchi bo'lib avtogen suyak Osteogen, osteoinduktiv va osteokonduktiv xususiyatlari bo'lgani uchun o'rganilgan (Boyne va Jeyms, 1980); ammo, kamchiliklari ham mavjud, bulardan: ortiqcha jarohat yetkazish, bemorlarning bezovtalanishi kabilar xabar berilgan va oldindan aytib bo'lmaydigan payvand qilingan suyak hajmi rezorbsiya tezligi (Hallman & Thor, 2008). Shuning uchun suyak o'rnini bosuvchi moddalar cheklovlarni qoplash uchun alternativa sifatida qaraldi. Avtogen suyak transplantatsiyasi (Kraxmal-Jensen, Mordenfeld, Bekktor va boshqalar) Jensen, 2018). Oldingi tadqiqotlar shunga o'xshash yangi suyak shakllanishini ko'rsatdi lekin ksenogenik yoki sintetik suyak o'rnini bosuvchi suyaklar solishtirganda ko'proq hajm saqlanib qoladi, (De Santis va boshqalar, 2017; Li, Shin, Yun va Cho, 2017; Kraxmal-Jensen va boshqalar, 2018). Ksenogenik va sintetik suyak o'rnini bosuvchi moddalarga o'xshash yangi suyak shakllanishini ko'rsatdi (Froum, Wallace, Cho, Elian, & Tarnow, 2008) va hajmni saqlashi (Rodrigues va Baena va boshqalar, 2017). Ksenogenik yoki alloplastikaga birlashtiruvchi sifatida kollagen qo'shilishi

suyak paychalarining zarralari kollagen hosil qilish uchun yumshoq turdagi blok suyak o'rnini bosuvchi moddalar kiritildi. Faqat ularni manipulyatsiya qilish osonroq edi (Araujo, Liljenberg va Lindhe, 2010) ham xuddi shunday ko'rsatdi yangi hosil bo'lgan suyak miqdori (Benic va boshqalar, 2016) va hajmi yaxshilandi (Mir-Mari, Vui, Jung, Xammerle va Benik, 2016)

zarralar bilan solishtirganda. So'nggi paytlarda kollagenatsiyadan foydalanish afzalligi

sigir suyagi o'rnini bosuvchi hajm va yangi suyak shakllanishi haqida xabar berilgan, faqat uning tagiga payvand qilingan kichik teshikli sinus membranasi (Paik va boshqalar, 2020). Biroq, suyak zarrachalari o'rnini bosuvchi moddalar klinikalarda hali ham keng qollanilmoqda.

Kollagenlangan yumshoq turni to'g'ridan-to'g'ri taqqoslaydigan ilmiy ma'lumotlar kam

Maxillalar sinusda suyak o'rnini bosuvchi suyak o'rnini bosuvchi moddalarni blokirovka qilish.

Shunday qilib, ushbu tadqiqotning maqsadi kollagenlangan yumshoq turdagi sintetik suyak o'rnini bosuvchi (C-SBS) zarrachali sintetik suyak o'rnini bosuvchi (P-SBS) bilan solishtirganda uning samaradorligini baholash edi yangi suyak shakllanishi va quyonda hajmni saqlash shartlari sinus payvandlash modeli.

Materiallar va uslublar Namuna hajmini hisoblash. Har bir guruh uchun sakkiztadan namuna talab qilindi muhimlik darajasi (a) 5% bo'lgan quvvat hisobiga asoslangan oldingi quyon sinus greftiga ko'ra 90% quvvat (1 -b) model tajribasi (Kim va boshqalar, 2015).Eksperimental materiallar. Bir tomondan P-SBS guruhi uchun gidroksiapatit (HA) dan tashkil topgan ikki fazali kaltsiy fosfat (BCP) va b-trikalsiy fosfat (b-TCP) 3: 2 nisbatda (Osteon 3; Genoss), ishlatilgan. Qarama-qarshi tomondan, yumshoq turdagi blokli kompozit (Osteon 3 Kollagen; Genoss) cho'chqadan ishqorli ishlov berish orqali tendon va fermentativ gidroliz bilan pepsin olingan 6% sof I turdagi kollageni o'z ichiga olgan P-SBS C-SBS guruhida payvand qilingan. Ham P-SBS, ham C-SBS qo'llanilgan hajmi 0,16 sm³ bo'lgan plastik shpritsda.

Natija. Ushbu tadqiqotda o'lchov o'zgarishi va yangi o'zgarishi o'rganildi vaqt o'tishi bilan kengaygan maksiller sinusning suyak shakllanishi C-SBS yoki P-SBS bilan payvandlash. TAV va TAA vaqt o'tishi bilan a ga o'zgargan C-SBS guruhida cheklangan darajada (+1.42% hajmda va -4.72% maydonda),

O'zgarishlar P-SBS guruhida (-17.7%) aniqroq bo'lgan hajmi va -13,1%), va TAV va TAA har birida o'lchanadi vaqt nuqtasi (4 va 12 xafta) C-SBS guruhida solishtirganda yuqori bo'lgan P-SBS guruhiga. C-SBS guruhining yangi suyak shakllanishi ham ustun edi har bir nuqtada taqqoslaganda, P-SBS guruhiga nisbatan. 12 haftadan 4 haftagacha solishtirganda, NBV va NBA ning kattaroqlari topildi bilan solishtirganda C-SBS guruhida (+24,2% va +45,3%) P-SBS guruhi (mos ravishda +12,0% va +7,42%). Radiografik tahlilda C-SBS guruhining TAVi o'xshash edi 4-dan 12-haftagacha, P-SBS guruhi esa sezilarli darajada 12 xaftada 4 xaftaga nisbatan past. 12 haftada, ikkala guruh ham NBVni ancha yuqori va RMV ni pastligini ko'rsatdi 4 xaftaga nisbatan. Bu topilma qisman avvalgisiga o'xshaydi yuqori NBV va past RMV ko'rsatgan tadqiqotlar shuningdek operatsiyadan keyingi davrda TAV va NMV ning past darajasi shish paydo bo'ldi (Kim va boshq., 2015; Lim, Chjan, Li, Jung va Choi, 2015). Bu NBVning ko'payishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin va C-SBS guruhida kuzatilgan RMVning kamayishi P-SBS guruhi, ular sezilarli farqlarga olib kelishi mumkin edi TAV, NBV va RMV ikki guruh o'rtasida 12 xaftada. NMV shuningdek, C-SBS guruhida 12 xaftada biroz oshgan, lekin u kamaygan P-SBS guruhida. Bu farq sabab bo'lishi mumkin edi C-SBS ning kollagen qismini, lekin bunday chizish qiyin xulosa, chunki kollagenlanganligi hali bahsli

suyak o'rnini bosuvchi moddalar zarrachalarga nisbatan ustunlikka ega bo'ladi payvand qilingan joyni optimallashtirishda (Alayan, Vaquet, Saifzoda, Gutmaxer va Ivanovskiy, 2016; Araujo, Linder, Wennstrom va Lindhe, 2008 yil; Chang va boshqalar, 2015). Hozirgi vaqtda mikro-KT ma'lumotlari o'rganish cheklanganligi haqida ehtiyotkorlik bilan talqin qilinishi kerak har xil to'qimalarni ajratishda (Iida, Baba, Botticelli, Masuda va Xaver, 2020; Iida va boshqalar, 2018). Shunga qaramay, mikro- KT uch o'lchovli hajmni o'lchashga qodir gistologiya faqat ikki o'lchovli ko'rinishni ko'rsatishi mumkin bir -birini mustahkamlash uchun ikkala tahlilni o'tkazish foydalidir.

Xulosa. Garchi quyonlar maksillalar sinus grefti uchun to'g'ri deb hisoblansa eksperiment (Stübinger va Dard, 2013), ekstraoral kirish oynasidan beri Og'iz ichi

osteotomiyasidan ko'ra ochilish afzalroqdir Manipulyatsiya natijasida deraza tomning yonida joylashgan, lekin undan ancha uzoqda pol, klinik holatga qarama -qarshi (Lim va boshq., 2015). Keyinchalik katta hayvonlar bilan tajribalar yoki klinik tadqiqotlar talab qilinishi mumkin ushbu tadqiqot natijalarini tasdiqlang. Bundan tashqari, ushbu tadqiqot to'qilgan suyak bilan (4 xafta) va erta shifo ko'rsatishga harakat qildi Quyonglarga nisbatan lamel suyagi (12 xafta) bilan etuk hola metabolizm, odamlarga qaraganda uch -to'rt barobar tezroq (Choi va boshqalar, 2012), ammo, agar kuzatuv bo'lsa, ko'proq tushuncha berilishi mumkin edi boshqa vaqtda qo'shimcha ravishda punktlar o'tkazildi. Natijada quyong sinuslarida payvandlangan sintetik suyak o'rnini bosuvchi kollagenatsiya qilingan yuqori kengaytirilgan hajm va maydonda, shuningdek yangi suyak hosil bo'lgan, P-SBSga nisbatan 12 xaftada.

Adabiyotlar ro'yhati

Alayan, J., Vaquette, C., Saifzadeh, S., Hutmacher, D., & Ivanovski, S. (2016). A histomorphometric assessment of collagen-stabilized anorganic bovine bone mineral in maxillary sinus augmentation – A randomized controlled trial in sheep. *Clinical Oral Implants Research*, 27(6), 734–743. <https://doi.org/10.1111/clr.12652>

Araujo, M. G., Liljenberg, B., & Lindhe, J. (2010). Dynamics of Bio-Oss Collagen incorporation in fresh extraction wounds: An experimental study in the dog. *Clinical Oral Implants Research*, 21(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2009.01854.x>

Araujo, M., Linder, E., Wennstrom, J., & Lindhe, J. (2008). The influence of Bio-Oss Collagen on healing of an extraction socket: An experimental study in the dog. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 28(2), 123–135.

Boyne, P. J., & James, R. A. (1980). Grafting of the maxillary sinus floor with autogenous marrow and bone. *Journal of Oral Surgery*, 38(8), 613–616.

Chang, Y. Y., Lee, J. S., Kim, M. S., Choi, S. H., Chai, J. K., & Jung, U. W. (2015). Comparison of collagen membrane and bone substitute as a carrier for rhBMP-2 in lateral onlay graft. *Clinical Oral Implants Research*, 26(1), e13–e19. <https://doi.org/10.1111/clr.12320>

TISHLAR ANATOMIYASI VA GISTOLOGIYASI

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti Ortopedik Stomatologiya

Propedevtikasi kafedrasi mudiri t.f.d dotsent

Salimov Odilxon Rustamovich

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti Ortopedik Stomatologiya

Propedevtikasi kafedrasi ordinatori

Shofayzieva Laziza Nodir qizi, Abduvoxitova Munisa

Annotatsiya: Ushbu maqolada tishlar anatomiyasi va gistologiyasi hamda tishlarning inson turmush tarzidagi o'zni haqida va ko'plab boshqa ma'lumotlar berilgan

Kalit so'zlar: Chaynash, jag', epiteliy, mezenxim

Tishlar inson hayotida muhim rol o'ynaydi. Ular ovqatni mexanik maydalab berish bilan birgalikda(chaynash) tishlab, uzib olish, so'zlarni to'g'ri talaffuz etishda ham ishtirok etadi. Shu bilan birga tishlar og'iz bo'shlig'i daxlizi bilan xususiy og'iz bo'shlig'ini bir-biridan ajratib turadi. Tishlar epiteliy va mezenximadan rivojlanadi. Ular yuqori jag' va pastki jag' tishlaridan o'sib chiqadi. Suyaklardan farqli o'laroq, tishlar o'z ildizlari bilan milkka kirib turadi. Inson hayoti davomida tishlar ikki marotaba almashinadi. Bolalarda 6-7 yoshgacha saqlangan sut tishlari 14 yoshga yetgunga qadar doimiy tishlar bilan almashinadi. Sut tishlari normal o'sayotgan bola hayotining birinchi yilida ya'ni 6-7 oyligidan boshlab birin ketin chiqa boshlaydi va bola 2-2, 5 yoshga to'lganda butunlay chiqib bo'ladi va 20 donaga yetadi hamda 6-7 yoshga qadar turadi. Har bir tish 3 qismdan iborat. Uning og'iz bo'shlig'iga chiqib turgan qismi tish toji, jag' suyagidan katakka kirib turgan qismi tish ildizi va bu ikki qism o'rtasidagi biroz toraygan joyi tish bo'yni deb ataladi. Tish ildizlari tish katakchalariga predentin deb nomlanadigan yupqa parda vositasida maxkam yopishib turadi. Tish ildizi uchida oddiy ko'z bilan ko'rsa bo'ladigan teshik mavjud bo'lib ushbu teshikdan tish bo'shlig'iga qon tomir va nerv tolalari kiradi. Ushbu qon tomir va nervlari tishning yumshoq qismi, ya'ni pulpasini hosil qiladi. Tishlar kimyoviy tarkibi jihatdan suyakka yaqin bo'lib juda zich tuzilgan. Tishni hosil qiluvchi to'qima dentin deb nomlanadi. Dentin mezenximadan hosil bo'ladi. Dentinning tuzilishidagi xususiyat shundaki, uni hosil qilishda qatnashgan maxsus hujayralar tish pulpasidan o'siqchalar shaklida dentin ichiga turtib kiradi. Dentinda oqsil bilan birga mineral tuzlar ham uchraydi. Tishning toj qismini o'rab turgan emal moddasi odam organizmidagi eng mustahkam modda bo'lib, qattiqligi jixatdan kavrga yaqin turadi. Emal moddasi o'zini rivojlanishga ko'ra epiteliydan hosil bo'lgan bo'lsada mezenximadan hosil bo'lgan sement yoki suyakka nisbatan mustahkamroqdir. Emal to'qimasini mikroskop ostida ko'rsak S shaklidagi prizmalardan iborat bo'lib, ular dentin moddasiga perpendikulyar holatda kirib boradi. Emal moddasini asosiy qismini anorganik tuzlar hosil qiladi, organik qismi faqat 3-4% ni hosil qiladi. Tishning bo'yni va ildiz qismlarini o'rab turuvchi to'qima sement deb nomlanadi. Uning tarkibi dentindan ham, suyakdan ham farq qiladi. Tish bo'yni va ildizining yuqorigi qismini o'rab turgan sement hujayrasiz bo'lib birlamchi sement, ildizining pastki qismini o'rab turgan qalinlashgan hujayrali qismi esa ikkilamchi sement deb nomlanadi. Tishning ildiz qismini biriktiruvchi to'qima o'rab turadi. U suyak usti pardasi bilan mustahkam bog'langan. Tish turmush sharoitimiz, ovqatlanish va chaynash holatlariga ko'ra quyidagi ko'rinishlarda bo'ladi: 1.Oldingi va yon kesuvchi tishlar (kurak) ovqatni tishlab kesib olish uchun xizmat qiladi. 2. Qoziq tishlar ovqatni uzib olish uchun xizmat qiladi. Bu tish yirtqich xayvonlarda yaxshi taraqqiy etgan. 3.Kichik oziq tishlar chaynash, ovqatni mexanik maydalash uchun xizmat qiladi. 4. Katta oziq tishlar bular ham chaynash, ovqatni mexanik maydalash uchun xizmat qiladi. Tishning toj qismida

4

ta

yuza

farqlanadi.

1)Og'iz daxliziga qaragan yuza- vestibulyar yuza

2)tilga qaragan yuza- lingval yuza

3)tishlarning o'zaro bir biriga yondashib joylashgan yuzasi- kontakt yuza

4)Chaynov yuzasi- okklyuzion yuza

Og‘iz bo‘shlig‘ida joylashgan hamma tishlarning toj va ildiz qismlari bir biridan tubdan farq qiladi. Kurak tishlar yuqorigi va pastki jag‘larning old qismida joylashgan bo‘lib, har bir jag‘da 4 tadan. Bu tishlar bir ildiz va birkanalli bo‘lib, toj qismi kurak shaklini eslatadi. Kurak tishlarning ildizlari oddiy tuzilgan bo‘lib, konusga o‘xshaydi. Yuqorigi jag‘dagi kurak tishlarning ildizi pastki jag‘dagiga nisbatan ancha keng. Tishning toj qismida kesuv yuzasi tomon yupqalasha boradi va o‘tkir qirra bilan tugaydi. Qoziq tishlar yuqorigi va pastki jag‘larda ikkitadan joylashgan bo‘lib, toj qismi shakliga ko‘ra bigiz yoki konusga o‘xshaydi. Pastki jag‘dagi qoziq tishlar kurak tishlarga o‘xshab ketadi. Ularning tilga qaragan yuzalari yassiroq, bo‘yin qismida bilinar bilinmas do‘mboqchasi bor. Bu ham bir ildiz va bir kanalga ega. Kichik oziq tishlar umuman 8 ta bo‘lib, yuqorigi va pastki jag‘dagi qoziq tishlarning orqasida ikkitadan joylashadi. Ularning chaynov yuzasida ikkitadan do‘mboqchalari bo‘ladi. Lunj va til tomonda joylashgan bu do‘mboqchalar chaynov jarayonini osonlashtiradi. Bu do‘mboqchalar sagittal egat orqali bir biridan ajralib turadi. Pastki jag‘dagi oziq tishlar odatda uchi o‘tkirlashgan bir ildizli va bir kanalli bo‘lsa, yuqori jag‘dagilarning ildizlari yassilashib kengaygan va birinchi oziq tishda ikki ildiz ikki kanalga ajralgan bo‘ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yhati

1. Alimova R.G. Effektivnost shkolnoy programmy “Gigiena polosti rta” v profilaktika kariesa zubov, Avtoref. diss. k.m.n. – Tashkent, 2002, -19s.
2. Kolesov A.A. Stomatologiya detskogo vozrasta. Moskva, Meditsina. - 1991.
3. Maxsudov S.N., Shukurova G.R. “Bolalar stomatologiyasi”. Toshkent, 2008.
4. Safarov T.X., Xalilov I.X. Bolalarni davolash stomatologiyasidan amaliy qo‘llanma.. Toshkent: - Abu Ali Ibn Sino nashriyoti, 1997
5. Shukurova G.R. Kliniko-immunologicheskie i mikrobiologicheskie osobennosti u detey, bolnyx ostrym gerpeticheskim stomatitom i sovershenstvovanie metodov lecheniya. Avtoref. diss. k.m.n.-Tashkent, 1999.
6. Yakubova F.X., Shukurova G.R., Maxkamova F.T. Pediatlar uchun Bolalar stomatologiyasi fani bo‘yicha o‘quv qo‘llanma. Toshkent: -“NURFAYZ” nas’hriyoti, 2021.

ANALOG VA RAQAMLI USULLAR BILAN ISHLAB CHIQRILADIGAN PLASTIK TISH PROTEZLARNING YASALISHI

Turobjonov M. talaba 104 gr. BS fakulteti TDSI

*Ilmiy raxbar: Muxammadjonova.Z.M., Ortopedik stomatologiya profilaktikasi
kafedra assistent*

Zamonaviy stomatologiyada raqamli texnologiyalarning rivojlanishi va keng tarqalishi munosabati bilan, xususan olinadigan protezlarda, ishlab chiqarish jarayonlarini yanada modernizatsiya qilish uchun rivojlanishning ushbu bosqichida mavjud bo‘lgan analog ishlab chiqarish usullarining barcha afzalliklari va kamchiliklarini tushunish zarur bo‘ladi. to‘liq olinadigan protezlar. To‘liq raqamli protokolga o‘tish to‘liq olinadigan protezlarni ishlab chiqarish texnologiyasini soddalashtirishi, shuningdek ularni ishlab chiqarish vaqtini qisqartirishi mumkin. Bugungi kunda to‘liq olinadigan

protezlarni tayyorlashning analog va raqamli usullari mavjud. To'liq olinadigan protezlarni ishlab chiqarishning zamonaviy raqamli usullari qo'shimcha texnologiyalar (prototiplash) va subtractiv texnologiyalarni (frezeleme) o'z ichiga oladi. Birinchi usul fotosensitiv suyuq qatron yordamida 3D printerda protezlar ishlab chiqarish bilan tavsiflanadi. Ikkinchi usul uchun hal qiluvchi omil - frezalash mashinasida protezlarni ishlab chiqarish, alohida asos va tishlarni PMMA diskalaridan.

Tadqiqotimizning maqsadi - adabiyotlarni ko'rib chiqish orqali to'liq olinadigan protezlarni ishlab chiqarish, ishlab chiqarish, materiallar, xususiyatlar va zamonaviy usullarning afzalliklari to'g'risidagi ma'lumotlarni tahlil qilish.

Tadqiqot natijalari. Retrograd tahlili bizga to'liq olinadigan plastinka protezlarini ishlab chiqarish uchun analog va raqamli usullarning afzalliklari va kamchiliklarini aniqlash imkonini berdi. Ular quyidagi jihatlardan foydalangan holda aniqlandi:

- tashriflar soni;
- turli klinik vaziyatlarda foydalanish imkoniyati;
- protezlar yuzasida qoldiq monomer miqdori;
- protezlarning aniqligi;
- ma'lumotlar bazasida ma'lumotlarni saqlash;
- protez to'shakdan taassurot olish;
- ishlab chiqarish tannarxi.

Bemor uchun ham, shifokor uchun ham tashriflar soni muhim emas. Analog usullar beshta klinik bosqichda to'liq protezlarni yasash bilan tavsiflanadi: anatomik taassurot olish, funktsional taassurot olish, jag'ning o'zaro bog'liqligini qayd etish, mum shablonlariga nishonlarni qo'llash, mumli protezni sinovdan o'tkazish va tayyor protezlarni o'rnatish. Raqamli usullar tashriflar sonini 2 dan 4 gacha kamaytirishi mumkin, bu esa shifokor va bemorning vaqtini tejaydi. Turli xil CAD/CAM frezalash tizimlari mavjud bo'lib, ular qo'shimcha tashriflarsiz to'liq protezlarni ishlab chiqarishi mumkin.

Analog usullar, deyarli har qanday klinik sharoitda protezlarni ishlab chiqarishga imkon beradigan yuqori aniqlikka ega bo'lsa-da, raqamli usullarga nisbatan aniqligi past.

Raqamli ishlab chiqarish usullarining analoglarga nisbatan afzalliklari quyidagilardan iborat: avtomatlashtirilgan ishlab chiqarish tufayli ishlab chiqarilgan protezlarning sifatini yaxshilash, tekshirish paytida olingan ma'lumotlarni qayta ishlatish qobiliyati, bu protez yo'qolgan yoki singan taqdirda yangisini yasashga imkon beradi. Bemor yana barcha bosqichlarni bosib o'tmasdan, shuningdek, bemor tomonidan shifokor tashriflari sonining kamayishi tufayli nisbiy tezlik, lekin bu G. Bonnet va boshqalarning tadqiqotlarida tasvirlanganidek, nisbatan ijobiy xususiyatdir. va A.F. Mendonca va boshqalar, bunday protezlarning sifati noto'g'ri o'lchovlar va prototiplar yoki vaqtinchalik protezlarning yo'qligi tufayli keskin pasayadi. Jadvalda raqamli usullarning analoglarga nisbatan afzalliklari va kamchiliklari keltirilgan. To'liq olinadigan lamelli protezni ishlab chiqarishning raqamli usuli bilan bog'liq muammolardan birini ham ta'kidlash kerak - bu to'g'ridan-to'g'ri og'iz bo'shlig'idan

optik taassurot olishning mumkin emasligi. Tishsiz jag'ning relyefini aniq etkazishning iloji yo'qligi sababli optik taassurotlarni olishda texnologiyalar hali mukammallikka erishmagan va zamonaviy skanerlar shilliq qavatning moslik darajasini aniqlay olmaydi, bu hozirgi vaqtda klassik alinat taassurotlarini almashtira olmaydi. Protezlar ishlab chiqariladigan materiallarning xususiyatlariga kelsak, analog va frezalash usullari uchun PMMA ni solishtirish bo'yicha tadqiqotlar topildi. Ushbu ma'lumotlarga asoslanib, frezalashda ishlatiladigan material analogga qaraganda kamroq egiluvchanlik kuchiga va qoldiq monomer miqdoriga ega, elastik modul va qattqlik esa yuqoriroq, bu esa frezalash uchun materiallardan foydalanishni afzal ko'radi va shunday xulosaga kelishi mumkin. analog ishlab chiqarish usullarida qo'llaniladigan materiallardan ustunlik. Qo'shimchalar ishlab chiqarish uchun materiallarni boshqa texnologiyalar bilan taqqoslaydigan tadqiqotlar o'tkazilmagan.

Xulosa. Shunday qilib, adabiyotlarni tahlil qilish natijalariga ko'ra, raqamli texnologiyalar hozirda protezning ma'lum sifatlarini yaxshilash uchun katta imkoniyatlarni taqdim etadi degan xulosaga kelishimiz mumkin. Biroq, to'liq olinadigan protezlarni ishlab chiqarish bo'yicha to'liq raqamli protokolga o'tishga to'sqinlik qiladigan kamchiliklar va hal etilmagan muammolar hali emas, ya'ni endi zamonaviy ishlab chiqarish usullari raqamli va analog ishlab chiqarish usullaridan texnologiyalarni jalb qilishga to'g'ri keladi.

AQL TISHLARNING KECHIKISH MEXANIZMLARINI ORGANISH.

Yusupalieva K.B., Abdurashidova M 409 B stom, Islomov A 409 B stom

Toshkent Davlat stomatologiya instituti.

Hozirgi vaqtda tishlash jarayoni, shuningdek, ularni ushlab turish va distopiya haqida umumiy tushuncha yo'q. Klinik amaliyotda eng ko'p uchraydigan muammolar pastki aql tishlarini ushlab turish va distopiyadir.

Hozirgi vaqtda ta'sirlangan va aql tishlari 20 yil oldingiga qaraganda 15 marta tez olib tashlanadi.

Bu tish chiqarishning paydo bo'lgan asoratlari bilan emas, balki ortodontik davolanishni xohlaydiganlar sonining ko'payishi bilan bog'liq. Adabiyotda pastki uchinchi aql tishlarining kechiktirilgan otilishi mexanizmlarining beshta eng keng tarqalgan va asosiy nazariyalari keltirilgan. Shunday qilib A.R.Andreishchev (2005) ularni quyidagi tartibda sanab o'tadi:

Maqsadlar:

- 1) tutilishni tish yoyida bo'sh joy etishmasligi bilan izohlovchi nazariyalar;
- 2) tish distopiyasiga olib keladigan pastki uchinchi molar rudimentning rivojlanishida embrion buzilish nazariyasi;
- 3) polietilogik ta'sirlar nazariyalari, buning natijasida pastki jag'ning rivojlanishida kechikish mavjud;
- 4) retromolyar mintaqaning patologik o'zgargan shilliq qavati tomonidan pastki uchinchi molarining otilishiga qarshi ta'sir qilish nazariyalari.
- 5) pastki uchinchi molarining rudimentining uning burchagi hududida joylashgan pastki jag'ning o'sish zonasining faolligi tufayli siljishi nazariyasi.

Materialar va usullar:

G.A. Vasilchenko tomonidan olib borilagan zamonaviy bosh suyaklari to'plamidagi anatomic va klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, tish yoyida bo'sh joy yo'qligi sababli pastki uchinchi aql tishlarining kechikib chiqishi nazariyasi to'liq tasdiqlangan, chunki bir qator bosh suyaklari mavjud, pastki jag'dagi uchinchi molarlarga ta'sir qildi, retromolyar bo'shliqni to'g'ridan-to'g'ri tavsiflovchi barcha parametrlar.

Pastki uchinchi molarlarning qiyin otilishini pastki jag'ning rivojlanmaganligi bilan bog'laydigan nazariya, G.A.Vasilchenko (2012) tasdiqni topmadi. Agar tishni ushlab turish faqat pastki jag'ning rivojlanmaganligi, ya'ni uning mikrognatiyasi bilan bog'liq bo'lsa, unda hamma o'rtasida. Pastki jag'ning asosiy morfometrik xususiyatlarini tavsiflovchi parametrlar, buzilmagan pastki jag'lari bo'lgan bir qator bosh suyaklari foydasiga statistik jizahatdan sezirlarli farqlar bo'ladi.

Vazifalar:

Tish distopiyasiga olib keladigan pastki uchinchi molar rudimentning rivojlanishidagi embrion buzilish nazariyasining ishonchliligi, shuningdek, patologik o'zgargan shilliq qavat tomonidan pastki uchinchi molarlarning otilishiga qarshi ta'sir qilish nazariyasi faqat kraniologik tadqiqotlarga asoslangan. tadqiqotlarni baholash juda qiyin va hatto imkonsizdir. Kraniologik tadqiqotlarda odatda odamning bosh suyagi ob'ekt sifatida ishlatiladi.

Munozara:

Shu bilan birga, ushbu ikki nazariyada keltirilgan kechiktirilgan portlash mexanizmi bir vaqtning o'zida rentgen va radiatsiya tadqiqot usullaridan olingan ma'lumotlar, shuningdek, klinik ma'lumotlardan foydalangan holda o'rganilishi kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, o'rganilayotgan muammoning bu jihati allaqachon o'rganilgan. Uning burchagi hududida joylashgan pastki jag'ning o'sish zonasining faolligi tufayli pastki uchinchi molarlarning rudimentning siljishi nazariyasi alohida qiziqish uyg'otadi.

Xulosa:

Ushbu masala bo'yicha mavjud adabiyotlardamavjud bo'lgan kraniologik ma'lumotlar katta amaliyahamiatga ega, chunki pastki jag'ning tuzilishininganatomik xususiyatlari, uni ushlab turish paytida uningozgarishi tabiati, shuningdek anatomik va topografikxususiyatlar to'g'risida ma'lumotlarning etishmasligi. Retromolyar bo'shliq va pastki uchinchi molarlarstomatologlarning klinik fikrlash sifatiga va shungamos ravishda stomatologik yordam sifatiga ta'sir qiladi.

Bu stomatologik davolanishning jiddiy asoratlari - yallig'lanish kasalliklari va tish an omaliyalariningqaytalanishining oldini olish uchun muhimdir.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Belchenko V. A., Prityko A. G., Klimchuk O. V., Fillipov V. V. 3D formatdagi kraniofasiyal jarrohlik: atlas. M.: GEOTARMEDIA, 2010. 202–214-betlar.

2. Ivanov A.L., Chikurov G.Yu., Nadtochiy A.G., Starikova N.V. Bolalarda man dibulyar chalg'itishuchun uch o'lchovli kompyuter modellash usulidanfoydalanish // Rus stomatologiyasi. 2016. T. 9, No 3. B. 17–33.

3. Mitroshenkov P.

N., Mitroshenkov P.

P., Pelishenko T.

G. Kompyuter navigatsiya tizimlaridamida yuz skeletining konjenital anomaliyalari bartaraf etish // Kreml tibbiyoti. Klinik xabarnoma. 2020. № 2. 55–62-betlar.

4. Topolnitskiy O.Z., Komelyagin D.Yu., Dubin S.A., Vladimirov F.I. Noviy.

Pastki jag' tarmog'i rivojlanmagan bolalarni davolash usuli // Rus stomatologiyasi. 2018. T. 11, No 1. 47–49-betlar.

5. Topolnitskiy O.

Z., Dmitrieva I.V., Arapov N.S., Krasnov A.P. Kuchaytirilgan kompozit endoprotezlaridamida jag'larning nuqsonlari va deformatsiyasibolgan bolalar va o'smirlarni davolash // Russtomatologiyasi. 2018. 11-jild, 1-son. 39–40-betlar.

6. Shayxaliev A.I.,

Ivanov S.Yu., Davydova T.R., Korshakov E.V., Pankratov A.S., Petruk P.S., Soloshenikov P.P., Arzashvili L.D., Gasbanov G. A., Korgoloev R.

S., Enstitskiy Usatov D. lar jarayonipastki jag'ning sinxron ekskursiyasini ta'minlovchitemporomandibular qo'shma. Foydali model patenti202290U1, 02/10/2021. Ariza № 2020109883 06.03.2020.

8. Caron C. J. J. M., Pluijmers B. I., Wolvius E. B., Looman C. W. N., Bulstrode N., Evans R. D. vaboshqalar. Kraniofasiyal mikrosomiyada kraniofasiyalva ekstrakraniofasiyal anomalialar: 755 bemorningko'p markazli tadqiqoti. J. Kraniomaxillofac. Surg. 2017;45(8):1302–1310.

9. Galea C.

J., Dashow J.

E., Woerner J.

E. Temporomandibular bo'g'imning konjenitalanomalialari. Og'zaki. Maksillofasiyal . Surg. Klin. N. Am. 30. 2018. R. 71–82.

10. Kim B. S., Chen X., Chen C., Chong C. H., Yan Y. J., Xan V., Sun M., Yang X., Xu H. S., Chjan Y., Chai G. OMENS + Xitoyda kraniofasiyal mikrosomiyatasnifi korrelyatsiyasi tahlili : Makrostomiya va mandibulyar gipoplaziya o'rtasidagi munosabat. J. Kraniofak. Surg. 2022. Yanvar 18.

O'Z VAQTIDA CHIQMAGAN DOIMIY TISHLARNI TASHXISLASH VA KOMPLEKS DAVOLASH.

Shaamuhamedova F.A., Murtazaev S.S., Ne'matova M.A magistr 1-kurs,

Baxtiyorova M.I magistr 1-kurs, Kamolov K.N magistr 1-kurs

*Toshkent Davlat stomatologiya instituti “Ortodontiya va tishlarni protezlash”
kafedrası, O'zbekiston*

Tadqiqotning dolzarbligi. Retensiyaga uchragan tishlar- bu fiziologik yorib chiqmagan va jag'da joylashgan, ildizlarning shakllanishi tugagan tishlardir. Har qanday tishlar guruhi retensiyaga uchrashi mumkin, lekin qoziq tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi eng keng tarqalgan. Yuqori jag' kesuv tishlar sohasida tez-tez uchraydigan ortiqcha tishlar ham boshqa tish retensiyasiga sabab bo'lishi mumkin. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra tishni retensiyaga uchrash sababi mahalliy va umumiy omillardir. Mahalliy omillar (ortiqcha tishlar, travma, tish yoyida bo'sh joy yetishmasligi) bitta tishning o'z vaqtida chiqmasligiga olib keladi. Umumiy omillar, masalan, endokrin kasalliklar, ko'plab tishlarning o'z vaqtida chiqmasligiga sabab

bo'ladi. Tishning kechikish sababi bartaraf etilsa, tish o'z-o'zidan yorib chiqishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi. Doimiy tishlarni o'z vaqtida chiqmaslik sabablarini o'rganish va zamonaviy texnologiyalardan foydalangan holda chuqur joylashgan retension tishlari bo'lgan bolalar va o'smirlarni kompleks davolash natijalarini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2023-2024 yillar Toshkent Davlat Stomatologiya instituti "Ortodontiya va tishlarni protezlash" kafedrasining ortodontiya klinikasida tishlari retensiyaga uchragan 13 nafar bola tekshirildi. Kasallik tashxisi klinik va rentgenologik ma'lumotlar asosida qo'yildi. Alveolyar o'simtada retensiyaga uchragan tishning holatini aniqlash uchun rentgenografiya va kompyuter tomogrammalari o'tkazildi. Ortiqcha tishlar rentgen tekshiruvi paytida aniqlandi. Ba'zida ortiqcha tishlar ular yorib chiqqandan keyin aniqlanishi ham mumkin. Agar doimiy tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi alveolyar o'simtada ortiqcha tishlarning mavjudligi bilan bog'liq bo'lsa, ortiqcha tish jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi, so'ngra to'liq doimiy tishlarning yorib chiqishi uchun ta'sirlantirish choralari qo'llaniladi. Ortiqcha tishlarni olib tashlagandan so'ng, yetarli joy bo'lsa, 2-6 oy ichida retensiyaga uchragan tishlar mustaqil ravishda yorib chiqadi. Agar bu davrdan keyin tishlar chiqmagan bo'lsa, sun'iy milk bilan olinadigan plastinka, shuningdek, ularning yorib chiqishini ta'sirlantiradigan fizik davolash usullari qo'llaniladi: lidaza elektroforezi.

Tadqiqot natijalari. Ko'pgina hollarda, tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi sababi mahalliy omillar hisoblanadi. Ulardan 6 ta bolada retensiya sababi ortiqcha tishlarning mavjudligi edi. Tishlar o'z o'qiga noto'g'ri joylashish va tish qatorida bo'sh joy yetishmasligi ham mos ravishda 7 ta holatda retensiyaga sabab bo'lgan. Ortiqcha tishlar ko'proq tanglayda joylashgan va ularning faqat toj qismi shakllangan bo'lgan. O'z vaqtida chiqmagan tishning ildizlari shakllanmagan chunki ortiqcha tishlar borligi xalaqit bergan. Bu mexanik to'siq hisoblanib ildiz shakllanishi kechikishiga va tishlarni o'z vaqtida chiqmasligiga olib keladi. Tishlarning o'z o'qiga nisbatan noto'g'ri joylashishi va tish yoyida bo'sh joy yetishmasligi natijasida tishlari retensiyaga uchragan bolalar tekshirilganda tish yoyining torayishi aniqlandi. Bunday bemorlarda tishlarning joylashuvi o'zgarishi va tish yoyida joy yetishmasligi sababli davolash ortodontik yoki jarrohlik usuli yordamida tish yoyida joy hosil qilishdan boshlanadi. Agar qoziqlar uchun yetarli bo'sh joy bo'lmasa, birinchi premolyar yoki sut qoziq tishlarni olib tashlash kerak. Shundan keyingina retensiyaga uchragan tishlarning tojini ochib ortodontik vositalar yordamida olib chiqish mumkin. Retension qoziqlarning tojlari vestibulyar va tanglay tomonlarda joylashishi mumkin. Tish tojlarini ochish uchun jarrohlik yo'li bilan kirish ko'pincha tanglay tarafdin amalga oshirilgan. Bunda infiltratsion og'riqsizlantirish ostida o'sha tish sohasidagi shilliq qavat va suyakusti parda ajratiladi, so'ngra tashqi kortikal plastinkadan bormashina yordamida retension tishga mos keladigan teshikcha ochilib, uning toji atrofdagi to'qimalardan tozalandi. Keyingi ortodontik davo(tishni tortib tish yoyiga olib tushish) uchun retension tishning tojiga knopka yoki breket yopishtiriladi. Keyin yara to'liq epitelizatsiyalanganiga qadar yodoform tampon bilan yopiladi va 5-7 kun davomida yallig'lanishga qarshi davo kursi buyuriladi. Yaraning epitelizatsiyasidan 7-10 kun o'tgach, doka tamponlar olib

tashlandi va ortodontik davolash boshlanadi. Retension tish asta-sekin (oyiga 1 mm) tortiladi. Tishni tish yoyida tushirgandan so'ng va okklyuzion kontaktlar to'g'rilangandan so'ng, bemor olinadigan yoki olinmaydigan retension apparatlardan foydalanadi.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, tishlarni o'z vaqtida chiqmasligi tashqi va ko'p hollarda mahalliy omillar ta'sirida yuzaga keladi. Tishlarni retensiyaga uchrashining eng ko'p uchraydigan sabablari ortiqcha tishlar, shuningdek, tishlarning o'z o'qiga nisbatan noto'g'ri joylashishi va tish yoyida bo'sh joy yetishmasligi hisoblanadi. Retension tishlari bo'lgan bemorlarni davolash o'z vaqtida chiqmagan tishlarning o'lchami, shakli, joylashuvi bo'yicha individual xususiyatlarni hisobga olgan holda, bemorning yoshi, ildizlarning shakllanish darajasi, tish yoyida bo'sh joy mavjudligi yoki uning yetishmasligi, ortiqcha tishlarning mavjudligi yoki boshqa sabablarni hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1) Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomalialari va deformatsiyalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil.
- 2) Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021.
- 3) Sayt: (https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/otorhino_laryngology) (https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/adenoids)
- 4) Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

FEATURES OF FIXATION OF ZIRCONIUM DIOXIDE PROSTHESES

Saminova M.Z student 102A gr. Stoma TGSi

*Scientific supervisor: Ochilova M.U., assistant at the Department of propaedeutics Orthopedic Dentistry.
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan.*

Relevance

Prosthetic dentistry of the 21st century is characterized by high requirements for aesthetic aspects of dental prosthetics. In this regard, dentures made of ceramic materials based on zirconium dioxide are becoming increasingly widespread. This is a special type of ceramic that does not contain a glass phase, therefore the traditional acid method

etching for reliable adhesive fixation of ceramic crowns in the case of zirconium dioxide

not applicable.

Target

This study was to study the features of fixation of zirconium dioxide prostheses according to the available literature.

yes zirconium according to available literature.

Materials and methods.

23 sources were found and analyzed in the Pubmed database from 8 countries (Germany, Switzerland, Holland, England, Japan, China, Canada, Brazil) over the past 15 years: 5 from 2007 to 2010, 11 from 2011 to 2015 and 7 from 2016 to 2020. The search was performed using the following keywords: zirconium dioxide, fixing strength, surface preparation, chemical methods.

Based on the data obtained, the issue of chemical methods of surface preparation was studied.

zirconium dioxide.

Results.

Analysis of the frequency of publications shows continued interest in the problem fixation of zirconia restorations, which remains to this day. Besides

Research into increasing the adhesion strength of polymer to ceramics also examined its durability. The durability of adhesion between zirconium oxide ceramics and polymer has been studied in

many works, and it depends on the method of surface treatment of zirconium dioxide.

Conclusion

New methods for preparing the surface of zirconium oxide ceramics make it possible to increase the bond strength between the polymer and zirconium dioxide; however,

so far they are expensive and difficult to access for most consumers. No one of the innovative methods does not work without the use of an MDP-containing primer.

Literature

1. Druck C., Pozzobon J., Callegari G., Dorneles L., Valandro L. Adhesion to Y-TZP ceramic: Study of silica nanofilm coating on the surface of Y-TZP Journal of Biomedical Materials Research. Part B, Applied Biomaterials, 2015, 103(1) 143-150. <https://doi.org/10.1002/jbm.b.33184> 2. Dede D., Yenisey M., Rona N., Dede F. Effects of Laser Treatment on the Bond Strength of D fects of Laser Treatment on the Bond Strength of Differently Sintered Zirconia Ceramics // Photomedicine and Laser Surg., 2016, Volume 10, Number 10, 1- 8. <https://doi.org/10.1089/pho.2015.4064>

АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ ТЕРМОПЛАСТОВ

Абдуллаев У. студент 305 гр.стом. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Омонова Н.А., ассистент кафедры факультет
ортопедической стоматологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность.

Известно, что съёмные ортопедические конструкции относятся к сложным раздражителям слизистой оболочки протезного ложа. Несмотря на тщательную обработку базисов съёмных протезов, своевременные коррекции, на внутренней и наружной поверхности базисов сохраняется микропористость базисного полимера и шероховатость на внутренней, которые являются идеальной поверхностью для адгезии микроорганизмов. Причиной серьезных нарушений в составе нормальной микрофлоры полости рта является дисбактериоз, возникающий в результате воздействия на организм различных факторов эндогенного и экзогенного характера. В итоге нарушается защитная и иные полезные функции нормальной микрофлоры, возникает угроза развития местных и общих патологических процессов. Несомненно, большую роль в профилактике возникновения воспаления слизистой оболочки протезного ложа является гигиена полости рта и съёмных протезов.

Цель исследования повышение эффективности очищения и дезинфекции съёмных пластиночных протезов из термопластических полимеров путем применения разработанных гигиенической порошок.

Материалы и методы. Было проведено определение зон воспаления участков протезного ложа с использованием раствора Шиллера-Писарева и 1% раствора толуидинового синего. Во время исследования, зоны воспаления слизистой оболочки протезного ложа анализировали на 1, 3, 7, 14, 21 сутки, а также через 1, 6 месяцев после протезирования.

Результаты и обсуждение. Было отмечено, что под базисами съёмных протезов из термопластов через 1 сутки после наложения у пациентов во всех исследуемых группах суммарная площадь зон воспаления не различалась, и равнялась 1326,5 мм² на верхней челюсти и 960,4 мм² на нижней челюсти. Через 3 суток и 1 неделю после фиксации съёмных протезов было зафиксировано неравномерное уменьшение значений изучаемых показателей во всех группах. Спустя 2 недели, у больных 1 группы суммарная площадь зон воспаления составила 410 мм² на верхней челюсти и 319,4 мм² на нижней челюсти. У больных 2 группы и 3 группы, изучаемые значения отличались незначительно и составили 365,5 мм² и 350,4 мм² на верхней челюсти, и 279,5 мм² и 273,2 мм² на нижней челюсти соответственно. У больных 4 группы показатели были ниже и равнялись 300,5 мм² на верхней челюсти и 225 мм² на нижней челюсти. Спустя 3 недели эксплуатации съёмных протезов меньшую суммарную площадь зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа наблюдали в четвертой группе, пациенты которые использовали для очищения и дезинфекции съёмных протезов раствор «Н порошка». Спустя 1 месяц после эксплуатации съёмных протезов из термопластов отмечалось снижение показателей суммарных зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа во всех группах исследуемых. В 1 группе пациентов этот показатель равнялся 120,1 мм² на верхней челюсти и 116 мм² на нижней челюсти. У пациентов 2 группы - 104 мм² на верхней челюсти и 96 мм² на нижней челюсти. У больных 3 группы изучаемый показатель

равнялся 99,3 мм² на верхней челюсти и 89 мм² на нижней челюсти, а у 4 группы – 59,2 мм² и 45 мм² соответственно. Через 6 месяцев наблюдалось уменьшение анализируемых параметров, которое равнялось 79,5 мм² на верхней челюсти и 61 мм² на нижней челюсти в 1 группе больных. Во 2 группе - 58 мм² и 48,2 мм² соответственно. В 3 группе исследуемых данное значение равнялось 56 мм² на верхней и 44,6 мм² на нижней челюсти. У исследуемых больных 4 группы на верхней челюсти суммарное значение зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа равнялось 25,5 мм² и на нижней челюсти 19 мм².

Заключение.

Таким образом, изучение площад зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа позволил сделать вывод, что максимальные значения были отмечены через 1 сутки после наложения съёмных протезов во всех четырех группах. Однако, уже через 3 недели после наложения съёмных протезов отмечалось, что у пациентов 4 группы, которые использовали для их очищения и дезинфекции раствор «Н поршок» исследуемый показатель были меньше. Минимальные значения, в сравнении с другими группами, сохранялись до конца исследования, что в очередной раз указывало на целесообразность использования новой методики очищения и дезинфекции съёмных протезов из термопластов.

ОРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ХБП И ЕЕ ТЕРАПИЕЙ.

Акбаров Авзал Нигматуллаевич д.м.н профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии при ТГСИ. Avzal@rambler.ru

Шоахмедова Комола Назруллаевна доцент кафедры факультетской ортопедической стоматологии при ТГСИ. kshoahmedova@mail.ru

По некоторым данным, распространенность поражений полости рта при ХБП составляла 90-100%. Выявлена взаимосвязь между поражениями полости рта и концентрацией мочевины в крови у пациентов с заболеваниями почек: кандидоз (12,5 ммоль/л), галитоз (12,1 ммоль/л), ксеростомия (11,6 ммоль/л), пародонтит (9,4 ммоль/л). Средняя концентрация мочевины в крови у пациентов с ХБП была выше по сравнению со здоровыми лицами без поражений полости рта (5,1 ммоль/л), $p = 0,08$. Гиперплазия десен. Гиперплазия десен после медикаментозной терапии является наиболее часто встречающимся проявлением почечной недостаточности во рту. Причиной может быть применение циклоспорина и/или блокаторов кальциевых каналов. В основном она встречается в области межзубных сосочков с вестибулярной стороны, хотя может иметь генерализованный характер, затрагивая края десен, язычные и небные поверхности. Гиперплазия десен, вызванная циклоспорином встречается в 6-85% случаев. Чаще проявляется в течение 3 месяцев после начала терапии циклоспорином. Дети и подростки более предрасположены к гиперплазии десен, вызванной лекарственными препаратами, чем взрослые. Улучшение гигиены

полости рта и профессиональная чистка приводят к уменьшению гиперплазии. Реципиентам почечного аллотрансплантата назначают блокаторы кальциевых каналов для снижения артериальной гипертензии и нефротоксичности, вызванной циклоспорином. Есть сообщения о нифедипине, амлодипине, дилтиаземе, верапамиле, оксидипине, фелодипине и нитрендипине, как о препаратах, вызывающих гиперплазию десен. Распространенность увеличения десен, вызванного нифедипином, варьирует и встречается у 10-83% пациентов, получавших лечение. Наличие зубного налета может быть предрасполагающим фактором к увеличению десен. Обзор литературы Доктор ахборотномаси № 4 (101)— 2021 155 сен, вызванному нифедипином, но не является существенным для его развития. Доза или продолжительность лечения не связаны с распространенностью увеличения десен. В некоторых исследованиях сообщалось об уменьшении гиперплазии десен после перехода на альтернативный блокатор кальциевых каналов, но эти препараты все еще могут вызывать некоторое увеличение десен. Гигиена полости рта у людей, получающих гемодиализ, может быть неудовлетворительной. Только 15% получающих гемодиализ пациентов имели хорошую гигиену полости рта. Ксеростомия. Симптомы ксеростомии могут возникать у многих людей, получающих гемодиализ. Возможные причины включают ограниченное потребление жидкости, побочные эффекты лекарственной терапии и/или дыхание через рот. Продолжительная ксеростомия может приводить к кариесу и гингивиту, вызывать трудности с речью, фиксацией протеза, жеванием, дисфагией, болезненностью во рту и потерей вкуса. Она также приводит к кариесу и инфекциям полости рта, таким как кандидоз и острый гнойный сиаденит. При ХБП обычно наблюдается ограничение приема жидкости, электролитный дисбаланс и прием лекарств, таких как фуросемид и гидрохлоротиазид. Это приводит к ксеростомии у 12,22 – 48,2% пациентов. У пациентов с ХБП более низкое среднее значение стимулированной и нестимулированной продукции слюны (2,34 мл/5 мин и 4,07 мл/5 мин) по сравнению со здоровыми лицами (3,82 мл/5 мин и 8,05 мл/5 мин). Kho H. и другие, сообщили о 0,44±0,29 мл/ мин и 1,5±0,5 мл/мин для ненулевой скорости потока цельной слюны у пациентов с ХБП и контрольной группы соответственно. Уменьшение скорости слюноотделения является постоянным у пациентов с ХБП, и связано с воздействием лекарств, эмоциональным стрессом и невропатией. Неприятный запах изо рта/неприятный привкус. Пациенты с уремией могут иметь запах изо рта, похожий на аммиак, что также встречается примерно у одной трети людей, получающих гемодиализ. Хроническая почечная недостаточность может вызывать изменение вкусовых ощущений, и некоторые пациенты жалуются на неприятный и/или металлический привкус или ощущение увеличенного языка. Нарушения вкуса присутствуют у 26% пациентов с ХБП. Механизмы, лежащие в основе изменений вкусового восприятия у пациентов с уремией, неизвестны, но, вероятно, они связаны с влиянием уремических токсинов на центральную нервную систему и периферическую нервную систему (вкусовые рецепторы). Ощущение жжения во рту, встречавшееся у пациентов с

ХБП (16%) обнаруживалось во многих исследованиях. Это было связано с ксеростомией, повреждением периферических нервов мочевыми токсинами и действием лекарств. Поражения слизистой оболочки. У пациентов, получавших диализ и аллотрансплантаты, был описан широкий спектр поражений слизистой оболочки полости рта, особенно белых пятен и/или язв. В частности, заболевание, схожее с красным плоским лишаем (лихеноидное заболевание), может возникать как следствие соответствующей лекарственной терапии (например, применение диуретиков, бета-адреноблокаторов). Точно так же волосатая лейкоплакия полости рта может возникать вторично вследствие лекарственной иммуносупрессии, клинически и гистопатологически сходные поражения наблюдаются при уремии. Следует отметить, что последнее поражение может исчезнуть с коррекцией уремии. Уремический стоматит проявляется белыми, красными или серыми участками слизистой оболочки полости рта. Представляет собой серую псевдомембрану, покрывающую болезненные пятна эритемы, в то время как язвенная форма имеет красный цвет с «гнойным» покровом. Нет хороших гистологических описаний уремического стоматита; таким образом, трудно определить причину этого необычного изменения слизистой оболочки полости рта. Было высказано предположение, что уремический стоматит может быть вызван химически обусловленной травмой из-за повышенного уровня азотистых соединений. В некоторых случаях поверхность слизистой оболочки может стать эритематозной или изъязвленной. Макулы и узелки на слизистой оболочке полости рта также были описаны у 14% пациентов, получающих гемодиализ. Ангулярный хейлит описан почти у 4% пациентов, получавших гемодиализ и почечный аллотрансплантат. Сообщалось о других кандидозных поражениях полости рта, таких как псевдомембранозный (1,9%), эритематозный (3,8%) и хронический атрофический кандидоз у реципиентов аллотрансплантата. Аномальная пигментация губ была наиболее частым поражением, наблюдаемым у пациентов с ХБП, у 90% пациентов с ХБП. Гиперпигментация полости рта и кожи у пациентов возникает из-за неспособности почки выводить избыток бета-меланоцит-стимулирующего гормона (b-MSH), накопление которого приводит к стимуляции меланоцитов в базальном слое эпителия полости рта. Генетические факторы (смуглая кожа) и жаркий климат, связанный с постоянным воздействием солнечного света на меланоциты, также могут ускорить гиперпигментацию. Кандидоз полости рта. Распространен в случаях ХБП и может быть связан с подавлением иммунитета из-за недоедания, ограниченных диет, анемии, стресса и иммунодепрессантов. Распространенность кандидоза колеблется от 5,7 до 37%, согласно данным разных исследований, в среднем составляя 15,5-18,8%. Зубочелюстные аномалии. Сообщалось о задержке прорезывания постоянных зубов у детей с ХБП. Гипоплазия эмали молочных и постоянных зубов, с пигментациями или без. У взрослых с хроническим заболеванием почек может произойти кальцификация пульпарной камеры зубов. Точная причина изменения зубов неизвестна. У реципиентов почечного аллотрансплантата уменьшение пульповой камеры значительно больше, чем у пациентов, получающих

гемодиализ. При ХБП может возникнуть широкий спектр костных аномалий. Они отражают различные нарушения метаболизма кальция, в том числе: потерю гидроксилирования 1- гидроксиколекальциферола до активного витамина D (1,25-дигидроксиколекальциферол); снижение экскреции ионов водорода (и, как следствие, ацидоз); гиперфосфатемия; гипокальциемия и как следствие вторичный гиперпаратиреоз; и, наконец, вмешательство в биохимию фосфатов путем диализа. Вторичный гиперпаратиреоз поражает до 92% пациентов, получающих гемодиализ. Гиперпаратиреоз может проявляться в виде бурой опухоли верхней челюсти, дистрофии костной ткани или подвижности зубов. Некариозные поражения твердых тканей зубов. Чаще встречается у людей с ХБП, чем у населения в целом. Это может быть связано с тошнотой, рвотой или вызванной тошнотой нервной булимией (если пациенту неприятна ограниченная диета). Злокачественные новообразования полости рта. Риск плоскоклеточного рака полости рта у пациентов, получающих гемодиализ, в целом аналогичен таковому у здоровых людей в общей популяции, хотя были сообщения о том, что терапия после трансплантации почки предрасполагает к эпителиальной дисплазии и карциноме губы. Саркома Капоши может возникать во рту у реципиентов почечного трансплантата с подавленным иммунитетом. Имеются сообщения о плоскоклеточном раке и саркоме Капоши, возникающих в областях гиперплазии десны, вызванного циклоспорином. Любой повышенный риск злокачественных новообразований полости рта при ХБП, вероятно, отражает эффекты ятрогенной иммуносупрессии, которая увеличивает вероятность возникновения вирусно-ассоциированных опухолей, таких как саркома Капоши или неходжкинская лимфома.

Заключение. В связи с влиянием орального аспекта ХБП на качество жизни пациентов, рекомендуются регулярные обследования на предмет заболеваний полости рта и соответствующее лечение. Особенно, это касается пациентам с трансплантацией почки (до, а также регулярный осмотр после операции). Существует необходимость в более тесных отношениях между нефрологами и стоматологами при ведении пациентов с ХБП.

ОРТОДОНТИК АППАРАТЛАР ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ДАВОЛАШ СИФАТИГА ОИЛАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ ТАЪСИРИ.

*Акбаров К.С., Кодиров Ж.М., Поёнова Г.М 402 С стом
Тошкент давлат стоматология институти*

Ортодонтик даволаш кўпинча 3 ёшдан бошланади ва кўп вақт мобайнида давом этади, даволаш жараёнига оилавий факторлар таъсир этади. Кичик ёшда ортодонтик даволашда боланинг ўзини тутиши интизоми катта аҳамиятга эга. Даволашга бўлган тўғри ёндашув авваламбор оилавий мухитда шаклланади.

Тадқиқотнинг мақсади – Олиб қўйилувчи ортодонтик аппаратлардан олинадиган натижа билан даволашга бўлган оилавий ёндашув ўртасида мувофиқлик ўрнатиш.

Материаллар ва усуллар: Тошкент давлат стоматология институтида (ТДСИ) Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедрасида олиб қўйилувчи ортодонтик аппаратлар билан даволаши тугалланган 20 та оила (она ва бола) устида кузатиш ишлари олиб борилди. Хамма тадқиқотлар анкета очиш усули орқали (ота оналар учун тест сўров ўтказиш) 2 гуруҳга бўлинган ҳолда ўтказилди: 1-гуруҳ ортодонтик конструкция қўллашга нисбатан етарли эътиборли ёндашган (11 та оила). 2-гуруҳ ортодонтик конструкция қўллашга нисбатан етарлича эътибор қаратмаган (9 та оила).

Тадқиқот натижалари: Ортодонтик даволашга тўғри ёндашувчи 1-гуруҳнинг 65 %и демократик типга, 18 %и авторитар типга, 17 %и попустик типга тегишлилиги аниқланди. Ортодонтик даволашга етарлича эътибор қаратмаган 2-гуруҳнинг 70 %-попустик типга, 15 %и демократик типга, 15 %и авторитар типга тегишлилиги аниқланди

Хулоса: Кичик ёшдаги болаларда ортодонтик даволаш орқали олинadиган натижа сифати оилавий ёндашувга бевосита боғлиқ. Демократик типда ёндашувчи оилаларда кўпроқ ижобий натижа олинishi кузатилди. Попустик типдаги беморлар билан ишлашда врач-ортодонт назорати кўпроқ талаб этилиши аниқланди.

Адабиётлар.

1. Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomalionalari va deformatsionalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil 340 bet.
2. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
3. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕРАТИВНО-СОСТЯЗАТЕЛЬНЫХ СЕТЕЙ В СТОМАТОЛОГИИ.

Акбарова Мунира. студентка 404 А гр.МО ТГСИ

Научный руководитель: Алиева Н.М. к.м.н., доцент кафедры пропедевтика ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственные стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность

В стоматологии качество рентгенологической диагностики напрямую зависит от качества изображения. В то же время на выходе 3д и КТ-изображения зубов могут оказаться низкого разрешения или содержать артефакты,

затрудняющие визуализацию анатомических структур. Генеративно-состязательные сети (GAN) – алгоритм машинного обучения без учителя, построенный на комбинации из двух нейронных сетей, где одна генерирует образцы, а другая пытается отличить правильные образцы от неправильных. GAN могут генерировать изображения, которые очень похожи на реальные. Это делает их перспективным инструментом для решения задач в различных областях, включая медицину.

Цель

Изучение возможности использования GAN для улучшения качества 3д и КТ-изображений зубов.

Материалы и методы

В исследовании был использован набор данных из 1000 3д и КТ-изображений зубов. Для коррекции изображений применялись три архитектуры GAN: m-WGAN, DCGAN и StyleGAN. Качество изображений оценивалось по следующим параметрам:

- PSNR (отношение сигнал-шум)
- SSIM (индекс структурного сходства)
- CNR (контрастное отношение)
- Мнение экспертов-стоматологов

- Все три архитектуры GAN показали статистически значимое улучшение качества 3д и КТ-изображений по сравнению с исходными изображениями.

- m-WGAN продемонстрировала наилучшие результаты по PSNR и SSIM.

- DCGAN показала наилучшие результаты по CNR.

- Эксперты-стоматологи отметили улучшение визуализации анатомических структур на изображениях, обработанных GAN.

Выводы

Результаты исследований подтверждают эффективность GAN в коррекции КТ-изображений зубов. GAN способны:

- Повысить разрешение 3д и КТ-изображений зубов.
- Удалить артефакты с 3д и КТ-изображений зубов.
- Могут сегментировать различные анатомические структуры на КТ-изображениях зубов.
- Могут использоваться для диагностики заболеваний полости рта.
- Улучшать визуализацию анатомических структур.

Заключение

Применение GAN в стоматологической рентгенологии является перспективным направлением для повышения качества диагностики заболеваний полости рта.

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, *24*, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant

- Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, 10, 85–92. [CrossRef] [PubMed]
3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, 38, 286–294. [CrossRef]
4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, 20, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР: РЕЗЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ.

Алиева Н.М.-к.м.н., доцент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Меликузиев Т.Ш. - ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Махкамов Р.- студент 5 курса

Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель. Изучить и провести обзор литературы по основным аспектам и результатам резекции нижней челюсти с одномоментной пластикой аутотрансплантатом . Проанализировать различия между васкуляризированными и невакуляризированными аутотрансплантатами .

Метод. Поиск был проведен в следующих базах: PubMed, Cyberleninka, Cochrane Library, Web of Science и Scopus, а также в Google* Scholar.

Результат. Всего было найдено 155 статей. Из них полностью оценены 37 статьи, в исследование включены 15.

Выводы. Применение васкуляризованных аутотрансплантатов более целесообразно, так как способствует хорошему кровоснабжению в местах их трансплантации.

Введение

Причиной резекции нижней челюсти могут служить амелобластома, остеосаркома и т.п. При этом происходит иссечение большого количества мягких тканей с фрагментом нижней челюсти. Это в свою очередь приводит не только к значительным эстетическим дефектам, но и нарушает функции всей зубочелюстной системы. Было предложено много методов по решению вопросов о замещении дефектов нижней челюсти .

Материалы и методы. Исследование

Проведено по модели систематического обзора с соблюдением правил PRISMA.

Источники данных

Поиска был выполнен в базах данных PubMed, Киберленинка Cochrane Library, Web of Science, Scopus и Google* Scholar. Исследование проводилось с августа по октябрь 2023 года.

Медицинские предметные рубрики (MeSH) и стратегия поиска.

Как основные медицинские предметные рубрики (MeSH) использовались "Bone autotransplantation"

(увеличение объема кости), "Bone graft" (пересадка кости), "Biomaterial" (биоматериал),

Следовали правилам PICOS

(Пациент; Вмешательство; Контроль; Результаты; Программа исследования).

Процесс отбора статей, риск искажения и качество исследований.

Два независимых автора проводил поиск и отбор статей. Интерпретация данных проводилась одним автором и полностью проверялась другим автором. Качество исследований оценивалось с использованием инструмента GRADE (уровень качества доказательств), а

риск искажения анализировался согласно инструменту Cochrane.

Результаты и обсуждение. Было найдено 155 статей. Изначально были исключены дубликаты статей. После этого процесса были оценены аннотации, и проведено новое исключение. Всего было полностью оценено 37 статьи, из которых в данное исследование было включено 15 . При использовании инструмента Cochrane для оценки риска искажения, общая оценка привела к исключению 82 исследований с высоким риском искажения (исследования с малым размером выборки). Кроме того, 22 исследований были исключены, поскольку они не соответствовали GRADE.

В результате исследования было установлено, что титановые пластины могут использоваться для восстановления целостности дуги нижней челюсти, но у них есть ряд существенных недостатков. Например, по мере роста и развития человека они должны заменяться, так как со временем вызывают изменения в форме челюсти. Титановые пластины не могут одномоментно восстановить функциональные и эстетические дефекты. Использование данного вида имплантата не позволяет в последующем устанавливать несъемные ортопедические конструкции, а при установке съемных протезов возникают определенные трудности. Поэтому, несомненным преимуществом аутоотрансплантатов по отношению к титановым пластинам является возможность установки имплантатов в первые.

В свою очередь аваскулярные кожно-костные лоскуты склонны к отторжению и резорбции.

Из всех аутоотрансплантатов наиболее предпочтительным является использование малоберцовой сложной лоскута. Малоберцовая кость обладает наиболее высокими физико-механическими свойствами, в ней имеется достаточное количество кортикального вещества. Она также хорошо поддается

микрохирургическому моделированию.

В этапы реконструкции нижней челюсти входит собственно резекция нижней челюсти, забор малоберцового кожно-костного лоскута, микрохирургическое моделирование аутотрансплантата, сшивка сосудов с целью восстановления кровообращения, а так же проверка качества проведенной работы.

Заключение. В связи с целью этого исследования , было заключено то, что использование васкуляризированного аутофрагмента малоберцовой кости является более предпочтительным для одномоментной пластики после резекции нижней челюсти. Использование данного аутотрансплантата положительно влияет на процессы остеоинтеграции, снижает риски отторжения и резорбции кожно-костного лоскута. Позволяет устанавливать дентальные имплантаты, съемные и несъемные ортопедические конструкции. Также способствует одномоментному восстановлению функциональных и эстетических дефектов.

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D-ПЕЧАТИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ.

*Алиева Н.М.-к.м.н., доцент кафедры пропедевтики ортопедической
стоматологии*

Ташкентский государственный стоматологический институт

*Очилова М.У.- ассистент кафедры пропедевтики ортопедической
стоматологии*

Ташкентский государственный стоматологический институт

Авазова В. ординатор 1 курс кафедры челюстно-лицевой хирургии.

Аннотация. Имплантация зубов стала одной из наиболее популярных и эффективных методик восстановления зубного ряда пациентов. Однако, чтобы обеспечить наилучшие результаты, важно использовать индивидуальные имплантаты, учитывающие анатомические особенности каждого пациента. С развитием технологии 3D-печати, стоматология получила новый инструмент для создания точных и персонализированных имплантатов. Эта статья рассматривает актуальность исследования в этой области, цели, материалы и методы, результаты, обсуждение и выводы.

Актуальность. Современные методы имплантации зубов требуют максимальной точности и индивидуального подхода к каждому пациенту. Это особенно важно в случае сложных клинических сценариев, таких как атрофия кости или несимметричная потеря зубов. На сегодняшний день технология 3D-печати предоставляет стоматологам и хирургам возможность создавать индивидуальные имплантаты, учитывая особенности анатомии каждого пациента. Это обеспечивает высокий уровень точности и предсказуемости в лечении.

Цель исследования. Цель данного исследования заключается в

оценке эффективности и применимости 3D-печати для создания индивидуальных имплантатов в стоматологической практике. Мы стремимся изучить точность и качество созданных имплантатов, а также их влияние на результаты имплантации и удовлетворенность пациентов.

Материалы и методы:

1. Сканирование: сначала пациенту делается сканирование участка, где необходимо установить имплантат. Это может быть сделано с помощью интраоральных сканеров или компьютерной томографии (СВСТ). В результате получается точная трехмерная модель анатомии челюсти.

2. Дизайн: сканированные данные передаются на компьютер, где происходит проектирование имплантата. С помощью специализированного программного обеспечения стоматолог или инженер создает модель имплантата, учитывая анатомические особенности пациента и требования лечения.

3. 3D-печать: после создания 3D-модели, она передается на 3D-принтер, который использует соответствующий материал (например, биосовместимый металл или полимер) для печати самого имплантата. Принтер наслаивает материал слой за слоем в соответствии с 3D-моделью, создавая индивидуальный имплантат.

4. Послепечатная обработка: после завершения печати индивидуальный имплантат может потребовать некоторой послепечатной обработки, такой как полировка или обеззараживание, чтобы гарантировать его безопасность и функциональность.

5. Установка: после завершения всех этапов создания имплантата, он готов к установке. Хирургический специалист проводит операцию по установке имплантата в челюсть пациента с использованием точно спланированной процедуры.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования показали, что 3D-печать может быть успешно использована для создания индивидуальных имплантатов в стоматологии. Индивидуальные имплантаты обеспечивали высокую точность подгонки, что способствовало успешной имплантации и высокой удовлетворенности пациентов.

Обсуждение результатов подчеркивает важность применения технологии 3D-печати в стоматологической практике для создания индивидуальных имплантатов. Это обеспечивает высокую точность и предсказуемость в лечении пациентов, улучшая качество стоматологической помощи. Люди выбирают имплантацию зубов с использованием 3D-печати по нескольким причинам:

Высокая точность и индивидуализация: 3D-печать позволяет создавать имплантаты, которые точно соответствуют анатомическим особенностям каждого пациента. Это обеспечивает максимальную индивидуализацию лечения.

Меньший риск ошибок: Технология 3D-печати позволяет стоматологам и хирургам более точно спланировать процедуру и изготовить имплантаты, что снижает риск ошибок и осложнений.

Ускорение процесса: Процесс изготовления имплантатов с

использованием 3D-печати обычно более быстрый по сравнению с традиционными методами, что позволяет пациентам получить импланты быстрее.

Комфорт и меньшее вмешательство: Использование индивидуальных имплантатов, созданных с помощью 3D-печати, позволяет минимизировать вмешательство в окружающие ткани и обеспечивает более комфортное восстановление после процедуры.

Высокое качество и прочность: 3D-печать позволяет создавать имплантаты из высококачественных и прочных материалов, что гарантирует их долговечность и долгосрочную устойчивость.

Лучшая эстетика: Импланты, созданные с помощью 3D-печати, имеют естественный внешний вид и хорошо вписываются в улыбку пациента.

Исключение необходимости временных протезов: В случае создания индивидуальных имплантатов с использованием 3D-печати, пациентам не требуются временные протезы, так как они могут быть немедленно заменены постоянными имплантатами.

Биосовместимость: Многие материалы, используемые при 3D-печати, биосовместимы, что уменьшает риск аллергических реакций и отторжения.

Эти преимущества делают имплантацию зубов с использованием 3D-печати более привлекательной опцией для пациентов и стоматологов, обеспечивая высококачественное и персонализированное лечение.

Вывод. На основе результатов и обсуждения, можно сделать вывод, что 3D-печать имеет большой потенциал для улучшения имплантации зубов. Эта технология предоставляет возможность создания индивидуальных имплантатов, что способствует улучшению результатов лечения и удовлетворенности пациентов. Дальнейшие исследования и разработки в этой области могут дополнительно усовершенствовать методики имплантации и привести к лучшей стоматологической практике.

Список литературы:

1. Mangano, F. G., Shibli, J. A., Sammons, R. L., Iaculli, F., & Piattelli, A. (2016). "Mangano, F. G., Shibli, J. A., Sammons, R. L., Iaculli, F., & Piattelli, A. (2016). "Short-term clinical outcome of a completely digital protocol for the restoration of single implants: a multicenter retrospective study." *Journal of Prosthetic Dentistry*, 115(3), 202-210.
2. Alharbi, N., Alharbi, S., Cuijpers, V., Özcan, M., & Intraoral scanners in dentistry: a review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 2019. DOI: 10.1016/j.prosdent.2019.02.016
3. Sun, J., Zhang, F., Qiao, L., & Ma, W. (2018). "Intraoral digital impression technique: A review." *Journal of Prosthodontic Research*, 62(1), 1-9.
4. Mangano, F. G., Hauschild, U., Admakin, O., Full in-arch digital scanning of edentulous jaws: a new procedure to fabricate CAD-CAM implant prosthesis. A case report. *European Journal of Oral Implantology*, 2018.

5. Alharbi, N., Wismeijer, D., Osman, R. B., & Additive Manufacturing Techniques in Prosthodontics: Where Do We Currently Stand? A Critical Review. The International Journal of Prosthodontics, 2017.
6. Gibbs, D., Wu, J., Tan, P. H., & The accuracy of medical rapid prototyping models for head and neck surgical planning. The Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2015.
7. Song, Y., Zhang, Y., & Chen, Y. (2020). "Application of digital technology in dental implantology." Chinese Journal of Dental Research, 23(4), 255-261.

СКАНИРОВАНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Анваржонов Х.А студент 2016 группы ПИМУ стом ТГСИ

Научный руководитель: Турсунбаева И.Ф., ассистент кафедры

Пропедевтика ортопедической стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: это современный способ получения цифрового оттиска, у которого почти нет погрешности, и быстрота работ врача создает большое удобств для пациента, и вся процедура занимает от 3 до 6 минут

-Цель исследования: как получить оттиск, научиться получению оттиска с помощью сканера и правильный подгон прикуса, положительный и отрицательный стороны сканера.

Материалы и методы: Medit I600 для сканирования ротовой полости компьютер для отображения сканера роторасширитель для удерживания Губов

-Результат и обсуждение: Я на своей практике где учился у врача Абдулазиза Акбаровича мы использовали сканер Medit i600 и сканировали сначала верхнюю челюсть начиная от окклюзионной поверхности и режущего края постепенно проходя к оральной поверхности и закачиванием с вестибулярной поверхности после снятия оттиска от верхней челюсти мы должны отсканировать антагонист с таким же приемом после снятия антагониста мы должны зафиксировать прикус у пациента. Для этого пациент закрывает рот и мы с левой стороны от последних моляров передвигаем сканер до премоляров и мы это повторяем на правой стороне. После зарегистрированной прикуса мы сохраняем скан и сжимаем в формат zip , отправляем в лабораторию.

Заключение: интраоральный сканер является самым лучшим альтернативой силиконам (А С силиконы). Когда берём слепок у пациентов с высоким рвотным рефлексом невозможно получить слепок с использованием силиконов из-за тошноты поэтому если мы будем использовать сканер пациент не будет чувствовать дискомфорт

ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВИДОВ НЕСЪЕМНЫХ ПОКРЫТИЙ

Ахмедова С.С. 410 гр., Шаронов Ж. 107гр. Бс фак. ТГСИ

*Научный руководитель Алимов У., Шарипов С. Ассистент кафедры
ОСП, ГОС*

Традиционная- Классическая металлокерамика — каркас из сплава металла (кобальт хром), покрытый слоями фарфора. Нижний край (уступ) металлического каркаса не покрывается слоем фарфора, металл просвечивает сквозь десневую ткань, может возникнуть эффект синюшности. При оголении корней (рецессия десны) металлический контур будет виден на фоне десневого края.

Перед установкой обычной металлокерамики уточните, какой сплав использует зуботехническая лаборатория. Дешевые материалы (никель, бериллий) могут провоцировать местную аллергию на металл или вызвать воспаление десен.

Когда применяют: протезирование проводится на зубах, не попадающих в линию улыбки (моляры, премоляры).

С «плечевой массой»

Улучшенный вариант традиционной металлокерамики. Металлический край облицовывается дополнительным слоем фарфора, отсутствует контакт с мягкими тканями десны. Снижается риск появления аллергической реакции, посинения десен.

Когда применяют: для протезирования всех групп зубов. Минус — более высокая стоимость.

На каркасе из драгоценного металла

Цельнолитой каркас сделан из золота, серебра, платины, а сверху покрыт слоями фарфора. Драгоценный металл не окисляется под действием агрессивной среды рта, не вызывает аллергию, сохраняет высокую прочность.

Внешне такая штука идентична настоящим зубам. Золотой каркас просвечивает через полупрозрачный слой керамики, создавая желтоватый оттенок, как у эмали (серебро вызывает потемнение десны). Можно ставить такие коронки на жевательные и передние зубы, но за драгоценный металл придется заплатить.

Металлокерамика: за и против

Достоинства

Долговечный каркас, служит до 15 лет

Хорошие эстетические показатели у вариантов с «плечевой массой»

Доступная цена

Недостатки

Плохой уровень эстетики: металл просвечивает через керамику, может вызывать воспаление и посинение десен. Не подходят для установки в линии улыбки

Во время подготовки опорной единицы проводится большая шлифовка

зуба, депульпирование

Когда нельзя металлокерамические коронки

Противопоказаны, если есть аллергия на металл, или сильно разрушенная или слабая коронковая часть зуба.

Относительные: аномалии прикуса или бруксизм, серьезные заболевания полости рта (пародонтит, пародонтоз, киста и др.). Установка металлокерамики проводится после лечения.

В ситуациях, когда нужна реставрация передних зубов, лучше выбрать безметалловые протезы (цирконий или керамика E-max).

Диоксид циркония

Циркониевые коронки — это стоматологические протезы премиум класса из современного материала, который относится к безметалловой керамике.

Оксид циркония (ZrO_2) состоит из биосовместимых бесцветных кристаллов высокой прочности. Рассчитаны на серьезные жевательные нагрузки, внешний вид приближен к натуральному зубу. После установки не возникают аллергические реакции, воспаления десен.

Виды циркониевых коронок

Цирконий с фарфоровым покрытием

Коронки с цельноциркониевым каркасом высокой прочности, керамическое покрытие создает достойный уровень эстетики. Протез устанавливается в области передней группы (резцы, клыки, премоляры) на верхней и нижней челюсти. Слабое место конструкции — граница между каркасом и фарфоровой облицовкой. В результате со временем связь между материалами слабеет, возможны сколы керамики.

Когда применяют: любые реставрации.

Монолитные (цельноциркониевые)

Изготавливаются на ЧПУ станке по индивидуальной 3D модели челюсти пациента (технология CAD/CAM). В чистом виде диоксид имеет повышенную прочность, неестественный белый цвет.

Последние несколько лет в современной стоматологии применяется инновационный монолитный цирконий Multi-layer с многоуровневой прозрачностью. Структура этого материала точно имитирует здоровый зуб (наименьшая прозрачность у шейки и корня, более светлый оттенок у края резца или моляра). Multi-layer не уступает по прочности и эстетике керамике E-max, но обойдется дороже классического циркония.

Когда применяют:

цельноциркониевые — Рекомендуют устанавливать только на жевательные зубы, имплантат или как мостовидный протез (если отсутствует до 5 зубных единиц);

CAD/CAM Мультилейер — возможна реставрация фронтальной группы зубов.

Диоксид циркония: за и против

Достоинства

Самый прочный материал, устойчив к усиленной жевательной нагрузке.

Полностью биосовместимый.

Подходит для протезирования всех зубных единиц. Сошлифовка зубной ткани минимальна.

Срок службы до 20 лет.

ОСОБЕННОСТИ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗОВ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ

Ботиржонов.Р.Б., студент 103А группы стом ТГСИ

Научный руководитель: Турсунбаева И.Ф., ассистент кафедры

Пропедевтика ортопедической стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: Ортопедическая стоматология 21 века отличается высокими требованиями к эстетическим аспектам зубного протезирования. В связи с этим все более широкое распространение получают зубные протезы из керамических материалов на основе диоксида циркония. Это особый вид керамики, не содержащий стеклофазы, поэтому традиционная методика кислотного травления для надежной адгезивной фиксации керамических коронок в случае диоксида циркония не применима.

Цель: настоящего исследования явилось изучение особенностей фиксации протезов из диоксида циркония по данным доступной литературы.

Материалы и методы: Анализ частоты публикаций показывает продолжительный интерес к проблеме фиксации реставраций из диоксида циркония, который остается до настоящего времени. Помимо исследования повышения прочности адгезии полимера к керамике исследовалась также ее долговечность. Долговечность адгезии между оксидциркониевой керамикой и полимером изучена во многих работах, и она зависит от способа обработки поверхности диоксида циркония. Все химические методы улучшения адгезии можно условно разделить на 2 группы: нанесение силикатного покрытия различными способами (выборочное инфильтрационное травление [1], пирохимический метод [2], осаждение паров магнетронного распыления [3],) и нанесение сшивающих химических агентов (бифункциональные праймеры для диоксида циркония) 10MDP (10- метакрилоксидецилдигидрогенфосфат) и другие мономеры, силаны). По данным изученной литературы, адгезия систем, в состав которых входят фосфатные мономеры, является более надёжной, чем кремнезёмистое и силановое покрытие диоксида циркония [4]. Установлено, что мономер MDP повышает прочность адгезии полимерного цемента к диоксиду циркония за счёт образования химических связей ($P=O$, $OH=Zr$), а также ионных связей.

Заключение: Мономер MDP является на сегодняшний день наилучшим агентом для надежной фиксации протезов из диоксида циркония. Вопрос повышения адгезии полимерного цемента к диоксиду циркония и увеличения долговечности фиксации, несмотря на многогранные исследования, остается

открытым. Новые методы подготовки поверхности оксидциркониевой керамики дают возможность повышения прочности связи между полимером и диоксидом циркония, однако, пока они являются дорогостоящими и труднотупными для большинства потребителей. Ни один из инновационных способов не работает без использования MDP–содержащего праймера.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ НЕПРЯМЫХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ

Вахабова С.Д., студентка 301 С группы факультета Детской стоматологии

*Научный руководитель: Зиядуллаева Н.С., профессор кафедры
Факультетской ортопедической стоматологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

В наши дни так называемая «голливудская улыбка» все чаще являются приоритетным желанием пациента, и при наилучшем исходе, свидетельством высокой квалификации врачей-стоматологов, которые проводят эстетическую реставрацию зуба. Эстетическая реставрация направлена на восстановление целостности коронковой части зуба, его натурального цвета, размера и формы. Показания могут быть абсолютно разнообразны, начиная от существенных дефектов зубов вследствие механического повреждения или наличия обширной кариозной полости, заканчивая просто желанием пациента иметь идеальный зубной ряд и идеально белоснежные зубы.

Как говорится, спрос рождает предложение, благодаря чему на сегодняшний день имеется большой выбор эстетических материалов для не прямой реставрации. Однако, к большому сожалению, в погоне за эстетикой молодые специалисты все чаще допускают ятрогенные ошибки, которые в последующем приводят к проблемам в зубочелюстной системе пациентов.

Целью нашего исследования является анализ наиболее распространённых ошибок, которые допускают врачи-ортопеды при установке различных видов эстетических зубных протезов.

Результаты исследования. Ретроградный анализ позволил нам определить наиболее часто встречающиеся жалобы пациентов после реставрации эстетическими видами зубных протезов:

- расцементировывание и дестабилизация искусственных коронок;
- появление синюшности в области маргинальной десны;
- сколы керамической массы;
- не соответствие цвета конструкции цвету естественного зуба;
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Расцементировывание и дестабилизация искусственных коронок чаще всего возникает из-за недостаточной ретенции. Причиной тому является чрезмерное препарирование опорных коронок. Часто такая ошибка возникает при

изготовлении металлокерамических коронок с целью обеспечить большее пространство для керамической массы. Это обусловлено желанием врача обеспечить прозрачность режущего края.

Нередко пациенты жалуются на появление «синего ободка» в области маргинальной десны. Часто пациенты, да и сами врачи, объясняют этот факт просвечиванием и коррозией металла под керамикой в металлокерамических коронках. Однако причиной является недостаточное создание уступа в пришеечной области. Всегда следует помнить, что целью препарирования является обеспечение пространства для будущей конструкции. Поскольку минимальная толщина металлокерамической коронки, адекватной для восприятия жевательного давления и обеспечения эстетической функции, 1,0 мм, именно на такую глубину следует создать уступ. В противном случае, «лишняя» часть протеза будет давить на десну. В результате, в маргинальных тканях нарушается кровообращение, появляются застойные явления, что визуально проявляется синюшностью.

Сколы керамической массы являются довольно частой жалобой пациентов. Возникают они по нескольким причинам. Ошибка возникает на этапе снятия слепков, когда нет чёткого отображения линии уступа на слепке в следствие недостаточной ретенции десны. При выявлении данного факта на этапе примерки каркаса протеза, что проявляется несоответствием края каркаса и уступа зуба, врачи зачастую просят техников скрыть дефект искусственной коронки путем наслоения керамической массы. Однако в последствии именно в этом месте происходит скол керамики.

Причиной скола керамики на окклюзионной поверхности зуба является не правильное определение центральной окклюзии. Нередко врачи и вовсе не считают необходимым определять центральную окклюзию пациента при изготовлении одиночных коронок. Помните, что искажения в 0,2-0,5 мм, которые визуально не заметны в полости рта при определении центральной окклюзии, приведет впоследствии к стачиванию керамического слоя, что сделает его невосприимчивым к восприятию адекватного жевательного давления.

Еще одной причиной сколов является неправильный выбор эстетического материала. При выборе конструкционного материала следует учитывать, какую силу на сжатие может он воспринимать. К примеру, полевошпатная керамика может выдержать всего 50-60 МПа, тогда как прессованная керамика – до 150 МПа, металлокерамика – 400-500 МПа, а диоксид циркония – до 900 МПа.

Важным критерием при выборе материала для протеза является степень истираемости материала, что особенно актуально при наличии у пациента патологической стираемости или парафункций. Не учитывание данного фактора может привести к усугублению патологического процесса или появлению различного рода дисфункций височно-нижнечелюстного сустава.

И наконец, следует помнить, что не только цвет эстетической конструкции обеспечивает естественный вид, но также прозрачность и степень флюоресценции конструкционного материала.

Выводы. Изготовление каждого вида зубного протеза имеет свои

показания, противопоказания, особенности клинико-лабораторных этапов, несоблюдение которых приводит к неуспешности ортопедического лечения. Всегда следует помнить, что «функция не должна приноситься в жертву, а должна служить фундаментом эстетике».

ИНГИБИРОВАНИЕ РОСТА БИОПЛЕНКИ CANDIDA ALBICANS НА МАТЕРИАЛАХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕЛЕНОСОДЕРЖАЩЕГО ГЕРМЕТИКА

Далимова Д.Ю. студентка 404 А гр. МО ТГСИ

Научный руководитель: Алиева Н.М. к.м.н., доцент кафедры пропедевтика ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность

Протезный стоматит – хроническое заболевание, выражающееся воспалительными изменениями слизистой в области базиса зубного протеза. На данный момент по статистике его распространенность среди пациентов составляет 15-70%. Доказано, что образование биопленок *Candida albicans* коррелирует с развитием данного заболевания. Использование противогрибковых препаратов оказывает кратковременное действие с последующим образованием резистентности. Селеноорганические соединения являются биоинертным материалом и обладают выраженным антиоксидантным, противовоспалительным и анальгезирующим действием, используются в качестве противовирусных, антибактериальных и противогрибковых агентов.

Цель

Изучить эффективность использования селеноорганических соединений для ингибирования биопленки *C.albicans* на поверхности базисов акриловых зубных протезов.

Материалы и методы

В данном исследовании 60 образцов из полиметилметакрилата были разделены на 4 группы (n = 15):

- 1 – образцы покрыты светоотверждаемым герметиком, содержащим селеноорганические соединения (DenteShield);
- 2 – образцы пропитаны 0,5% селеноорганическим раствором;
- 3 – образцы пропитаны 1% селеноорганическим раствором;
- 4 – контрольная группа (образцы из полиметилметакрилата без селеноорганических соединений).

Выводы

Селеноорганические соединения обладают способностью ингибировать рост биопленки *Candida albicans* как в составе базиса акрилового зубного протеза, так и при нанесении на его поверхность, предотвращая развитие протезного стоматита.

Заключение

Применение селеноорганических соединений в стоматологической ортопедии является перспективным способом профилактики развития протезного стоматита.

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, 24, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, 10, 85–92. [CrossRef] [PubMed]
3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, 38, 286–294. [CrossRef]
4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, 20, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИКУСА

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования

Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Поёнова Г.М. 402 С стом

Введение. Искусственный интеллект применяется во многих сферах стоматологии и ортодонтия не стала исключением. Исправление прикуса для каждого пациента проходит по индивидуальному плану, предполагающему применение ортодонтической системы. Выбрать оптимальный вариант, изготовить саму конструкцию, а также спрогнозировать результат, помогают цифровые технологии. Есть программы, которые рассчитывают, каким образом будут смещаться зубы и их направление, а также на основании имеющихся данных автоматически формируют необходимые параметры для изготовления последующего ортодонтического аппарата. Один из таких является **индивидуальная брекет-система insignia.**

Система Insignia разработана компанией Ormco (США) и активно внедряется в современную ортодонтическую практику в последние годы. Брекет-система Insignia (Инсигния) – это не отдельный вид брекет-системы, это специальная CAD/CAM технология, включающая в себя компьютерную программную систему и производственную базу – лабораторию, которая позволяет сначала моделировать на компьютере, а затем производить сверхточные индивидуальные брекет-системы, созданные для конкретного

пациента.

Цель. Основная цель Insignia - это обеспечить максимально индивидуализированный подход к каждому пациенту. Система учитывает уникальные анатомические особенности, а также цели лечения каждого человека.

Методика исследования. Для исследования была использована выборка из 40 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с диагностированной классом II аномалией прикуса по Энгло. Пациенты были случайным образом разделены на две группы: контрольную (20 человек) и экспериментальную (20 человек).

Контрольная группа: пациенты в этой группе проходили стандартные методы лечения класса II аномалии прикуса, включая использование обычных брекетов и проволоки.

Экспериментальная группа: пациенты лечились с использованием системы Insignia, которая предоставляет индивидуализированные планы лечения на основе 3D сканирования зубов и челюсти.

Методы оценки: Перед началом лечения и после его завершения у всех пациентов проводилось 3D сканирование зубов и челюсти для анализа результатов. Оценка точности и предсказуемости движения зубов по плану лечения с использованием системы Insignia. Анкеты и опросы, направленные на оценку удовлетворенности пациентов от процесса лечения и результатов.

Результаты. Точность коррекции прикуса: Экспериментальная группа, лечившаяся с помощью системы Insignia, показала более точное и предсказуемое движение зубов по плану лечения. Средний процент отклонения от запланированного положения зубов составил 1.5% в экспериментальной группе и 3.8% в контрольной группе. Время лечения: Среднее общее время лечения в экспериментальной группе с использованием системы Insignia составило 12 месяцев. В контрольной группе, лечившейся стандартными методами, среднее время лечения составило 18 месяцев. Удовлетворенность пациентов: 85% пациентов в экспериментальной группе выразили высокую удовлетворенность от процесса лечения и результатов. В контрольной группе этот показатель составил 65%.

Выводы. Использование системы Insignia в лечении класса II аномалии прикуса у пациентов среднего возраста позволило добиться более точной и предсказуемой коррекции прикуса. Пациенты, лечившиеся с помощью Insignia, имели более короткие сроки лечения и выражали более высокую удовлетворенность результатами по сравнению со стандартными методами лечения.

Литература.

4. Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomaliyalari va deformatsiyalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil 340 bet.

5. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.

6. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОЙ КАРКАСНО-ШТИФТОВОЙ ШИНЫ-ПРОТЕЗА В СТОМАТОЛОГИИ

Ирханов М.М.-ассистент кафедры пропедевтики ортопедической
стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Алимов У.-ассистент кафедры пропедевтики ортопедической
стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт

Расулова М. ординатор 1 курс кафедры пропедевтика ортопедической
стоматологии.

Актуальность темы: Универсальная каркасно-штифтовая шина-протез отличается от известных тем, что она состоит из цельного каркаса, напоминающего собой балку, с отверстиями для независимых штифтовых элементов крепления и используется для шинирования как фронтальных, так и боковых групп зубов.

ЦЕЛЬ: Воспалительные процессы в периодонте по-прежнему являются одной из наиболее сложных форм стоматологической патологии. Для купирования воспаления и ликвидации деструктивного процесса необходима мобилизация целого арсенала терапевтических, хирургических и ортопедических методов лечения. Избирательное пришлифовывание, шинирование и протезирование позволяют нормализовать функциональную окклюзию, равномерно распределить жевательное давление и восстановить нарушенное функциональное равновесие. Стремление максимально сохранить естественную целостность зубного ряда, состоящего из зубов с разной степенью подвижности и одновременно обеспечить длительный срок службы шины-протеза (и возможность его починки) затрудняет планирование и делает недостаточным выбор традиционных видов постоянных конструкций

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: По мнению большинства авторов, несъемные шины обладают большим лечебным эффектом, чем съемные, потому что фиксируют зубы как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскостях.

Частичную потерю зубов при заболеваниях периодонта многие авторы рассматривают как тяжелое осложнение, обусловленное развитием дополнительной функциональной перегрузки. При этом заболевание часто обостряется, имеет более быстрое течение и при отсутствии соответствующего лечения наступает разрушение зубных рядов.

Среди несъемных постоянных конструкций наиболее надежной признана коронковая шина (или шина-протез, если она еще и восстанавливает дефект зубного ряда), основным фиксирующим элементом которой служит коронка. Но металлические необлицованные конструкции несъемных протезов (равно как и цельнолитые конструкции съемных протезов) могут оказывать различные патологические воздействия на зубочелюстную систему.

При изготовлении протезов из неблагородных металлов в слюне обнаруживается избыток их ионов. Концентрация этих металлов увеличивается с увеличением количества зубных единиц и длительности пользования протезом.

Покрытие цельнолитого металлического каркаса несъемной шины керамической массой решает многие проблемы, связанные с присутствием в полости рта металла, так как керамическая облицовка биологически инертна и на ее глазурованной поверхности условия для колонизации зубной бляшки неблагоприятны. Вместе с тем, у этого вида конструкций есть собственные недостатки

Методика применения универсальной каркасно-штифтовой шины-протеза позволяет использовать предлагаемую ортопедическую конструкцию в различных клинических ситуациях, получая при этом хороший эффект протезирования. Являясь универсальной для любого вида стабилизации, шина обеспечивает надежную фиксацию и передачу жевательной нагрузки по оси зуба. Анализ экспериментальных голографических исследований напряженно-деформационного состояния альвеолярной кости подтверждает равномерность распределения жевательной нагрузки на шинированные ею зубы и повышает положительный эффект клинического применения. Методика объединяет использование как традиционных для ортопедической стоматологии металлов, так и современных стекловолоконных и фотополимерных материалов. Это обстоятельство обеспечивает хорошую эстетику и упрощает реставрацию при починке. Благодаря конструктивным особенностям и надежному внутризубному креплению не увеличивается объем шинируемых зубов, остается привычной их форма, открытым краевой периодонт, исключая его травмирование, облегчая гигиену и местную терапию.

Обсуждение: отметим, что по поводу депульпирования зубов при заболевании периодонта есть и противоположная точка зрения, согласно которой удаление пульпы оказывает положительное влияние на периодонт, выражающееся в уменьшении подвижности зубов и стабилизации процесса резорбции костной ткани в более короткие сроки. Выбор любой шинирующей конструкции сопряжен с решением вопроса о сохранении или удалении отдельных зубов, определением выносливости периодонта каждого зуба и его способности противостоять разнонаправленным составляющим жевательной нагрузки. Необходимо учитывать также возможность негативного влияния самой конструкции на течение патологического процесса.

Результат: Для определения общей картины деструкции костной ткани и выявления стабилизации процесса проводили ортопантомографию. Метод рентгенодиагностики не всегда дает точные сведения о степени деструкции, так

как на рентгеновских снимках не определяются вестибулярные и оральные поверхности, у которых деструкция костной ткани может быть гораздо больше, чем на апроксимальных. Точнее степень деструкции можно определить путем измерения глубины периодонтальных карманов, которую определяли при помощи пародонтологического градуированного зонда. Измерение проводили у четырех поверхностей зуба: апроксимально-дистальной, вестибулярной, апроксимально-медиальной, оральной. Наибольшее значение заносили в одонтопародонтограмму.

Степень подвижности зубов определяли при помощи пинцета по следующей оценочной шкале: 0 — физиологическая подвижность; 1 — видимое смещение зуба в вестибулярную и оральную сторону; 2 — смещение зуба в двух направлениях в вестибуло-оральном и медио-дистальном; 3 — смещение зуба в трех направлениях — вестибулооральном, медио-дастальном и вертикальном; 4 — возможны вращательные движения зуба.

Определение гигиенических индексов проводили согласно соответствующим методическим разработкам.

Литература: Наумович С. А., Дрик Ф.Г., Пархамович С.Н. // Соврем. стоматология. — 2006. — №2.; Наумович С. А., Дрик Ф.Г., Пархамович; С.Н.Методика ортопедического лечения заболеваний пародонта с применением несъемной универсальной каркасно-штифтовой шины-протеза. Инструкция к применению. — Минск, 2006. — С. 1–6.; Попков В.Л. Повышение эффективности ортопедического и медикаментозного лечения пародонтитов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Краснодар, 1999. — 20 с. Грудянов А.И., Стариков Н.А. // Новое в стоматологии. — М., 1999. — №4. — С. 3–18.; Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. — М.: «Триада – Х», 1998. — 175 с.; Максимовский Ю.М.// Врач. — 1993. — №6 — С. 35–36.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ АНАЛОГОВЫМ И ЦИФРОВЫМ МЕТОДАМИ.

Исламов Ж.З. студент 403 гр. БС фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Закирова Х.Х., к.м.н., ассистент кафедры
факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность.

В современной стоматологии в связи с развитием и широким распространением цифровых технологий, в частности, в съемном зубном протезировании, становится необходимым понимание всех преимуществ и недостатков аналоговых методов изготовления, существующих на данном этапе развития, для дальнейшей модернизации процессов изготовления полных съемных зубных протезов. Переход к полностью цифровому протоколу может

позволить упростить технологию изготовления полных съемных зубных протезов, а также сократить их время изготовления. На сегодняшний день существуют аналоговые и цифровые методы изготовления полных съемных зубных протезов. К современным цифровым методам изготовления полных съемных протезов относятся аддитивные технологии (прототипирование) и субтрактивные (фрезерование). Первый метод характеризуется изготовлением протезов на 3D-принтере с использованием светочувствительной жидкой смолы. Для второго метода определяющим является изготовление протезов на фрезерном станке, отдельно базиса и зубов из дисков ПММА.

Целью нашего исследования является анализ данных касательно изготовления, материалов, свойств и положительных качеств современных методов изготовления полных съемных зубных протезов посредством проведения обзора литературы.

Результаты исследования. Ретроградный анализ позволил нам определить преимущества и недостатки аналогового и цифрового методов изготовления полных съемных пластиночных протезов. Их определяли с помощью следующих аспектов:

- количество посещений;
- возможность использования в различных клинических ситуациях;
- количество остаточного мономера на поверхности протезов;
- точность протезов;
- хранение информации в базе данных;
- получение оттисков протезного ложа;
- стоимость изготовления.

Количество посещений имеет не важную роль как для пациента, так и для врача. Аналоговые методы характеризуются изготовлением полных съемных протезов в течение пяти клинических этапов: снятие анатомических оттисков, снятие функциональных оттисков, регистрация взаимоотношений челюстей, нанесение ориентиров на восковые шаблоны, пробное размещение воскового зубного протеза и припасовка готовых протезов. Цифровые методы позволяют сократить количество посещений от 2 до 4, что экономит время как врача, так и пациента. Существуют различные CAD/CAM-системы для фрезерования, позволяющие изготовить полные съемные протезы, исключая дополнительные посещения.

Аналоговые методы, хотя и имеют более высокую разрешающую способность, позволяя осуществлять изготовление протезов практически при любых клинических условиях, по точности уступают цифровым методам.

Преимуществами цифровых методов изготовления относительно аналоговых являются: повышение качества изготовленных протезов за счет автоматизированного производства, возможность повторного использования данных, полученных в ходе обследования, что в случае утери или поломки протеза позволяет изготовить новый без повторного прохождения пациентом всех этапов, а также относительная быстрота за счет сокращения количества посещений врача пациентом, но это относительно положительная

характеристика, как описано в исследованиях G. Bonnet и соавт. и A.F. Mendonca и соавт., качество таких протезов за счет неточных измерений и отсутствия прототипов или временных протезов резко падает. В таблице представлены достоинства и недостатки цифровых методов относительно аналоговых.

Также стоит отметить одну из проблем цифрового метода изготовления полного съемного пластиночного протеза — это невозможность получения оптического оттиска непосредственно полости рта. Технологии еще не достигли совершенства в получении оптических оттисков из-за невозможности точной передачи рельефа беззубой челюсти, а также современные сканеры не могут определять степень податливости слизистой, что на данный момент не может заменить классических альгинатных оттисков.

Касательно свойств материалов, на основе которых изготавливаются протезы, были найдены исследования, сравнивающие ПММА для методов аналогового и фрезерования. На основе этих данных можно заключить, что у материала, используемого при фрезеровании, прочность на изгиб и количество остаточного мономера ниже, чем у аналогового, в то время как модуль упругости и твердость выше, что делает предпочтительным использование материалов для фрезерования и дает преимущество перед материалами, которые используются при аналоговых методах изготовления. Исследований, связанных со сравнением материалов для аддитивной технологии с другими технологиями, проведено не было.

Выводы. Таким образом, по результатам анализа литературы можно сделать заключение, что в настоящее время цифровые технологии дают огромные возможности в улучшении определенных качеств протеза. Однако, она не лишена недостатков и нерешенных вопросов, которые не дают перейти к полностью цифровому протоколу изготовления полных съемных протезов, то есть сейчас современные методы изготовления сводятся к заимствованию технологий из цифровых и аналоговых методов изготовления

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ АНАЛОГОВЫМ И ЦИФРОВЫМ МЕТОДАМИ.

Исламов Ж.З. - студент 4-го курса Ташкентского государственного стоматологического института

Научный руководитель: Закирова Х.Х., к.м.н., ассистент кафедры факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института

Актуальность.

В современной стоматологии в связи с развитием и широким распространением цифровых технологий, в частности, в съемном зубном протезировании, становится необходимым понимание всех преимуществ и недостатков аналоговых методов изготовления, существующих на данном этапе

развития, для дальнейшей модернизации процессов изготовления полных съемных зубных протезов. Переход к полностью цифровому протоколу может позволить упростить технологию изготовления полных съемных зубных протезов, а также сократить их время изготовления. На сегодняшний день существуют аналоговые и цифровые методы изготовления полных съемных зубных протезов. К современным цифровым методам изготовления полных съемных протезов относятся аддитивные технологии (прототипирование) и субтрактивные (фрезерование). Первый метод характеризуется изготовлением протезов на 3D-принтере с использованием светочувствительной жидкой смолы. Для второго метода определяющим является изготовление протезов на фрезерном станке, отдельно базиса и зубов из дисков ПММА (полиметилметакрилата) и последующим склеиванием их при помощи специального бонда на примере Ivoclar Vivadent (Wieland Digital Denture), либо фрезерование монолитной конструкции на примере AvaDent Digital Denture.

Целью нашего исследования является анализ данных касательно изготовления, материалов, свойств и положительных качеств современных методов изготовления полных съемных зубных протезов посредством проведения обзора литературы.

Результаты исследования. Ретроградный анализ позволил нам определить преимущества и недостатки аналогового и цифрового методов изготовления полных съемных пластиночных протезов. Их определяли с помощью следующих аспектов:

- количество посещений;
- возможность использования в различных клинических ситуациях;
- количество остаточного мономера на поверхности протезов;
- точность протезов;
- хранение информации в базе данных;
- получение оттисков протезного ложа;
- стоимость изготовления.

Количество посещений имеет не важную роль как для пациента, так и для врача. Аналоговые методы характеризуются изготовлением полных съемных протезов в течение пяти клинических этапов: снятие анатомических оттисков, снятие функциональных оттисков, регистрация взаимоотношений челюстей, нанесение ориентиров на восковые шаблоны, пробное размещение воскового зубного протеза и припасовка готовых протезов. Цифровые методы позволяют сократить количество посещений от 2 до 4, что экономит время как врача, так и пациента. Существуют различные CAD/CAM-системы для фрезерования, позволяющие изготовить полные съемные протезы, исключая дополнительные посещения. Такими системами являются Ivoclar Vivadent — включает 4 посещения пациента, цифровые системы, как AvaDent, так и Whole You Nexteeth позволяют изготавливать зубные протезы за 3 (включая наложение прототипов) или 2 (без прототипов) посещения. Baltic Denture System предусматривает полное изготовление протезов за 2 посещения, VITA VIONIC представляет собой систему, позволяющую выбирать между различными

протоколами лечения.

Аналоговые методы, хотя и имеют более высокую разрешающую способность, позволяя осуществлять изготовление протезов практически при любых клинических условиях, по точности уступают цифровым методам.

Преимуществами цифровых методов изготовления относительно аналоговых являются: повышение качества изготовленных протезов за счет автоматизированного производства, возможность повторного использования данных, полученных в ходе обследования, что в случае утери или поломки протеза позволяет изготовить новый без повторного прохождения пациентом всех этапов, а также относительная быстрота за счет сокращения количества посещений врача пациентом, но это относительно положительная характеристика, как описано в исследованиях G. Bonnet и соавт. и A.F. Mendonca и соавт., качество таких протезов за счет неточных измерений и отсутствия прототипов или временных протезов резко падает. В таблице представлены достоинства и недостатки цифровых методов относительно аналоговых.

Также стоит отметить одну из проблем цифрового метода изготовления полного съемного пластиночного протеза — это невозможность получения оптического оттиска непосредственно полости рта. Технологии еще не достигли совершенства в получении оптических оттисков из-за невозможности точной передачи рельефа беззубой челюсти, а также современные сканеры не могут определять степень податливости слизистой, что на данный момент не может заменить классических альгинатных оттисков. На данном технологическом уровне могут быть отсканированы оттиски, восковые валики или модели, что делает необходимым участие лаборатории в создании протезов данного вида. Стоит отметить существующие технологии моделирования на основе сканов лица, что помогает более детально понять клиническую ситуацию и лучше спланировать ход лечения.

Касательно свойств материалов, на основе которых изготавливаются протезы, были найдены исследования, сравнивающие ПММА для методов аналогового и фрезерования. На основе этих данных можно заключить, что у материала, используемого при фрезеровании, прочность на изгиб и количество остаточного мономера ниже, чем у аналогового, в то время как модуль упругости и твердость выше, что делает предпочтительным использование материалов для фрезерования и дает преимущество перед материалами, которые используются при аналоговых методах изготовления. Исследований, связанных со сравнением материалов для аддитивной технологии с другими технологиями, проведено не было. Известно, что при 3D-печати возможно смешивать различные пластмассы, комбинируя эти пластмассы на основе бис-ЭМА (этоксигированный бисфенол А-диметакрилат), аналог бис-ГМА, без гидроксильной группы, УДМА (уретан диметилакрилат), ТЭГДМА (диметакрилат триэтиленгликоля), можно добиться свойств, практически не уступающим свойствам пластмасс, используемых при фрезеровании, что позволяет достигать удовлетворительных результатов лечения.

Выводы. Таким образом, по результатам анализа литературы можно сделать заключение, что в настоящее время цифровые технологии дают огромные возможности в улучшении определенных качеств протеза. Однако, она не лишена недостатков и нерешенных вопросов, которые не дают перейти к полностью цифровому протоколу изготовления полных съемных протезов, то есть сейчас современные методы изготовления сводятся к заимствованию технологий из цифровых и аналоговых методов изготовления. Выбор метода зависит не только от опыта врача, но и от оборудования стоматологического кабинета, зуботехнической лаборатории и подручных материалов, а также, как описано выше, от клинической ситуации.

ОТТИСКНАЯ ЛОЖКА С УДАЛЯЕМЫМИ СЕГМЕНТАМИ

Касимова Н.А., студент 103А группы стом ТГСИ

*Научный руководитель: Турсунбаева И.Ф., ассистент кафедры
Пропедевтика ортопедической стоматологии Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан*

Актуальность темы: На сегодняшний день невозможно представить ортопедическую стоматологию, без процесса снятия слепка. Для точного снятия слепка, стоматолог ортопед при диагностике должен, учесть все особенности зубного ряда пациента, а также суметь подобрать слепочный материал и слепочную ложку которые будут оптимальными при данном клиническом случае. В современной медицине существует несколько типов оттисковых ложек, из которых каждая имеет свои особенности и применение.

Цели и задачи: Изучить положительные и отрицательные качества оттисковых ложек с удаляемыми сегментами «Joker» и их роль в ортопедической стоматологической практике.

Классификация слепочных ложек: Бывают стандартными и индивидуальными, гладкие, перфорированные, с канатом по бортику, для верхней и нижней челюсти, для фронтальных зубов, для жевательных зубов, с удаляемыми сегментами и т.д. Металлические ложки могут быть цельнолитыми без перфораций и с перфорациями. Пластмассовые же ложки выпускаются, как правило, с перфорациями.

Обсуждение: Стоматологические оттисковые ложки должны соответствовать определенным требованиям: высокой точности оттиска, удобства использования, гигиеничности и безопасности как для пациента, так и для стоматолога. Важно, чтобы они были изготовлены из материалов, не вызывающих аллергических реакций и не содержащих токсических веществ. Также они должны быть стерильными и удобными в использовании. В практике

стоматолога-ортопеда всегда возникает вопрос: как сделать отверстие в оттисковой ложке для слепочного трансфера зубного имплантата? Чаще всего, врач берет прямой наконечник с фрезой и в пластиковой ложке в нужном месте сверлит отверстие. Эта манипуляция сопровождается достаточно мерзким звуком, и мусором в виде опилок на полу и руках врача. И в добавок ко всему, я часто вижу испуганные глаза пациента, наблюдающего это действие. То есть, к его, итак, некомфортному пребыванию в стоматологическом кресле добавляется дополнительное переживание. Именно для таких ситуаций используются ложки с удаляемыми сегментами. Ложки с удаляемыми сегментами также используются в случаях, когда необходимо снимать отпечатки сложных зубных рядов с наличием дуг и элайнеров, для слепочного трансфера зубного имплантата, либо когда невозможно получить доступ к задним зубам. Слепочная ложка с удаляемыми сегментами под названием «Joker» изготовлена из прочного полистирола который абсолютно безвреден как для самого пациента так и для стоматолога ортопеда. Ложка изготовленная из прозрачного материала для определения сквозь нее позиции трансферов при примерке в полости рта пациента. Так же особенность и эргономичность данной модели заключается в том что форма ложки повторяет анатомические кривые Шпее. Ложка имеет особенности своего строения. Дно слепочной ложки с удаляемыми сегментами «Joker» разделено на 14 сегментов. Каждый из этих сегментов крепится к телу ложки с одной стороны истонченным ребром, с другой двумя тонкими перемычками. Данный инструмент лёгок в применении. Вставляя тонкий инструмент, например стоматологическую дистальную гладилку, в отверстие между перемычками, можно легко выломать нужный сегмент за несколько секунд. Данная манипуляция сопровождается без достаточно мерзких звуков, и мусора в виде опилок на полу и руках врача. И в добавок ко всему, данная манипуляция не отпугивает пациента. То есть обеспечивает комфортное пребывание пациента в стоматологическом кресле, а также сокращает время процедуры и уменьшает затрату энергии для самого врача. Для облегчения запоминания нужного сегмента после примерки в полости рта, на сегментах есть полусферические метки. Размер указан на ручке ложки с удаляемыми сегментами римской цифрой. Стоит отметить, что медицина никогда не стоит на месте и развивается. На данный момент современная медицина дошла до того что уже можно изготавливать ортопедические зубные протезы без применения слепочных масс, используя интраоральные камеры. Но так как цена данных цифровых технологий слишком велика по данной причине применение их не так широко развито. Может в дальнейшем, настанут времена стоматологии без слепков... но сейчас, в реалиях нашего времени, можно пользоваться с удовольствием такими оттисковыми ложками как «Joker».

Вывод: Изложенная информация о новой оттисковой ложке стала ответом на проблему, с которой сталкиваются стоматологи-ортопеды при создании отверстий для слепочного трансфера зубного имплантата. Традиционный метод использования стоматологической бормашины для

сверления отверстий часто вызывает дискомфорт у пациентов из-за звука и создания мусора. Разработанная оттискная ложка «Joker» представляет удобное и инновационное решение этой проблемы. Эта инновационная оттискная ложка предоставляет стоматологам возможность улучшить комфорт пациентов и упростить процесс работы, повышая эффективность и качество стоматологических процедур. Используя ее в работе, действительно испытываешь комфорт и удовольствие.

РАЗЛИЧИЕ CrCo И CrNi СПЛАВОВ

Кобилова Донахон . студентка 102А гр. ТГСИ

*Научный руководитель Меликозиев Т.Ш: ассистент кафедры
пропедевтика ортопедической стоматологии.*

*Ташкентский государственные стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность. **Хромокобальтовые** сплавы применение этих сплавов обусловлено низкой плотностью, высоким модулем упругости, хорошей текучестью в жидком состоянии, высокой стойкостью к окислению и коррозии. Тем не менее, кобальт-хромовый сплав, точнее его компоненты, могут вызывать у некоторых людей токсические или аллергические реакции.

Хромоникелевые сплав из-за достаточного введения никеля в хромистую сталь переводит ее в аустенитное состояние, что обеспечивает лучшие механические свойства, а также делает ее более устойчивой к коррозии.

Цель. Узнать и получить информацию, почему мы используем хромокобальтовые и хромоникелевые сплавы и для чего

Материалы и методы. Никель-хромовый сплав предназначен для применения в ортопедической стоматологии при изготовлении металлокерамических литых одиночных коронок, нагруженных мостов, а также других металлических элементов зубных протезов в условиях стоматологических поликлиник. Изготавливается в виде слитков.

Химический состав: Никель - 63%; хром - 25%; молибден - 10%; марганец, кремний, железо – остальное

Хромокобальтовые предназначен для применения в ортопедической стоматологии при изготовлении цельнолитых высоконагруженных съемных бюгельных протезов, шинирующих аппаратов, а также кламмеров и мостов. Изготавливается в виде слитков

кобальт - 66%, хром - 28%, молибден - 5%, марганец, кремний, углерод - остальное

Заключение

Благодаря хорошим литейным и антикоррозийным свойствам сплава были попытки его использования в челюстно-лицевой хирургии при остеосинтезе, в ортопедической стоматологии — для изготовления каркасов цельнолитых мостовидных и дуговых (бюгельных) протезов, литых базисов к съемным протезам всевозможных шинирующих конструкций в комплексном лечении

заболеваний пародонта. Но высокая температура плавления вызывает необходимость при отливках применять формы из огнеупорных формовочных материалов. Ввиду того, что цельнолитые бюгельные протезы из этих сплавов являются более совершенным видом съемных протезов, чем пластиночные, на технологии их изготовления

Использованная литература:

1. Davidowitz G, Kotick PG. The use of CAD/CAM in dentistry. Dent Clin North Am. 2011 Jul;55(3):559-70, ix. doi: 10.1016/j.cden.2011.02.011. PMID: 21726690.
2. Chang YY. Maximizing esthetic results on zirconia-based restorations. Gen Dent. 2011 NovDec;59(6):440-5; quiz 446-7. PMID: 22313915.
3. Agustín-Panadero R, Román-Rodríguez JL, Ferreiroa A, Solá-Ruiz MF, Fons-Font A. Zirconia in fixed prosthesis. A literature review. J Clin Exp Dent. 2014;6(1):e66-e73. Published 2014 Feb 1. doi:10.4317/jced.51304.
4. Choi YS, Kim SH, Lee JB, Han JS, Yeo IS. In vitro evaluation of fracture strength of zirconia restoration veneered with various ceramic materials. J Adv Prosthodont. 2012 Aug;4(3):162-9. doi: 10.4047/jap.2012.4.3.162. Epub 2012 Aug 28. PMID: 22977725; PMCID: PMC3439627.

**ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ И МОРФОЛОГИИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ С ПЕРЕДНИМ
ОТКРЫТЫМ И ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ**

Кодирова С.У., магистр 1 курс, ТГСИ

*Научный руководитель: Арипова Г.Э., доцент кафедры Ортодонтии и
зубного протезирования*

*Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., ассистенты кафедры Ортодонтии и зубного
протезирования*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Височно-нижнечелюстной сустав с соответствующими анатомическими структурами считается одним из наиболее уникальных и важных компонентов жевательной системы, и его функция имеет решающее значение для поддержания правильной окклюзии и стабильной стоматогнатической системы. Поскольку ВНЧС способен к ремоделированию, морфологические и позиционные изменения считаются адаптивным ответом на функциональные и механические воздействия. По мнению многих авторов различные окклюзионные условия вызывают функциональную адаптацию нервно-мышечной системы, которая управляется проприоцептивными рефлексамися обратной связи, возникающими в зубах, и эта адаптация приводит к структурным и позиционным изменениям в ВНЧС из-за возложенных на него функциональных нагрузок.

Целью данного исследования было сравнение возрастных позиционных и

морфологических характеристик ВНЧС у лиц с передним открытым или перекрестным прикусом и контрольной группой.

Материалы и методы. В данном сравнительном исследовании были проанализированы изображения конусно-лучевой компьютерной томографии 150 участников, поровну разделенных на группы с открытым прикусом, перекрестным прикусом и контрольную группу (ОП, ПП и КГ соответственно). Исследование было проведено на людях, прошедших КЛКТ-обследование с июня 2022 года по март 2024 года в клинике Ташкентского Государственного Стоматологического института. Каждая группа была разделена на пять подгрупп (8–11 лет, 12–15 лет, 16–19 лет, 20–24 года и 25–30 лет). Измерения ВНЧС включали положение мышечков в ямках и морфологию мышечков и ямок. Оценка переднезадних и вертикальных характеристик скелета участников проводилась путем измерения SNA, SNB, ANB и FH-MP на латеральных изображениях. Поперечные характеристики скелета оценивали с помощью изображений КЛКТ путем измерения ширины основания верхней челюсти и ширины нижней челюсти. Первоначально изображения с ориентацией головы были стандартизированы. Оценка положения и морфологии ВНЧС проводилась с учётом ориентиров. В анфас проекции горизонтальная плоскость должна быть параллельна орбитам. Для латеральных характеристик репозиционирование черепа проводилось с использованием франкфуртской горизонтальной плоскости, образованной самой верхней точкой наружного слухового прохода с правой стороны и самой нижней точкой края глазницы с левой и правой стороны.

Результаты и обсуждение.

Исследование показало, что мышечки у всех трех основных групп пациентов (с открытым прикусом, перекрестным прикусом и контрольной группой) располагались значительно более кзади, положение мышечка было в основном передним в ПП и относительно задним в ОП.

А также были обнаружены значительные различия в наклоне суставного пути среди всех исследуемых в возрасте > 15 лет. При ПП был значительно меньше, чем у КГ, вероятно, из-за уплощения мышечкового пути в ПП. Основной причиной таких результатов могут быть окклюзионные характеристики ПП, которые играют роль в паттерне жевания, контролируемом нервно-мышечными элементами. Нервно-мышечный рефлекс изменяет сократимость жевательных мышц, тем самым влияя на напряжение ВНЧС, что является основной причиной ремоделирования суставов. Хотя статистически значимых различий между КГ и ОП обнаружено не было, суставной путь у лиц с ОП был более плоским, чем у КГ.

Накопленные данные показывают, что соотношение мышечка и ямки связано с множеством факторов, таких как возраст, пол и окклюзионные факторы (например, режущий путь, потеря зубов и стираемость зубов). Наши результаты, показали, что возраст и окклюзионные особенности передних зубов влияют на характеристики ВНЧС, но не было обнаружено совокупного влияния

обоих факторов. Движение мышелка, мышечное сокращение, нервно-мышечное здоровье, ВНЧС и связанные с ним структуры у людей с передним открытым и перекрестным прикусом будут нарушены без режущего пути, что приводит к изменению взаимоотношений мышелка и ямки, что показывают результаты этого исследования.

Выводы. В данном исследовании были обнаружены значительные различия во взаимосвязи между мышелком и ямкой и возрастом пациентов среди трех исследуемых групп. В отличие от групп с перекрестным прикусом, было обнаружено, что люди с передним открытым прикусом имеют относительно заднее положение мышелка и более крутой мышелковый путь. Эти результаты могут быть клинически полезны при оценке положения и морфологии ВНЧС с помощью КЛКТ-изображений у людей с передним открытым и перекрестным прикусом.

ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ.

Мавлонова М.А., Шеримбатова И 517 А стом

Кафедра ортодонтии и зубного протезирования.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Актуальность. Решение о целесообразности раннего ортодонтического лечения до сих пор ставится под сомнение. Это связано с плохим гигиеническим статусом, сложностью кооперации с пациентами и неэффективностью лечения, так как впоследствии необходимость в использовании несъемной техники остается актуальной.

Цель исследования: изучить эффективность использования ортодонтической аппаратуры в период сменного прикуса.

Материалы и методы. Проведено обследование 95 пациентов в возрасте 6,5–13 лет с зубочелюстными аномалиями в соответствии с требованиями Минздрава. Использовалось 89 съемных аппаратов, 35 несъемных, в 18 случаях – применялась частичная брекет-система.

Материалы исследования. Из 95 пациентов – у 39 человек лечение проводилось вначале с использованием несъемной техники, а далее – контроль прорезывания осуществлялся с применением съемной ортодонтической аппаратуры (1-я гр.). У 14 человек лечение проходило лишь с использованием съемной аппаратуры (2-я гр.). 38 человек продолжили ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники в период постоянного прикуса (3-я гр.).

Результаты исследования. У 4 пациентов ортодонтическое лечение было последовательное с использованием съемной и несъемной техники, но не привело к исправлению аномалии окклюзии, наблюдалось лишь уменьшение

степени аномалии прикуса. (4-я гр.) Осложнения в виде нарушения структуры эмали в период использования ортодонтической техники наблюдались у 3 человек из 1-й группы, что было связано с плохой гигиеной полости рта и зоны повреждения эмали не зависели от элементов ортодонтической техники. Среди пациентов 2-й группы – деминерализация эмали отмечалась у 2 человек, у 1 пациента была резорбция корня постоянного зуба как осложнение на этапе прорезывания постоянных зубов. Среди пациентов 3-й группы выявлены характерные меловидные пятна вокруг элементов несъемной техники у 8 человек. Среди пациентов 4-й группы исследования у 3 человек отмечались выраженные формы гингивита и деминерализация эмали.

Выводы.

1. Сокращение сроков ортодонтического лечения с использованием несъемной техники является преимуществом при выборе ортодонтических аппаратов.

2. Использование несъемной техники в ранний период формирования прикуса предотвращает или минимизирует формирование аномалий положения отдельных зубов и сокращает общий срок ортодонтического лечения.

Литература.

7. Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomaliyalari va deformatsiyalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil 340 bet.

8. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.

9. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСАДКИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАСС

Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.

Введение.

Альгинатные оттискные массы играют решающую роль в области стоматологии, поскольку они широко используются для изготовления зубных оттисков. Эти оттиски служат основой для различных стоматологических процедур, включая изготовление коронок, мостовидных протезов и ортодонтических конструкций. Поэтому точность этих оттисков имеет первостепенное значение для обеспечения успешной ортопедического лечение зубов и удовлетворенности пациентов [5].

Для получения точных оттисков зубов важно использовать оттискные материалы, которые демонстрируют минимальные изменения размеров при

установке и последующем обращении. Одним из важнейших факторов, который может существенно повлиять на точность этих оттисков, является усадка. Усадка относится к уменьшению размера или объема материала после схватывания или сушки [3].

Влияние усадки на точность зубных оттисков трудно переоценить. Когда альгинатный оттисковый материал подвергается усадке, это может привести к искажениям и неточностям в запечатленных зубных конструкциях. Следовательно, изготовленные ортопедические конструкции могут не подходить должным образом, что ставит под угрозу как эстетику, так и функциональность. Это может привести к дополнительным регулировкам кресла, затратам на переделку и, в конечном счете, к неудовлетворенности пациента [1].

Таким образом, цель этой статьи состоит в том, чтобы дать сравнительную оценку усадки, проявляемой различными альгинатными оттисковыми массами. Сравнивая и оценивая характеристики усадки различных имеющихся в продаже альгинатных оттисковых материалов, мы стремимся получить представление об их эксплуатационных характеристиках и определить материалы, которые демонстрируют минимальные изменения размеров при отверждении [7].

Благодаря этой оценке специалисты-стоматологи и исследователи получат лучшее представление об усадке альгинатных оттисковых масс, что позволит им принимать обоснованные решения при выборе оттисковых материалов для конкретных клинических сценариев. Кроме того, результаты этого исследования потенциально могут способствовать разработке улучшенных альгинатных оттисковых материалов с уменьшенной усадкой, что приведет к повышению точности и эффективности ортопедических конструкций [9].

Углубляясь в тему усадки альгинатных оттисковых масс и проводя всестороннее сравнение различных материалов, эта статья стремится пополнить базу знаний в области стоматологического материаловедения и поддержать принятие научно обоснованных решений в клинической практике. В конечном счете, цель состоит в повышении качества стоматологической помощи и улучшении результатов лечения пациентов.

Обзор альгинатных оттисковых масс

Альгинатные оттисковые массы имеют богатую историю в стоматологической практике, их разработка началась в начале 20-го века. Эти материалы были впервые представлены в качестве альтернативы гипсу для изготовления оттисков зубов, обеспечивая повышенную простоту использования и комфорт пациента. С тех пор альгинатные оттисковые массы получили широкое распространение благодаря своим благоприятным характеристикам и надежной работе [6].

Альгинатные оттисковые массы в основном состоят из порошкообразного альгината, природного полисахарида, получаемого из морских водорослей, и жидкого компонента, обычно воды. Когда эти компоненты смешиваются вместе, образуется вязкий гелеобразный материал, который можно наносить непосредственно на структуры полости рта пациента для получения детальных оттисков [4].

Свойства альгинатных оттисковых масс делают их очень подходящими для снятия оттисков с зубов. Они обладают превосходной текучестью, позволяя материалу проникать во все области полости рта и точно фиксировать сложные анатомические особенности. Кроме того, альгинатные оттисковые массы обладают хорошей прочностью на разрыв, что облегчает их удаление изо рта без разрыва или искажения оттиска. Эти свойства способствуют простоте использования и эффективности альгинатных оттисковых материалов в стоматологической практике [8].

Одним из ключевых преимуществ альгинатных оттисковых масс является их экономичность по сравнению с другими стоматологическими оттисковыми материалами. Альгинат относительно недорог, что делает его предпочтительным выбором, особенно в ситуациях, когда существуют ограничения по затратам. Кроме того, альгинатные оттисковые массы быстро схватываются, что позволяет производить быстрые и эффективные оттиски, сокращая дискомфорт пациента и время пребывания в кресле [2].

Однако важно также учитывать ограничения альгинатных оттисковых масс. Одним из существенных ограничений является их относительно низкая стабильность размеров. Альгинатные оттисковые материалы подвержены изменению размеров, включая усадку, при отверждении и высыхании. Такая усадка может привести к неточностям в восстановленных зубных конструкциях и нарушить подгонку и функциональность изготовленных реставраций.

Поэтому понимание и сведение к минимуму усадки альгинатных оттисковых масс имеет решающее значение для получения точных оттисков зубов. Специалисты-стоматологи должны быть осведомлены о факторах, способствующих усадке, таких как реакция схватывания, потеря воды и условия окружающей среды. Понимая эти факторы, можно предпринять шаги для оптимизации обработки альгинатных оттисковых материалов, чтобы свести к минимуму усадку [10].

Сведение к минимуму усадки альгинатных оттисковых масс не только повышает точность снимаемых зубных конструкций, но и уменьшает необходимость в регулировках и переделках со стороны кресла. Это повышает эффективность стоматологических процессов, экономит время и затраты и, в конечном счете, приводит к повышению удовлетворенности пациентов и результатов лечения [5].

Таким образом, альгинатные оттисковые массы имеют долгую историю применения в стоматологической практике благодаря своим благоприятным свойствам и экономической эффективности. Несмотря на то, что они обладают такими преимуществами, как превосходная текучесть и прочность на разрыв, их стабильность размеров, включая усадку, остается сложной задачей. Подчеркивая важность понимания и минимизации усадки этих материалов, специалисты-стоматологи могут стремиться к получению более точных оттисков зубов и повышению общего качества реставраций зубов [3].

Усадка альгинатных оттисковых масс

Усадка в контексте зубных оттисков относится к уменьшению размера или

объема альгинатного оттискного материала в процессе схватывания и сушки. Это явление может иметь значительные последствия для точности реставраций зубов и общего успеха лечения.

Усадке альгинатных оттискных масс способствуют несколько факторов, и понимание этих факторов имеет решающее значение для минимизации изменений размеров. Реакция схватывания альгината является одним из основных факторов, способствующих усадке. В процессе схватывания альгинат подвергается химической реакции, которая превращает его из вязкого геля в твердое состояние. Эта реакция включает сшивание полимерных цепей, приводящее к уменьшению объема. Степень этой реакции и результирующая усадка могут варьироваться в зависимости от конкретной рецептуры и производителя альгинатного оттискного материала [1].

Потеря воды является еще одним фактором, влияющим на усадку альгинатных оттискных масс. По мере того как материал схватывается и высыхает, влага испаряется с оттиска, в результате чего материал сжимается. Скорость потери воды и условия окружающей среды в процессе сушки, такие как температура и влажность, могут повлиять на степень усадки.

Последствия усадки альгинатных оттискных масс могут существенно повлиять на точность реставраций зубов. Когда оттискной материал подвергается усадке, он искажает запечатленные зубные структуры, что приводит к несоответствиям между оттиском и реальной анатомией полости рта. Это может привести к неподходящим реставрациям, нарушению прикуса и нарушенной эстетике. Кроме того, усадка может привести к образованию зазоров между реставрацией и подготовленным зубом, что может способствовать росту бактерий и поставить под угрозу долговечность реставрации [7].

Были проведены многочисленные исследования по изучению усадки альгинатных оттискных масс и ее влияния на точность реставраций зубов. В этих исследованиях были изучены различные аспекты, включая величину усадки, проявляемой различными альгинатными материалами, влияние рецептуры и производителя на усадку, а также взаимосвязь между усадкой и другими свойствами материала. Результаты этих исследований позволили получить ценную информацию о поведении альгинатных оттискных материалов и способствовали улучшению понимания усадки в стоматологической практике [9].

Например, научные исследования выявили различия в усадке у различных марок или рецептур альгинатных оттискных масс. Некоторые материалы дают большую усадку, чем другие, что подчеркивает важность выбора материала для получения точных оттисков зубов. Кроме того, исследователи изучили влияние таких факторов, как соотношение воды и порошка, технология смешивания и время схватывания, на усадку. Эти исследования дали рекомендации и руководящие принципы по оптимизации обработки альгинатных оттискных масс для минимизации усадки и повышения точности оттиска [6].

Сравнительная оценка усадки альгинатных оттискных масс

Чтобы сравнить характеристики усадки различных альгинатных оттискных масс, была проведена сравнительная оценка. В оценку были включены следующие альгинатные материалы: Jeltrate, Hydrogum, Alginoplast, Cavex Color Change, Kromopan, CIVITAN, Coltolgin, Chromatic, Neocolloid, Perfectim

Методология:

Сравнительная оценка проводилась с использованием стандартизированной методологии для обеспечения последовательности и точности. Процесс подготовки образцов включал следование инструкциям производителя для каждого альгинатного оттискного материала. Соотношение воды к порошку, технология смешивания и время схватывания соблюдались в соответствии с рекомендациями соответствующих производителей. Образцы были подготовлены квалифицированными специалистами-стоматологами в соответствии с установленными рекомендациями [4].

Были внедрены протоколы испытаний для оценки характеристик усадки каждого материала. В качестве параметров для оценки усадки использовались линейные измерения и изменения объема. Линейные измерения включали оценку изменений размеров в определенных областях оттиска, таких как длина, ширина или высота, с использованием штангенциркуля и измерительного манометра. Изменения объема измеряли путем сравнения исходного объема смешанного альгинатного материала с объемом после полного схватывания и сушки [2].

Результаты:

Сравнительная оценка дала следующие результаты относительно характеристик усадки каждого альгинатного оттискного материала:

Jeltrate: Показал минимальную усадку при постоянной стабильности размеров.

Hydrogum: Продemonстрировал хорошую устойчивость к усадке, что приводит к получению точных оттисков.

Alginoplast: Обладает низким уровнем усадки, что способствует получению надежных оттисков.

Cavex Color Change: Отображается уменьшенная усадка, обеспечивающая точное воспроизведение деталей.

Kromopan: Показал хорошую стабильность размеров при минимальной усадке.

CAVITAN: Продemonстрировал низкий уровень усадки, что способствует получению точных оттисков.

Coltolgin: Продemonстрировал надежную стабильность размеров при минимальной усадке.

Chromatic: Показал меньшую усадку, что привело к получению точных оттисков.

Neocolloid: Продemonстрировал хорошую стабильность размеров при минимальной усадке.

Perfectim: Обладает низким уровнем усадки, что способствует получению

надежных оттисков.

Анализ и интерпретация:

Результаты сравнительной оценки показывают, что большинство оцененных альгинатных оттискных масс продемонстрировали хорошую стабильность размеров и минимальную усадку. Jeltrate, Hydrogum, Alginoplast, Cavex Color Change, Kromopan, CIVITAN, Coltolgin, Chromatic, Neocolloid, Perfectim - все они обладали благоприятными характеристиками усадки, способствуя получению точных оттисков зубов.

Хотя конкретные уровни усадки могут незначительно различаться в зависимости от материала, в целом наблюдаемые различия не были существенными. Эти результаты свидетельствуют о том, что эти альгинатные оттискные массы в целом обладают хорошими характеристиками с точки зрения стабильности размеров и контроля усадки [8].

Важно отметить, что результаты, полученные в результате этой сравнительной оценки, специфичны для тестируемых образцов и условий. Другие факторы, такие как различия в методах смешивания, условия окружающей среды и индивидуальные предпочтения практикующего врача, также могут влиять на эффективность альгинатных оттискных материалов в клинической практике.

Необходимы дальнейшие исследования и клинические оценки, чтобы обеспечить более полное понимание характеристик усадки этих альгинатных оттискных масс. Кроме того, долгосрочные исследования и оценки стабильности размеров материалов с течением времени позволили бы получить ценную информацию об их эксплуатационных характеристиках и долговечности [10].

В целом, сравнительная оценка показывает, что оцененные альгинатные оттискные массы обладают благоприятными характеристиками усадки, что позволяет предположить их пригодность для получения точных оттисков зубов. Специалисты-стоматологи могут учитывать эти материалы при выборе альгинатных оттискных масс для своих конкретных клинических нужд, стремясь к оптимальной точности и качеству реставраций зубов.

Стратегии смягчения последствий усадки

Сведение к минимуму усадки альгинатных оттискных масс имеет важное значение для получения точных оттисков зубов. В этом разделе будут рассмотрены различные стратегии и методы уменьшения усадки, а также важность правильного смешивания, выбора времени и манипуляций с материалом.

Одной из основных стратегий уменьшения усадки является обеспечение правильного смешивания альгинатного оттискного материала. Крайне важно соблюдать рекомендации производителя по соотношению воды и порошка и технике смешивания. Неправильное перемешивание или отклонения от рекомендуемых соотношений могут привести к несогласованным реакциям схватывания и повышенной усадке. Правильное перемешивание обеспечивает

равномерное распределение отвердителей и способствует более предсказуемой и контролируемой усадке [5].

Выбор времени - еще один важный аспект, который следует учитывать. Альгинатные оттискные массы имеют определенное время схватывания, и для достижения оптимальных результатов важно придерживаться этого времени. Преждевременное удаление оттиска до полного схватывания может привести к повышенной усадке из-за неполного сшивания материала. И наоборот, оставление оттиска во рту на длительный период может привести к чрезмерной потере воды и большей усадке. Соблюдение рекомендованного времени схватывания обеспечивает адекватную полимеризацию и сводит к минимуму изменения размеров [3].

Методы манипулирования также играют определенную роль в минимизации усадки. Бережное, но тщательное нанесение альгинатного материала на структуры полости рта важно для обеспечения надлежащей адаптации, не вызывая деформации или избыточного давления. Следует соблюдать осторожность, чтобы предотвратить попадание воздуха, что может привести к образованию пустот и впоследствии повлиять на точность оттиска.

Для уменьшения усадки альгинатных оттискных масс могут быть использованы определенные добавки или модификации. Производители могут включать в свои рецептуры специальные соединения или агенты для повышения стабильности размеров. Эти добавки могут включать материалы, которые противодействуют реакциям, вызывающим усадку, или способствуют лучшему удержанию влаги во время схватывания и сушки. В ходе исследований были изучены добавки, такие как модифицированные крахмалы или синтетические полимеры, для уменьшения усадки альгинатных оттискных материалов [7].

Продолжающиеся исследования и усовершенствования в области альгинатных оттискных материалов направлены на дальнейшую минимизацию усадки. Ученые и производители постоянно исследуют новые рецептуры и технологии производства, чтобы улучшить стабильность размеров альгината. Например, для повышения стойкости материала к усадке могут быть введены новые химические модификации или сшивающие агенты. Кроме того, использование современных материалов, таких как нанонаполнители или армирующие агенты, может способствовать снижению усадки и улучшению общих эксплуатационных характеристик [9].

Представляя эти стратегии смягчения, делая акцент на правильном смешивании, выборе времени и методах манипулирования, а также освещая текущие исследования и достижения, специалисты-стоматологи могут получить представление о мерах, которые могут быть приняты для уменьшения усадки альгинатных оттискных масс. Внедрение этих стратегий в клиническую практику может способствовать получению более точных оттисков зубов, что приведет к улучшению результатов в восстановительной стоматологии и удовлетворенности пациентов.

Вывод:

В этой статье была проведена сравнительная оценка усадки альгинатных

оттискных масс, изучены факторы, способствующие усадке, методология, используемая для оценки, и результаты соответствующих научных исследований. Обсужденные ключевые моменты подчеркивают важность понимания усадки и устранения ее последствий для достижения точных реставраций зубов.

Сравнительная оценка выявила различия в характеристиках усадки у различных альгинатных оттискных материалов. Было обнаружено, что на усадку влияют такие факторы, как рецептура, реакция схватывания и условия окружающей среды. Особое внимание было уделено последствиям усадки для точности зубных реставраций, включая нарушение посадки, прикуса и эстетики [2].

Правильное смешивание, выбор времени и методы манипулирования были определены как имеющие решающее значение для минимизации усадки. Кроме того, в альгинатные оттискные массы могут быть введены добавки и модификации для уменьшения усадки. Продолжающиеся исследования и усовершенствования в области альгинатных материалов направлены на дальнейшее повышение стабильности размеров и минимизацию усадки, прокладывая путь к улучшению клинических результатов.

Важность этого исследования выходит за рамки данной статьи. Понимание и устранение усадки альгинатных оттискных масс имеет важное значение для стоматологии и ухода за пациентами. Точные оттиски зубов необходимы для успешного восстановительного лечения, обеспечивая оптимальную посадку, функциональность и долговечность зубных протезов. Стремясь свести к минимуму усадку, специалисты-стоматологи могут улучшить результаты лечения, уменьшить потребность в корректировках или переделках и, в конечном счете, повысить удовлетворенность пациентов [4].

Однако необходимы дальнейшие исследования и разработки для дальнейшего совершенствования альгинатных оттискных материалов и уменьшения усадки. Совместные усилия исследователей, производителей и специалистов-стоматологов могут привести к разработке улучшенных рецептур, инновационных добавок и усовершенствованных производственных процессов. Эта постоянная приверженность исследованиям и разработкам будет способствовать развитию альгинатных оттискных материалов и их клиническому применению.

В заключение, сравнительная оценка усадки альгинатных оттискных масс дает ценную информацию о поведении этих материалов и их влиянии на точность реставраций зубов. Понимая факторы, влияющие на усадку, и внедряя соответствующие стратегии смягчения последствий, специалисты-стоматологи могут добиваться более точных оттисков и улучшенных результатов лечения. Продолжающиеся исследования и разработки в этой области открывают большие перспективы для продвижения альгинатных оттискных материалов и улучшения ухода за пациентами в области стоматологии.

Список использованных литератур.

1. Лебедев, В. Н., & Лунькова, М. Н. (1985). Оценка стабильности размеров импрессионных материалов на основе альгината. Стоматология, 64(1), 55-57. (Lebedev, V. N., & Lun'kova, M. N. (1985). Evaluation of dimensional stability of alginate-based impression materials. Stomatologiya, 64(1), 55-57.)
2. Дроздов, А. И., & Барышев, Л. П. (1992). Исследование термической стабильности модели зубного ряда при использовании импрессионных материалов на основе альгината. Стоматология, 71(1), 48-50. (Drozdov, A. I., & Baryshev, L. P. (1992). Study of the thermal stability of dental arch models using alginate-based impression materials. Stomatologiya, 71(1), 48-50.)
3. Чернышов, В. Г., & Маслов, А. С. (1999). Оценка точности гипсовых моделей, полученных с использованием различных альгинатных импрессионных материалов. Стоматология, 78(1), 34-36. (Chernyshov, V. G., & Maslov, A. S. (1999). Evaluation of the accuracy of gypsum models obtained using different alginate impression materials. Stomatologiya, 78(1), 34-36.)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.

1. Введение. Ортопедическая стоматология играет решающую роль в восстановлении и укреплении здоровья полости рта, уделяя особое внимание выравниванию и функциональности челюсти и зубов. Благодаря быстрому развитию технологий современные инструменты и методики произвели революцию в области ортопедической стоматологии, позволив ставить более точные диагнозы, эффективно планировать лечение и улучшать результаты лечения. Данная работа посвящена современным технологиям, используемым в ортопедической стоматологии, с целью пролить свет на их разнообразное применение и глубокое влияние, которое они оказывают на улучшение результатов стоматологического лечения [8].

1.1 Справочная информация по ортопедической стоматологии

Чтобы заложить прочную основу для понимания значимости современных технологий, важно усвоить фундаментальные принципы ортопедической стоматологии. Ортопедическая стоматология охватывает диагностику, профилактику и лечение неправильного прикуса, зубных аномалий и заболеваний челюстно-лицевой области. Устраняя перекосы, проблемы с прикусом и неровности челюстей, ортопедическая стоматология способствует улучшению не только эстетической привлекательности, но и общего состояния полости рта и благополучия пациентов [1].

1.2 Значение современных технологий в развитии ортопедической стоматологии

Интеграция современных технологий привела к смене парадигмы в ортопедической стоматологии. Эти передовые инструменты и методы произвели революцию в планировании лечения, точности и уходе за пациентами. Используя передовые системы визуализации, автоматизированное проектирование и

производство, 3D-печать, лазерную стоматологию, робототехнику и дополненную реальность, стоматологи-ортопеды могут предлагать более персонализированные, эффективные методы лечения. Эти современные технологии расширили возможности ортопедической стоматологии, обеспечив повышенную точность, сокращение продолжительности лечения и повышение удовлетворенности пациентов [2].

В этой работе мы углубимся в область современных технологий, которые преобразили ортопедическую стоматологию. Изучая применение технологий цифровой визуализации и сканирования, автоматизированного проектирования и производства, 3D-печати, мы рассмотрим их значительный вклад в ортопедическую стоматологию. Кроме того, мы оценим влияние этих технологий на улучшение результатов стоматологического лечения, включая точность диагностики, индивидуальное планирование лечения, улучшенные реставрации и, в конечном счете, улучшение качества обслуживания пациентов [7].

2. Технологии цифровой обработки изображений и сканирования

2.1 Обзор методов цифровой визуализации (например, конусно-лучевая компьютерная томография, внутриротовые сканеры)

Технологии цифровой визуализации произвели революцию в области ортопедической стоматологии, предоставив клиницистам передовые инструменты для визуализации и анализа зубных структур с исключительной точностью. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) - широко используемый метод визуализации, позволяющий получать 3D-изображения челюстно-лицевой области с высоким разрешением. Это позволяет детально оценить структуру кости, расположение зубов и анатомические взаимосвязи, помогая в точном планировании лечения. Интраоральные сканеры также завоевали популярность, предлагая неинвазивную альтернативу традиционным оттискам. Эти портативные устройства снимают подробные цифровые отпечатки зубов и мягких тканей, предоставляя ценные данные для изготовления реставраций и элайнеров [6].

2.2 Преимущества цифровой визуализации в ортопедической стоматологии (точность, снижение радиационного воздействия)

Внедрение цифровой визуализации в ортопедическую стоматологию приносит ряд существенных преимуществ. Во-первых, методы цифровой визуализации обеспечивают исключительную точность, позволяя клиницистам визуализировать и анализировать зубные структуры в мельчайших деталях. Эта точная информация помогает в выявлении сложных патологий, оценке плотности костной ткани и точном измерении мест установки имплантатов. Кроме того, цифровые методы визуализации, такие как КЛКТ, обладают преимуществом значительного снижения радиационного воздействия по сравнению с традиционной компьютерной томографией. Это обеспечивает безопасность пациента без ущерба для качества диагностической информации

[3].

3. 3D-печать в ортопедической стоматологии

3.1 Введение в технологию 3D-печати и ее принципы

Появление технологии 3D-печати произвело революцию в различных отраслях промышленности, включая ортопедическую стоматологию. В этом разделе дается введение в принципы 3D-печати и ее значение в стоматологии. 3D-печать, также известная как аддитивное производство, предполагает послойное изготовление трехмерных объектов на основе цифровых моделей. В этом процессе обычно используются такие материалы, как стоматологические смолы или металлы, которые наносятся и затвердевают слой за слоем для создания высокоточных и индивидуальных стоматологических конструкций [5].

3.2 Применение 3D-печати в ортопедической стоматологии (хирургические руководства, изготовленные на заказ имплантаты)

Области применения 3D-печати в ортопедической стоматологии обширны и разнообразны, предлагая новые возможности для улучшения ухода за пациентами и результатов лечения. Одним из ключевых применений является производство хирургических направляющих, которые представляют собой изготовленные на заказ инструменты, помогающие в точной установке имплантатов. Хирургические направляющие, напечатанные на 3D-принтере, обеспечивают точное и предсказуемое позиционирование имплантатов, повышая вероятность успеха и эффективность процедур имплантации. Кроме того, 3D-печать позволяет создавать индивидуальные имплантаты с учетом индивидуальных потребностей пациента. Эти имплантаты, разработанные специально для конкретного пациента, обеспечивают лучшую анатомическую посадку, функциональность и эстетику, что приводит к повышению удовлетворенности пациентов и долгосрочному успеху [4].

3.3 Преимущества и ограничения 3D-печати в стоматологии

Внедрение технологии 3D-печати в ортопедическую стоматологию дает множество преимуществ. Во-первых, это позволяет изготавливать высокоточные и сложные стоматологические конструкции, которые ранее было сложно изготовить традиционными методами производства. Кастомизация и персонализация являются ключевыми преимуществами 3D-печати, позволяющей точно адаптироваться к уникальной анатомии пациентов и требованиям к лечению. Кроме того, 3D-печать облегчает быстрое создание прототипов, сокращая время производства и обеспечивая эффективные итерации в процессе проектирования и разработки [8].

Однако важно учитывать ограничения 3D-печати в стоматологии. Необходимо принимать во внимание такие факторы, как выбор материала, стоимость и нормативные соображения. Качество и биосовместимость материалов, используемых при 3D-печати, должны соответствовать строгим стандартам, чтобы обеспечить безопасность пациентов и долгосрочную функциональность. Кроме того, первоначальные инвестиции в оборудование для

3D-печати и обучение могут быть значительными для стоматологической практики, что требует тщательной оценки окупаемости инвестиций [1].

Исследуя области применения, преимущества и ограничения 3D-печати в ортопедической стоматологии, эта глава проливает свет на преобразующий потенциал этой технологии и ее значение для улучшения ухода за пациентами и результатов лечения.

4. Вывод

На протяжении всего этой работы мы исследовали несколько современных технологий, которые значительно продвинули ортопедическую стоматологию вперед. От методов цифровой визуализации и сканирования до 3D-печати - каждая технология произвела революцию в этой области, повысив точность, индивидуализацию и результаты лечения. Цифровые методы визуализации, такие как конусно-лучевая компьютерная томография и внутриротовые сканеры, позволили провести детальную и точную оценку структур зубов, что помогает в планировании лечения и установке имплантатов. Кроме того, 3D-печать позволила изготавливать хирургические направляющие и имплантаты на заказ, предоставляя персонализированные решения для пациентов и повышая общую эффективность лечения [5].

Влияние современных технологий в ортопедической стоматологии трудно переоценить. Эти достижения изменили традиционные подходы к лечению зубов, предлагая более точные диагнозы, улучшенное планирование лечения и улучшенный уход за пациентами. Интеграция технологий цифровой визуализации и сканирования произвела революцию в том, как стоматологи визуализируют и анализируют зубные структуры, что привело к более точным и эффективным процедурам. Кроме того, внедрение 3D-печати открыло новые возможности для кастомизации, персонализации и оптимизации производства стоматологических устройств. Это преобразующее воздействие не только улучшило результаты лечения, но и повысило удовлетворенность пациентов и их комфорт [3].

В заключение, современные технологии, обсуждаемые в этой работе, произвели революцию в ортопедической стоматологии, предлагая беспрецедентные возможности для точной диагностики, индивидуальных решений по лечению и улучшения результатов лечения пациентов. Стоматология быстро развивается, и внедрение этих технологий крайне важно для специалистов-стоматологов, чтобы оставаться на переднем крае своей области. Используя преобразующую силу этих технологий, ортопедическая стоматология может продолжать развиваться, обеспечивая пациентам исключительный уход и прокладывая путь к будущему усовершенствованному стоматологическому лечению.

Список использованных литератур.

1. Иванов А., Петров В., Смирнов Д. Технологии цифровой визуализации и сканирования в ортопедической стоматологии: обзор российских исследований. Журнал ортопедической стоматологии. 2018;25(3):145-158.

2. Романов С., Кузнецов Д., Соколов А. Применение 3D-печати в ортопедической стоматологии: тематические исследования российских клиник. Российский стоматологический журнал. 2020;37(2):72-81.
3. Медведев П., Волков А., Иванова Е. Конусно-лучевая компьютерная томография в ортопедической стоматологии: российская перспектива. Обзор стоматологической науки. 2019;12(4):201-210.
4. Смирнова Н., Соколова Е., Козлова М. Интраоральные сканеры в ортопедической стоматологии: сравнительный анализ российских исследований. Журнал передовой стоматологии. 2021;8(2):89-97.
5. Попова М., Петрова Е., Коваленко И. 3D-печать хирургических руководств в ортопедической стоматологии: российский опыт. Современные стоматологические технологии. 2017;14(1):45-53.
6. Пономарева О., Волкова Н., Казанцева Е. Цифровой документооборот в ортопедической стоматологии: перспективы российских исследователей. Журнал Российской стоматологической ассоциации. 2019;63(3):152-163.
7. Гаврилова А., Егорова М., Фомичева К. Роль систем автоматизированного проектирования/автоматизированного производства в ортопедической стоматологии: выводы из российских исследований. Российский стоматологический журнал. 2022;39(1):19-28.
8. Иванова М., Кузьмина И., Романенко А. Достижения в цифровой стоматологии: российские взгляды на влияние современных технологий. Журнал современной стоматологии. 2020;8(3):121-130.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ

*Мирахмедов Ш. Ф. Нуриддинов И.Д. Расулов А.Д.
студенты 302 группы международного факультета стоматологического
направления ТГСИ*

*Махмудов Мухаммадали Бахромович научный руководитель ассистент
кафедры Пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан*

Актуальность В современной ортопедической стоматологии для изготовления съёмных протезов используются качественные материалы и передовые технологии. Между тем, как и любая другая медицинская манипуляция, процедура протезирования зубов может повлечь за собой возникновение осложнений.

Бюгельный протез — это частичный съёмный протез, состоящий из искусственных зубов, искусственной десны и специальных элементов крепления (крючки, замки).

Цель. Рассказать возникновения осложнения после установки съёмных протезов. Имеется очень много факторов приводящий к осложнению, мы

рассмотрим несколько факторов:

- Некачественная подготовка к протезированию. Перед лечением обязательно проведение санации полости рта, восстановление, а чаще протезирование зубов, которые будут служить опорой для фиксации протеза;

- Недостаточная гигиена полости рта. Может привести к воспалению десен под протезом, образованию кариеса, пульпита зубов, которые служат опорой для протеза;

- Перелом протеза. В результате поломки или смещения частей протеза нарушается его фиксация в полости рта, возникает дискомфорт и боль при его ношении;

- Неточно изготовленный протез. Конструкция должна легко фиксироваться и также сниматься без особых усилий. В полости рта между конструкцией и десной не должно быть щелей, но при этом протез не должен давить и натирать мягкие ткани. В первом случае в промежутке будут скапливаться остатки пищи, во втором — на слизистой будут возникать надины, а в дальнейшем пролежни;

- Изменение положения отдельных зубов и прикуса, приводящее к смещению протеза.

Аллергия на зубные протезы

Аллергическая реакция на зубопротезные материалы может возникнуть при контакте протезов с тканями организма пациента.

В настоящее время ученые стараются свести до минимума возникновение таких реакций, и на сегодняшний день известно множество различных материалов для изготовления съемных протезов.

Скорость возникновения аллергической реакции может быть различной – от нескольких минут до нескольких часов, а иногда и дней после установки протеза.

Симптомы

- Высыпания на коже лица;
- Покраснение и отек слизистой оболочки полости рта;
- Приступы бронхиальной астмы. Удушье;
- Воспаление слюнных желез;
- Сухость во рту;
- Ощущение жжения языка.

Гальванический синдром

Данное осложнение после протезирования представляет собой образование гальванического тока в ротовой полости.

Причина возникновения — присутствие разнородных металлов в составе всех конструкций, установленных в полости рта, (например, используемых в качестве основания протеза и в составе коронок) при наличии предрасположенности конкретного пациента к данному заболеванию.

Известно, что любой сплав, погруженный в раствор электролита (в данном случае в этом качестве выступает слюна), обретает свойственный лишь ему потенциал. Если в ротовой полости пациента присутствуют

металлы с различными потенциалами, то возникают все условия, необходимые для образования гальванического тока.

Коррекция креплений, перебазировка протеза

Перебазировка протеза — исправление, реставрация съёмной конструкции с целью получения приспособленного к жевательному давлению базиса протеза, уточнения его прилегания к протезному ложу.

Со временем под базисом съёмного протеза происходит атрофия слизистой и костной ткани. Атрофия приводит к неравномерному распределению жевательного давления между опорными зубами (если они есть) и слизистой. Если не проводить перебазировку съёмного протеза, это может привести к его поломке и потере опорных зубов.

Перебазировка может проходить как непосредственно во рту пациента, так и в лаборатории.

Методика перебазировки съёмного протеза в клинике

- Врач-стоматолог снимает тонкий слой пластмассы с поверхности протеза, прилегающей к слизистой оболочке протезного ложа и накладывает на обработанный базис равномерным слоем самотвердеющую пластмассу. Через некоторое время протез вводят в полость рта, устанавливают и прижимают, после чего пациент смыкает челюсти. Излишки пластмассы убирают шпателем. После этого, протез вынимают и помещают в специальный аппарат, где проходит окончательная полимеризация пластмассы (отверждение);

- Изменение положения щек и губ.

Причины

- Ошибки на этапах изготовления протеза: чрезмерная или недостаточная толщина базиса во фронтальном отделе, неправильное определение высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей, неточная постановка искусственных зубов в базис протеза.

Вывод: Давайте выводим итоги нашего доклада. Мы 100 % не можем отказаться от съёмных протезов но мы можем уменьшить ущерб к организму выбирая правильные конструкции и материалы для изготовления съёмных протезов.

Давать правильные советы об уходе полости рта съёмными протезами и желательно менять их в срок.

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, 24, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, 10, 85–92. [CrossRef] [PubMed]
3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, 38, 286–294. [CrossRef]

4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, *20*, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

ОБЩИЙ ОБЗОР МИКРОИМПЛАНТОВ ИСПОЛЗУЕМЫХ В ОРТОДОНТИИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ВИДЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ).

*Муртазаев С.С., Отамуродова Г.С магистр I курс, Кодирова С.У магистр I курс,
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования.*

Введение. Ортодонтическое лечение – сложный процесс, требующий метода, который сбалансирует ортодонтическую биомеханику конкретного пациента. Контроль за опорой, краеугольный камень ортодонтической силовой системы. Опора обеспечивается различными конструкциями, которые сопротивляются силам реакции, вызванной активными компонентами. Любое нежелательное перемещение зубов должно быть под контролем, или неправильный прикус будет ухудшаться при выравнивании зубов. Таким образом, контроль фиксации имеет основополагающее значение для успешного ортодонтического лечения.

В классической брекет-системе такой опорой служат собственные зубы пациентов, которые тоже, в свою очередь, подвержены смещению. Теперь же появилась возможность использовать искусственные опоры — микроимпланты, которые размещаются в необходимом (оптимальном) для лечения месте и в отличие от естественных зубов, не подвержены смещению. Именно это существенно и повышает эффективность ортодонтического лечения.

Цель. Узнать информацию об ортодонтических микроимплантах, виды, характеристики.

Материалы и методы исследования.

Выбор микроимплантатов:

1) В зависимости от длины винта:

Размер части варьируется от 5 мм до 12 мм. 6 мм винта;

2) В зависимости от диаметра:

Диаметры микроимплантатов варьируются от 1,2

мм до 2,7 мм, поэтому их можно разместить в любом месте в ротовой полости

В зависимости от межрадикулярного расстояния
качество кости и место размещения, мы можем выбрать
разные диаметры микроимплантатов;

3) В зависимости от мест вставки:

- Щечная и губная области верхней челюсти;
- Небные области верхней челюсти;
- Срединно-небный шов;
- Щечная и губная области нижней челюсти.

Результаты. На начальных этапах разработки микроимплантатов авторы использовали хирургические микровинты для ортодонтической фиксации, в частности винты от Leibinger (ныне Stryker Osteosynthesis, подразделение Stryker, Фрайбург, Германия) и Osteomed (Аддисон, Техас). Эти винты имели диаметр 1,2 мм и длину от 5 до 10 мм. Вероятность успеха этих хирургических винтов варьировалась от 80% до 90%, в зависимости от места установки. Одним из главных недостатков этих хирургических винтов было отсутствие какой-либо «надстройки» на головке для крепления резинок. Чтобы обойти эту проблему, лигатурную проволоку привязывали к шее (под головкой винта), а затем загибали вверх, образуя крючок. Этот крючок вызывал стойкое воспаление вокруг микровинтовых имплантатов. Современные микроимпланты имеют на головке крючок, кнопку или кронштейн для крепления эластичных материалов, что сводит к минимуму воспаление. Коническая форма туловища над головой отталкивает эластичный материал от мягких тканей и предотвращает защемление мягких тканей, особенно вокруг возвышения клыка. Для упрощения установки имплантатов также были разработаны самосверлящие микроимпланты.

Недавно разработанные микроимплантаты (Абсоанкор): А, маленькая головка (SH); В – без головы (NH); С — длинная голова (LH); D — круглая головка (CH); Е — головка фиксации (ФГ); F, головка кронштейна (BH). (С разрешения Dentos Inc., Тэгу, Южная Корея.)

Микроимплантаты диаметром от 1,2 до 1,6 мм достаточно малы, чтобы их можно было разместить в большинстве анатомических мест полости рта, включая небо, подбородок, ретромолярную область и межрадикулярные промежутки между корнями зубов. После установки не менее 6 мм общей длины микроимплантата должно быть внедрено в кость верхней челюсти и 4 мм — нижней челюсти. Авторы обычно предпочитают использовать микроимплантаты длиной от 7 до 8 мм в щечной альвеолярной кости верхней челюсти и длиной от 5 до 6 мм в щечной стороне нижней челюсти. В небную альвеолярную кость верхней челюсти необходимо установить микроимплантаты длиной от 10 до 12 мм, чтобы компенсировать толщину мягких тканей неба и сохранить внедрение микроимплантатов в кость длиной 6 мм. Наиболее распространенный диаметр микроимплантатов составляет 1,3 мм на верхней челюсти, 1,4 мм на нижней челюсти и 1,5 или 1,6 мм в средненебной области, где нет зубов.



Выводы.

Использование микроимплантов сокращает сроки ортодонтического лечения.

Применение микроимплантов позволяет в ряде случаев свести число брекетов к минимуму.

Данная методика дает более предсказуемый результат и надежность ортодонтического лечения, так как ход лечения больше контролируется врачом и в меньшей степени зависит от пациента. При традиционном ортодонтическом лечении, зачастую, невозможно добиться хорошего прикуса, если пациент не будет хорошо носить межчелюстные эластики или выполнять другие рекомендации врача.

Литература.

1. Kanomi R: Mini-implant for orthodontic anchorage. J Clin Orthod 31:763, 1997.
2. Kyung HM, Park HS, Bae SM, Sung JH, Kim IB. Development of orthodontic microimplants of intraoral anchorage. J Clin Orthod 2003;37:321-8.-analysis. Stomatologija 2005;7:128-32.
3. Coburn DG, Kennedy DW, Hodder SC: Complications with intermaxillary fixation screws in the management of fractured mandibles. Br J Oral Maxillofac Surg 40:241, 2002.
4. G. Fabbioni *et al.* Transalveolar screws and the incidence of dental damage A prospective study Int J Oral Maxillofac Surg, 2004.
5. Haanaes HR, Stenvik A, Beyer-Olsen ES, et al: The efficacy of two-stage titanium implants as orthodontic anchorage in the preprosthodontic correction of third molars in adults—A report of three cases. Eur J Orthod 13:287, 1991.
6. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
7. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Мухитдинова Э.Т., студент 103А группы стом ТГСИ

*Научный руководитель: Турсунбаева И.Ф., ассистент кафедры
Пропедевтика ортопедической стоматологии Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан*

Актуальность темы: В современной ортопедической стоматологии для лечения пациента и изготовления зубного протеза или лечебного аппарата необходимо получать оттиск. Оттиски снимают для получения диагностических, контрольных, основных и вспомогательных моделей челюстей. Этот этап лечения имеет исключительно важное значение, поскольку точность оттиска в значительной мере определяет качество модели, на которой осуществляется конструирование протеза, а, следовательно, и качество самого протеза. В настоящее время для изготовления ортопедических аппаратов и протезов используется разнообразные материалы и технологические процессы, количество которых с каждым годом увеличивается.

Цели и задачи: Изучить классификацию оттискных материалов и их роль в ортопедической стоматологической практике.

Классификация материалов: Твердые и эластичные. Твердые подразделяются на обратимые и необратимые, а, эластичные в свою очередь, на гидроколлоидные и

эластомерные.

Обсуждение: Каждый из них обладает собственными физическими, химическими и медико-техническими свойствами и требованиями. От стоматолога требуется умение пользоваться различными оттискными материалами, знание их свойств для управления многочисленных технологических процессов при изготовлении аппаратов и протезов. Разнообразие встречающихся клинических ситуаций диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору материала. Важно правильно подобрать материал, ведь от этого зависит качество дальнейшего восстановления и лечения зуба. Врач должен внимательно оценить состояние ротовой полости и зубов, подобрать нужный материал, правильно снять замеры и выполнить по ним конструкцию.

Выводы: Модели, получаемые по оттискам позволяют не только изготавливать ортопедические конструкции и аппараты, но также являются диагностическими, позволяя правильно поставить диагноз и составить грамотный план лечения. От их качества и правильного подбора в каждом конкретном клиническом случае зависит качество изготовленных зубных протезов. Именно по этой причине к оттискным материалам предъявляют высокие медико-технические требования.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

***Набиев К.А.** - Студент 1 курса клинической ординатуры по направлению
ортопедической стоматологии*

*Научный руководитель: **Акбаров А.Н.**-Заведующий кафедрой
факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского
государственного стоматологического института, Узбекистан*

***Хабилов Д.Н.**-Ассистент кафедры факультетской ортопедической
стоматологии Ташкентского государственного стоматологического
института, Узбекистан.*

Актуальность: Атрофические и гиперпластические процессы в тканях полости рта у пациентов, перенесших инфекционное заболевание Covid-19, могут усиливаться под действием местных травмирующих факторов (протетические конструкции и др.), ведущих к развитию долго не заживающих, резистентных к традиционной терапии язв и других нарушений целостности слизистой оболочки полости рта. Образованный дефект верхней челюсти и окружающих мягких тканей после операции тотальной резекции, затрудняет использование съемных obturating конструкций, страдают функции речи, жевания, глотания и эстетический вид пациентов.

Цель исследования: Исследование было направлено на изучение влияния антисептического препарата на СОПР пациентов с постковидным синдромом.

Материал и методы. Все пациенты (40 человек) были разделены на 2 группы сравнения в зависимости от выбора конструкционного материала.

- группу 1 составили 20 пациентов, которым базисы протезов были изготовлены из **полиакриловой пластмассы**, а obturators - также из данной

полиакриловой пластмассы (А/А). Данная группа была поделена на 2 подгруппы, 10 пациентам первой подгруппы были изготовлены протезы с двухслойным базисом с мягкой подкладкой. Остальным пациентам были изготовлены протезы без мягкой подкладки.

- группу 2 составил 20 пациентов, которым были изготовлены obturatory из поливинилсилоксана, а протез из комбинированного материала (поливинилсилоксан и полиакрила) (ПВС/К).

Для группы контроля отобраны 20 пациентов с полной вторичной адентией (40-65 лет) без патологии сердечно-сосудистой и зубочелюстной систем.

Количественные показатели микроорганизмов в исследовании приводились в единицах образования колоний микробов в 1 мл слюны (КОЕ) и их встречаемости по отношению к количеству пациентов, а также к общему количеству выделенных штаммов микроорганизмов. Результаты выделения микроорганизмов в смешанной слюне пациентов, контрольной группы и основных групп пациентов, перенесших Covid-19 и после хирургического вмешательства.

Результаты исследования. В полости рта контингента пациентов контрольной группы с полной вторичной адентией встречались строгие анаэробные, факультативные и аэробные бактерии. Всего было выделено 110 штаммов бактерий. Из них 40 штаммов были представителями анаэробных бактерий (36,4%), а 70 штаммов были факультативными и аэробными бактериями (63,6%). В смешанной слюне пациентов контрольной группы среди анаэробных микроорганизмов были обнаружены персистирующие резидентные бактерии (*Lactobacillus* sp., *Veillonella* sp., *Peptostreptococcus* sp.), на долю которых приходилось 67,5% от общего числа анаэробов, а в состав постоянно не встречающихся (30%) были включены (*Bacteroidis* sp., *Fusobacterium*.sp.). Из транзиторных анаэробных бактерий *Prevotella* sp. была обнаружена в контрольной группе только в 1 случае (2,5%).

Из факультативных аэробных бактерий были выделены стрептококки в 39% случаев от общего числа выделенных штаммов. Резидентные микроорганизмы (*Str.salivaris*, *Str.mitis*, *S. Epidermidis*, дифтероиды) составляют 57,2% от общего числа аэробных микроорганизмов, в то время как бактерии, нерезидентной микрофлоры полости рта (*Str.mutans*, *Enterococcus* sp., *Candida* sp., *Actinomyces*), были обнаружены в 28,6%. В микрофлоре полости рта контрольной группы не было выделено патогенных представителей анаэробных бактерий, но были обнаружены в 2 случаях штаммы факультативных бактерий *S. aureus* и в 4 случаях *Str. pyogens*, но их количественное значение было в пределах допустимого.

Развивающиеся дисбиотические изменения в полости рта у пациентов, перенесших Covid-19 и после проведенной операции костной резекции, наблюдались в ряде бактериальных поколений и видов. В обеих основных группах пациентов персистирующий автохтон встречается в биотопе полости рта в виде стойких анаэробных бактерий (*Peptostreptococcus* ssp., *Veillonella* ssp., *Lactobacillus* ssp.), а также аэробных и факультативных анаэробов (*Str.salivarius*.,

Str.mitis., дифтероиды и S. epidermidis). Наблюдалось снижение их количественных показателей и их встречаемость.

Заключение. Полученные данные демонстрируют, что важнейшие резидентные виды микробной флоры полости рта обладают способностью к усиленной колонизации ротовой полости у пациентов с протезами, базисы которых изготовлены из полиакриловых пластмасс, по сравнению с пациентами, чьи протезы изготовлены на базе комбинированного материала, что может стать причиной различных осложнений воспалительного характера и прогрессирования пародонтита у данного контингента больных.

ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС У ДЕТЕЙ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М., магистр Атамуратова Нодира Бекпулатовна, ст-ка 504 гр. БС Хазраткулова Осие.
Кафедра ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института.*

Открытый прикус — самая тяжелая аномалия зубочелюстной системы. По данным наших авторов (Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., др., 2013) при обследовании детей дошкольного возраста в городе Ташкенте выявлено, что среди детей 3-6 лет открытый прикус составляет 1,4%.

Открытый прикус рассматривается как самостоятельная форма зубочелюстных аномалий, так и может сочетаться с другими нарушениями в трансверзальном или сагиттальном направлении. По литературным данным открытый прикус в 62% случаев встречается вместе с мезиальным соотношением зубных рядов.

Цель исследования: совершенствовать диагностику открытого прикуса у детей сменного прикуса и проводить раннее его лечение.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено среди детей школ №8, №64 и №256 г. Ташкента в возрасте от 6 до 16 лет. Были проведены следующие методы исследования: клинические, фотометрические, антропометрические, графические, рентгенологические и определены основные функции зубочелюстной системы (функциональные методы обследования).

Результаты исследования: по результатам обследования из 348 обследованных школьников у 29 (8,33%) был диагностирован открытый прикус, из них 16 (55,17%) мальчиков и 13 (44,83%) девочек. Из них у 18 (62,07%) был открытый прикус вследствие вредных привычек, у 4 (13,79%) - рахитический открытый прикус с сужением верхней челюсти и 7 (24,14%) от нарушения носового дыхания за счет ЛОР патологии и привычки дышать ртом.

При антропометрическом анализе моделей челюстей по методу Пона у всех 29 пациентов с открытым прикусом было обнаружено сужение зубного ряда. Антропометрические измерения зубного ряда по Коркхаузу в 8 (27,59%) случаях выявлена протрузия фронтальных зубов, в 3 (10,34%) случаях ретрузия в передней части зубного ряда, а в 6 случаях (20,69%) выявлены искаженная форма

зубной дуги.

Проведенные рентгенологические исследования, используя ортопантомографию (ОПТГ) и телерентгенографию (ТРГ) и их анализ показал, что при изучении телерентгенограмм головы в боковой проекции позволили выявить смещения нижней челюсти, увеличения B,NSe/MP а так же уменьшения угла горизонтали, инклинации Pn/MP, NSe/Po ,Is-SPp.

При ортодонтическом лечении детей с открытым прикусом придерживались следующих принципов: устранение этиологических факторов, расширение верхней и/или нижней зубной дуги, зубоальвеолярное удлинение фронтальных зубов и зубоальвеолярное укорочение жевательных зубов. При этом придерживались принципа: какая зубная дуга челюсти виновна в формировании открытого прикуса и какая степень тяжести аномалии.

С этой целью у больных в раннем сменном прикусе применяли миогимнастические (миофункциональные тренажеры) упражнения и преимущественно съемные ортодонтические аппараты: пластинки с решеткой для языка, расширяющие пластинки окклюзионной накладкой, IV типа регулятора функции Френкеля (рис. 4).

Детям в период позднего сменного прикуса и в период постоянного прикуса были использованы расширяющие несъемные ортодонтические аппараты - аппараты Derexweiler, нами разработанный магнитный расширяющий несъемный аппарат (аппарат Нигматова, Кадырова) и брекет-систему Edgewise, с использованием многопетлевой дуги (МЕAW) согласно инструкции.

Общий срок лечения детей с травматическим открытым прикусом составил 8-9 месяцев, а общий срок лечения детей с открытым прикусом рахитического типа - 18-24 $\pm$ 4 месяца.

Заключение

Лечение прошло консервативным ортодонтическим путем с помощью миогимнастики, расширяющих пластинок и индивидуальной дуги МЕAW. Курс лечения от 8-9 месяцев до 18-24 $\pm$ 4 месяцев. Показатели телерентгенограммы после лечения в пределах нормы.

Пациентам проведены анкетирование после лечения. Результаты показали положительную динамику в виде улучшения дикции и приема пищи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Али Алаа Эддин Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей. / Дисс. ... к.м.н., М., 2021. 152.с.
2. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
3. Клинико-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом. // Аралов Мирзобек Бахромович, Нигматов Рахматулла Нигматович, Сайдиганиев Саидахрор Санжар угли, Шаамухамедова Феруза Абдулхаковна. / Международный научно-практический журнал «Вестник Бобек», Astana, Kazakhstan. февраль, 2024. - С.126-129.
4. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры

ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

5. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. М.: МЕДпресс-информ, 2017.

6. Рентгенологическое исследование детей с открытым прикусом. // Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Шаамухаммедова Ф.А. / Научно-практический журнал «Stomatologiya». 2024, № 1 (94), Т.- 2024. – С. 67-71.

7. Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., Раззаков Ш.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалий и деформация зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Среднеазиатский научно-практический журнал “Стоматология” –Т. -№3-4, 2013. С-73-77.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА

Нормирзаев Ш.Н. магистр I курса кафедры госпитальной ортопедической стоматологии

Научный руководитель: Ризаева С.М. профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Узбекистан*

Актуальность. На сегодняшний день все большее распространение получает протезирование на имплантатах. Большинство клиницистов используют при имплантации метод отсроченной нагрузки, который имеет наименьший процент осложнений и является классическим. Вместе с тем, в последнее время возрастает интерес к имплантации с немедленной нагрузкой, когда пациенту сразу же после установки имплантата изготавливают временную конструкцию, которая не только замещает отсутствующие зубы, но и воздействует на подлежащие ткани. В статье представлена информация об использовании авторской конструкции индивидуального абатмента, используемого одновременно как протез и как формирователь десневого желобка.

Ключевые слова: имплантация, формирователь десны, десневой желобок, индивидуальный абатмент.

Цель исследования: получение точной эстетики

Материалы и методы исследования: При протезировании на имплантатах классическим методом после формирования десны в тот же имплантат устанавливает абатмент. Его форма определяется будущим протезом.

Конструкция ряда абатментов позволяет использовать его в двух вариантах: непосредственно по прямому назначению – для закрепления на нём коронки зуба, и как формирователь десны, для чего на абатмент закрепляют заживляющий колпачок. При использовании абатментов в качестве формирователя десны нередко формируются только недостающие в свободной десне межзубные сосочки. Свободная десна охватывает зуб неплотно, в результате чего остаётся открытым доступ для вирусной и бактериальной инфекции во внутренний имплантируемый объём альвеолярного отростка, что повышает возможность возникновения воспалительных процессов и ухудшает условия для быстрого заживления мягких тканей в области формирователя десны. По этой же причине при одноэтапной имплантации, когда на абатмент сразу закрепляют коронку замещающего зуба, ухудшаются условия для заживления тканей. Преимуществом индивидуализации абатмента является то что он изготавливается в форме зуба и может выполнить роль временной коронки, на боковой поверхности которого в области шейки выполнен круговой желобок. Индивидуализировать абатмента можно с помощью пластмассы, а также композитных материалов.

Многие стоматологи размещают белые и ровные искусственные коронки на имплантатах. Но мало кто задумывается, что в восстановлении нуждается не только зубной ряд, но и десна, которая утратила естественный контур в той области, где выпал зуб. Именно поэтому, одним из этапов имплантации является установка формирователя десны. Назначение формирователя – создание естественного контура десны вокруг зубного протеза. От правильности его установки зависит красота зубного ряда.

Внешне изделие напоминает металлический болт, на цилиндрическую ножку которого нанесена плотная резьба. Формирователь прикручивают непосредственно к вживленному имплантату и крепко фиксируют, чтобы он не выпал. Размер и форма изделия подбираются индивидуально для каждого пациента и зависят от габаритов и расположения будущего зубного протеза. Формирователи могут быть сделаны из следующих материалов: титана, циркония, пластика, керамики.

После установки абатмента авторской конструкции на имплантат в процессе формирования десны образуется фиброзное кольцо, которое плотно охватывает шейку замещающего зуба – абатмента, аналогично десневому желобку. Таким образом, обеспечивается возможность создания в процессе формирования десны герметизирующей структуры, препятствующей проникновению в альвеолярный отросток инфекции, вызывающей возникновение и развитие патологических процессов. Это способствует быстрому заживлению мягких тканей десны в процессе её формирования в области абатмента, что особенно важно при использовании абатмента для одноэтапного протезирования. Важно отметить, что улучшается эстетика результатов протезирования.

Заключение. Использование индивидуальных модифицированных формирователей десны вокруг дентальных имплантатов после их остеоинтеграции показало наилучшей эффективности для формирования

десны. Сравнительная клинико-функциональная оценка регенерации мягких тканей вокруг дентальных имплантатов в период формирования десны выявила, что имплантация по методу индивидуального немедленного формирования десны был средним 25-30 процент положительных преимуществ по сравнению с двумя другими методами (имплантация по методу традиционного отсроченного и индивидуального отсроченного формирования десны). Разработан авторский метод немедленного формирования десны «композитное озеро», который способствует немедленному формированию десны соответственно профилю прорезывания определенной группы зубов. Данный способ формирования десны обеспечивает плотный охват десной пришеечной части имплантата, что создает благоприятные условия для регенерации мягких тканей и приводит к достижению защитной барьерной функции на границе имплантат - десна и сокращает сроки заживления в 2 раза.

ДИАГНОСТИКА ВЫВИХОВ ДИСКОВ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ

Нуритдинов У.А. соискатель кафедры ортопедической стоматологии

Научный руководитель: Фаттахов Р.А., д.м.н., кафедра повышения квалификации терапевтов-стоматологов с курсом ортопедической стоматологии ТГСИ

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность. Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является одной из актуальных проблем современной стоматологии. По распространённости она занимает третье место среди заболеваний зубочелюстной системы после кариеса и поражений пародонта. По данным разных авторов, распространённость заболеваний ВНЧС составляет от 37 до 67% и от 20 до 70% среди всех пациентов, которым обращаются за стоматологической помощью. У женщин и мужчин она разная, составляя в среднем в соотношении от 4:1 до 12:1.

Наличие большого количества разнообразных проявлений клинических признаков данной патологии, отсутствия общепринятой классификации и единого взгляда на патогенез, несистематизированность методов диагностики приводят к тому, что пациенты наблюдаются у специалистов разного профиля: ортодонт, стоматологов-ортопедов, нейростоматологов, хирургов-стоматологов, отоларингологов, физиотерапевтов, ревматологов.

В этой связи при исследовании патологии ВНЧС используют обобщенный термин «внутренние нарушения», а некоторые авторы применяют определение «внутренние расстройства» при заболеваниях ВНЧС, акцентируя преимущественно внимание на нарушениях его топографии, а именно состояния дисков. Эти термины в определенной степени сочетают описание только функциональных нарушений в ВНЧС и мышцах, но такая ситуация позволяет не

только определить смеси функции сустава, но и сформулировать диагноз.

Для выявления «внутренних нарушений ВНЧС» в основном используют неинвазивный, безопасный метод диагностики - магнитно-резонансную томографию (МРТ). Данное исследование позволяет получить точное изображение периартикулярных тканей ВНЧС без лучевой нагрузки, что делает его применение особенно информативным не только при непосредственном обследовании, которое и несет дополнительные сведения о состоянии прилегающих мягкотканых структур головы и шеи.

Цель исследования: изучение топографо-анатомических особенностей вывихов дисков ВНЧС методом магнитно-резонансной томографии.

Материалы и методы исследований. Объектами исследований явились 25 лиц обоих полов, разного возраста с выявленными вывихами дисков ВНЧС, которым применялась МРТ для установления топографо-анатомических особенностей суставных дисков ВНЧС и признаков их вывиха.

Результаты и обсуждение. У пациентов с односторонним вывихом суставных дисков ВНЧС наблюдались передние вывихи, распределенные по степени амплитуды смещения: на $1/3$, $1/2$ и $2/3$ длины диска и полный вывих. Переднее смещение диска на $1/3$ было обнаружено только у 3,65% пациентов в состоянии «закрытый рот». Дегенеративные изменения диска одновременно с обеих сторон наблюдались у 13,18% пациентов и 18,04% пациентов на стороне вывиха. У 22,7% пациентов определялось истончение диска с правой стороны при отсутствии изменений диска слева, что подтверждено МРТ. Средние размеры суставных дисков ВНЧС на стороны вывиха короче и уже, чем на стороне без вывиха и у здоровых лиц.

У пациентов с двусторонним вывихом суставных дисков ВНЧС передние вывихи распределились по степени амплитуды смещения: на $1/3$, $1/2$ и $2/3$ длины диска, полный вывих и вывих с латеральным смещением. Смещение диска на $1/3$ не обнаружено, а его утончение с левой стороны обнаружено у 20,0% пациентов, с правой - у 16,0% при отсутствии дегенеративных изменений. Средние размеры суставных дисков с обеих сторон при закрытом рту длиннее и уже, чем при открытом рту. По сравнению со средними размерами суставных дисков ВНЧС здоровых лиц средние размеры дисков более короткие и более узкие.

Заключение. Лечение пациентов с вывихами ВНЧС достаточно длительное, не всегда эффективное и является одной из наиболее актуальных и сложных проблем. Многие из предложенных методов лечения являются симптоматическими и не дают достаточной эффективности. Во время работы со специальной литературой мы обратили внимание на то, что, к сожалению, в доступных источниках литературы с описанием проявлений функциональных нарушений ВНЧС, возникающих вследствие патологических дислокации «суставных дисков», информации крайне недостаточно. Это и обуславливает необходимость поиска в данном направлении и актуальность предстоящей научной работы.

Мавзунинг долзарблиги. Ортодонтиядаги II класс муаммолари, юқори кесма тишларнинг пастки қисмига нисбатан ретропозицияси билан тавсифланади, бу нафақат эстетик нуқсонларни, балки чайнаш, нутқ ва оғиз бўшлиғи касалликлари каби функционал бузилишларни ҳам келтириб чиқарадиган тиш аномалияларининг кенг тарқалган гуруҳидир. Ушбу патологияни ўрганиш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам берадиган самарали диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш учун катта аҳамиятга эга.

Тадқиқотнинг мақсади. Ортодонтияда II класс муаммоларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари ҳар томонлама таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот доирасида II класс муаммоларни ташхислаш ва даволашга бағишланган илмий адабиётларни тизимли таҳлил қилиш амалга оширилди. Қуйидаги усуллар ўрганилди:

• **Клиник ҳолатларнинг таҳлили:** II класс муаммолари бўлган беморларнинг реал ҳолатларини ўрганиш клиник кўринишнинг хусусиятларини, касалликнинг кечишини ва унинг ҳаёт сифатига таъсирини аниқлаш имконини берди.

• **Даволаш усуллари**нинг қиёсий таҳлили: Турли хил даволаш усуллари, жумладан, брекетлар, элайнерлар, жарроҳлик аралашувлар ва комбинацияланган ёндашувларни қиёсий ўрганиш, уларнинг самарадорлиги, афзалликлари ва камчиликларини баҳолаш ўтказилди.

• **Усулларнинг самарадорлигини баҳолаш:** Илмий тадқиқот натижаларини ўрганиш II класс муаммоларни ташхислаш ва даволашнинг турли усуллари

нинг самарадорлигини баҳолаш, улардан энг самарадорлигини ажратиш имконини берди.

Натижалар.

II класс муаммолар диагностикаси. II класс муаммоларни самарали ташхислаш интеграциялашган ёндашувга асосланади, жумладан:

• **Клиник текширув:** Тажрибали ортодонт тишлар қаторини визуал текширувдан ўтказди, кесув тишларининг бир бирига муносабатини баҳолайди, торлик (скученность) ва кенглик (щель) борлигини аниқлайди, тишлар орасидаги бўшлиқлар мавжудлигини ҳамда прикусдаги бошқа муаммолар бор ёки йўқлигини аниқлайди.

• **Рентгенография:** Бош суягининг ортопантомограммаси ва телерэнтгенограммаси каби рентген тасвирлари жағнинг суяк тўқималарининг тузилиши, тишларнинг ҳолати ва уларнинг илдизлари ҳақида батафсил маълумот олиш имконини беради.

•**Цефалометрия:** Рентгенограммаларнинг сефалометрик таҳлили бош суяги ва юзнинг турли анатомик тузилмалари ўртасидаги муносабатларнинг микдорий баҳосини беради, бу эса II класс муаммоларни юқори аниқлик билан ташхислаш имконини беради.

•**Тишларни моделлаштириш:** Тиш қаторларининг диагностик моделларини тайёрлаш ортодонтга тишларнинг ҳолатини тасаввур қилиш ва энг самарали даволашни режалаштиришга ёрдам беради.

II класс муаммоларни даволаш. II класс муаммоларини даволаш усулини танлаш беморнинг индивидуал хусусиятларига, аномалиянинг ҳолатига боғлиқ. Энг кенг тарқалган даволаш усуллари қуйидагиларни ўз ичига олади:

•**Аппарат билан ишлов бериш:** Брекет ва элайнерлар тишларни тўғри ҳолатга олиб келади ва прикус коррекциясини амалга оширади.

•**Жарроҳлик даволаш:** Баъзи ҳолларда аппарат билан даволаш самарасиз бўлса, жағ суяги тўқималарининг ҳолатини жарроҳлик йўли билан даволаш талаб қилиниши мумкин.

•**Комбинацияланган даволаш:** Жарроҳлик ва аппарат усуллари комбинациялаш қийин клиник вазиятларда оптимал натижаларга эришиш имконини беради.

Даволаш самарадорлигига таъсир қилувчи омиллар. II класс муаммоларини даволашнинг муваффақияти бир қатор омилларга боғлиқ, масалан:

•**Аномалиянинг оғир даражаси:** Патология қанчалик эрта аниқланса ва аномалия қанчалик кам аниқланса, керакли натижага эришиш шунчалик осон бўлади.

•**Беморнинг ёши:** Болалик ва ўсмирлик ортодонтик даволаниш учун энг қулай давр ҳисобланади, чунки бу даврда суяк тўқимаси эгилувчан бўлади.

•**Биргаликда кечадиган касалликлар:** Қандли диабет ёки юқори ва пастки бўғим касалликлари каби айрим касалликларнинг мавжудлиги даволаш вақти ва самарадорлигига таъсир қилиши мумкин.

Хулоса.

Ортодонтиядаги II класс муаммолар диагностика ва даволашга комплекс ёндашувни талаб қиладиган мураккаб патология ҳисобланади. Цефалометрия ва компьютерни моделлаштириш каби замонавий диагностика усуллари аномалиянинг хусусиятларини аниқ аниқлаш ва самарали даволашни режалаштириш имконини беради. Даволаш усулини танлаш беморнинг индивидуал хусусиятларига, аномалиянинг оғирлигига ва бирга келадиган касалликларга боғлиқ. Ўз вақтида ташхис қўйиш ва тўғри даволаш билан II класс муаммолари муваффақиятли даволаниши мумкин, бу нафақат табассумнинг эстетикасини, балки беморнинг ҳаёт сифатини ҳам яхшилайти.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА АРОМАТИЧЕСКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

*Рамазонава Г.Э. базовый докторант кафедры ГОС
Научный руководитель: Мун Т.О., д.м.н., доцент кафедры ФОС
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Нефтехимическая промышленность является одной из важнейших отраслей экономики страны, производящая различные синтетические материалы и изделия на основе продуктов переработки нефти и природного газа: нефтепродукты (различные виды топлива), синтетический каучук, резинотехнические изделия (латекс), смазочные материалы, растворители, кокс и тд. Современное промышленное производство ароматических углеводородов основано на процессах переработки нефтяных фракций, а именно бензол-толуол-ксилольная и этилбензол-стирольная. Ароматические углеводороды или арены это углеводороды, молекулы которых имеют в своем составе одно или несколько бензольных колец (бензоидные) или же другую ароматическую систему (небензоидные). Наиболее важными аренами являются: бензол, толуол, ксилолы, этилбензол, винилбензол, кумол, нафталин и их производные.

Химические процессы сопровождаются выделением определенного количества экотоксикантов во внешнюю среду рабочей зоны, за счет применения катализаторов тяжелых металлов, высокого температурного и барометрического режима (давление от атмосферного до 400 МПа, температура от 60 до 700°C) вследствие их реакции окисления, пиролиза, а также их калибровки, фасовки, перемещения, уборки остаточного продукта.

Комплекс профессионально-производственных факторов влияет на состояние органов полости рта и приводит к развитию таких хронических заболеваний, как гипертрофия небных миндалин, субъатрофические заболевания СОПР, воспаление тканей пародонта, кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов.

Цель исследования. Целью нашего исследования являлось изучение распространенности и интенсивности заболеваемости твердых тканей зубов, а именно:

- интенсивность кариеса зубов;

- распространенность некариозных поражений у рабочих производства ароматических углеводородов (бензол, толуол, этилбензол, стирол) для разработки эффективной программы профилактики и лечения.

Материалы и методы. В качестве основной группы нами были обследованы 93 рабочих, занятых на производстве БТК и ЭБС, подразделенных на 2 группы в зависимости от стажа работы. 1ю группу составили лица со стажем работы до 10 лет, 2ю (51) — более 10 лет.

Контрольная группа состояла из 60 сотрудников, профессиональная деятельность которых не была связана с действием вредных факторов (ответственные за административную часть) производства: 35 человек со стажем

работы до 10 лет и 25 — более 10 лет. Внутриротовой осмотр проводили при естественном освещении, при необходимости использовали дополнительный источник света. Осмотр ротовой полости проводился с использованием ротовых зеркал и зондов.

Статистический анализ результатов опроса и осмотра проведен при помощи программы OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США) применяя метод Two-sample t-Test. Значение p менее 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты и обсуждение. При сборе анамнеза работники чаще жаловались на застревание пищи и на почернения зубов, это свидетельствует с хроническим течением процесса. И только некоторые жаловались на боли от температурных раздражителей и от сладкого. В группе со стажем до 10 лет у рабочих индекс КПУ составил $18,4 \pm 0,25$. А в группе со стажем более 10 лет отмечается увеличение частоты встречаемости кариеса.

Из некариозных поражений ведущую роль имели патологическая стираемость и клиновидный дефект. Патологическая стираемость $42,85 \pm 3,4\%$ (до 10ти лет); $42,85 \pm 3,02\%$ (после 10 лет) случаев. Клиновидный дефект встречался 59,52% и 49,02%. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о непосредственном влиянии техногенного фактора на распространенность кариозных и некариозных поражений твердых тканей зубов.

По данным обследования также выявлено поражения твёрдых тканей зубов у 98,92% работников, из них 10,75 % некариозного происхождения.

Заключение. Стоматологическая заболеваемость среди работников промышленных предприятий проявляется высокими показателями распространенности и интенсивности заболеваний твердых тканей зубов и пародонта.

Внедрение комплекса организационно-методических, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, разработанных с учетом результатов проведенных клинико-статистических и социологических исследований, способствуют повышению качества оказания стоматологической помощи, улучшению показателей стоматологического здоровья у работников нефтегазоперерабатывающего завода Кашкадарьинской области.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Расулова М. ординатор 1 курс кафедры пропедевтика ортопедической стоматологии.

Научный руководитель: Салимов О.Р., д.м.н., зав. кафедры пропедевтика ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность.

Повышение эффективности диагностики и терапии: Искусственный интеллект может помочь стоматологам более точно и быстро диагностировать

различные стоматологические проблемы, включая ортопедические дефекты верхней челюсти. Это может сократить время диагностики и разработки плана лечения. Пользовательские ортопедические решения: С использованием искусственного интеллекта можно разрабатывать ортопедические конструкции и импланты, которые максимально соответствуют индивидуальным потребностям пациента. Это позволяет создавать персонализированные решения.

Цель работы.

Исследовать актуальные приложения и потенциал искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии с целью повышения эффективности диагностики, лечения и реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти. Для достижения этой цели, статья может включать следующие задачи:

Материалы и методы.

Исходные данные:

В этой части стоит представить обзор исходных данных и информационных ресурсов, которые использовались для исследования. Это может включать в себя медицинскую литературу, данные клинических случаев, статистические данные и исследования.

Используемые методы:

Опишите методы исследования, которые были применены. Это могут быть литературные обзоры, анализ клинических случаев, интервью с экспертами и другие методики.

Обзор существующих технологий и приложений:

Опишите существующие технологии и приложения искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии, которые были рассмотрены в исследовании.

Клинические случаи и пациенты:

Если исследование включает анализ клинических случаев, опишите характеристики пациентов, включая их медицинскую историю, диагнозы и результаты лечения.

Этические соображения:

Если ваше исследование включает обработку персональных данных пациентов, обсудите меры, принятые для обеспечения конфиденциальности и соблюдения этических стандартов.

Статистический анализ (по необходимости):

Если проводился статистический анализ данных, предоставьте информацию о методах статистического анализа, используемых программных средствах и статистических показателях.

Инструменты и технологии:

Укажите использованные программные средства, инструменты и технологии, такие как специализированные программы для анализа изображений, алгоритмы машинного обучения и другие.

Результаты и их обсуждение.

Улучшение точности диагностики: Исследование показало, что использование искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии значительно повышает точность диагностики ортопедических дефектов верхней челюсти. Автоматизированные системы, основанные на машинном обучении, позволяют обнаруживать даже незначительные изменения и аномалии, что ранее могло быть упущено.

Заключение: В заключении подведите итоги исследования и подчеркните важность дальнейшего развития и применения искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии для улучшения уровня медицинской помощи и качества жизни пациентов.

Выводы.

Искусственный интеллект – неотъемлемая часть современной ортопедической стоматологии: Результаты исследования подтверждают, что искусственный интеллект становится все более важным элементом стоматологической практики. Он значительно улучшает точность диагностики, обеспечивает персонализированные решения и помогает снижать риск ошибок.

Преимущества для пациентов: Использование ИИ в ортопедической стоматологии приносит ощутимые преимущества для пациентов. Это предполагает более точную и быструю диагностику, персонализированный план лечения, более высокий уровень качества терапии.

Снижение риска ошибок и оптимизация лечения: Искусственный интеллект помогает стоматологам снижать вероятность ошибок и оптимизировать планы лечения, что особенно важно для пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Этические аспекты и конфиденциальность данных: Использование ИИ поднимает важные этические вопросы, включая конфиденциальность данных пациентов. Необходимо строго соблюдать стандарты безопасности и этические нормы при работе с ИИ.

Направления для будущих исследований: Результаты исследования указывают на необходимость дальнейших исследований в области применения искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии. Это включает в себя разработку более сложных алгоритмов, обучение стоматологов в работе с ИИ и разработку эффективных моделей соблюдения этических стандартов.

Заключение: В заключении можно подчеркнуть, что использование искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии открывает новые возможности для улучшения качества стоматологической помощи и обеспечивает более успешные результаты лечения для пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, *24*, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant

- Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, 10, 85–92. [CrossRef] [PubMed]
3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, 38, 286–294. [CrossRef]
4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Bragger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, 20, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Расулова М. ординатор 1 курс кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии.

Научный руководитель: Салимов О.Р., д.м.н., зав. кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии

*Шахметова М.Х. доцент кафедры ортопедической стоматологии
Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность.

Искусственный интеллект значительно повышает точность, безопасность и эффективность процедур в ортопедической стоматологии. Он обеспечивает персонализированный подход и увеличивает качество лечения пациентов, перенося эту область медицины на новый уровень. В последующих разделах этой статьи мы подробно рассмотрим различные аспекты роли и применения ИИ в ортопедической стоматологии, включая методы диагностики, планирование лечения, хирургические вмешательства и обучение стоматологов.

Цель работы.

Исследовать актуальные приложения и потенциал искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии с целью повышения эффективности диагностики, лечения и реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Материалы и методы.

Роль и применение искусственного интеллекта (ИИ) в ортопедической стоматологии представляют собой значительное достижение в современной медицинской практике. ИИ преобразует методы диагностики, лечения и управления в этой области. Давайте рассмотрим ключевые аспекты роли и применения ИИ в ортопедической стоматологии:

Диагностика и предварительное планирование
Разработка индивидуальных планов лечения

Ортодонтия и ортопедические аппараты
Автоматизированные процедуры и роботы
Прогнозирование результатов
Обучение стоматологов
Эффективность и сокращение ошибок
Исходные данные
Используемые методы
Обзор существующих технологий и приложений
Клинические случаи и пациенты
Этические соображения
Статистический анализ (по необходимости)
Инструменты и технологии
Результаты и их обсуждение.

Роль искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии: Полученные результаты подчеркивают важную роль искусственного интеллекта в улучшении практики ортопедической стоматологии. ИИ становится неотъемлемой частью современной стоматологии.

Выводы.

Искусственный интеллект – неотъемлемая часть современной ортопедической стоматологии: Результаты исследования подтверждают, что искусственный интеллект становится все более важным элементом стоматологической практики. Он значительно улучшает точность диагностики, обеспечивает персонализированные решения и помогает снижать риск ошибок.

Преимущества для пациентов: Использование ИИ в ортопедической стоматологии приносит ощутимые преимущества для пациентов. Это включает в себя более точные и быстрые диагнозы, персонализированные лечебные планы и более высокое качество лечения.

Снижение риска ошибок и оптимизация лечения: Искусственный интеллект помогает стоматологам снижать вероятность ошибок и оптимизировать планы лечения, что особенно важно для пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Этические аспекты и конфиденциальность данных: Использование ИИ поднимает важные этические вопросы, включая конфиденциальность данных пациентов. Необходимо строго соблюдать стандарты безопасности и этические нормы при работе с ИИ.

Направления для будущих исследований: Результаты исследования указывают на необходимость дальнейших исследований в области применения искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии. Это включает в себя разработку более сложных алгоритмов, обучение стоматологов в работе с ИИ и разработку эффективных моделей соблюдения этических стандартов.

Литература

Shah, S., & Bhoyar, A. (2021). Artificial intelligence in orthodontics: A revolution. *International Journal of Oral Care & Research*, 9(3), 184-187.

Al-Fazari, S., Parachuru, R. R., Al-Kharusi, L. A., Al-Mawali, A., & Al-Harrasi,

A. (2019). Artificial intelligence: The future of orthodontics. Journal of Orthodontic Science, 8, 6.

Zotti, F., Dalessandri, D., Salgarello, S., Piancino, D., Bonetti, S., & Visconti, L. (2017). Use of artificial neural networks in the management of patients with orthodontic brackets. IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics, 21(2), 349-356.

Yao, L., Li, C., & Wu, Y. (2016). Application of artificial neural network in evaluating maxillary protraction orthodontic treatment. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 44(4), 372-379.

Brüllmann, D., Schmidtmann, I., & Warzecha, K. (2017). Computer-assisted orthodontic treatment planning using digital study models. Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte der Kieferorthopädie, 78(3), 211-220.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ОЦЕНИВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ ЗАВЕРШИВШИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Расулова Ш.Р., Артикова А.У.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Ключевые слова: прогнатия, протрузия резцов, ретрузия резцов, ретейнер, проволочный ретейнер, каппа.

Актуальность проблемы

Завершающий этап ортодонтического лечения – это этап, на котором закрепляются результаты, достигнутые вследствие активного лечения. Для этого используются ретенционные аппараты, задачей которых является сохранение полученных положительных результатов, возможность адаптации мягких тканей к переменам в зубочелюстной системе и предупреждение возникновения рецидивов. В зависимости от клинической ситуации врач на индивидуальной основе подбирает наиболее подходящие ретенционные аппараты.

Цель исследования

Оценка эффективности использования различных видов ретенционных аппаратов у пациентов, завершивших активный этап ортодонтического лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов (в возрасте от 18-30 лет), которым было проведено ортодонтическое лечение пациентов с дистальной окклюзией (дизокклюзии II класса) с использованием несъемной техники: у одной половины из них была выявлена прогнатическое соотношение зубов с протрузией резцов (1a, 1b), у другой - прогнатическое соотношение с ретрузией резцов (2a, 2b).

Пациенты были разделены в зависимости от подкласса и сформированы в 4

группы: по 10 пациентов в каждой, в зависимости от полученных данных пронумерованы- 1a, 1b, 2a, 2b. В группах 1a использовались гнутые проволочные ретейнеры, 2a – плетенная проволока для ретейнеров, в группах 1b, 2b – каппы.

Ретейнеры фиксировались на верхнюю и нижнюю челюсть. Гнутые проволочные ретейнеры изготавливали вручную, скручивая две-три проволочные лигатуры с одинаковым диаметром. Устанавливались на язычные поверхности зубов (от клыка до клыка).

Установка плетеной проволоки для ретейнеров проходила по той же последовательности, как и вышеупомянутый, отличие было в самой проволоке.

Для получения капп были сняты слепки с помощью альгинатной массы и отлиты модели из супергипса и переданы в лабораторию для их изготовления. После получения готовой каппы была произведена припасовка в полости рта. Пациентам были даны рекомендации по применению и уходу.

Результаты исследований

Результаты ретенции оценивали через 6, 12, 18 месяцев с помощью рентгенологического исследования, расчета контрольно-диагностических моделей, а также фотоконтроля снимков пациентов.

В процессе проведения исследования были получены следующие результаты:

- Изменения в первой группе пациентов показывает, что длина переднего отрезка зубной дуги у пациентов 1a группы значительно увеличилась, чем в группе 1b в течение первых 6 месяцев.

Следующая диагностика через 12 и 18 месяцев значительной разницы в скорости и интенсивности рецидивирования патологии не выявлена.

- В 2a и 2b группе изменения длины переднего отрезка зубной дуги были равнозначные, разницы в скорости рецидива патологии по результатам ретенции не выявлено.

Так же было определено, что расстояния между премолярами и между молярами в начале ретенции, а также через 6, 12 и 18 месяцев в разных группах при использовании различных ретенционных аппаратов не дают статистически значимой разницы.

Длительность ортодонтического лечения и наличие третьих моляров не влияют на стабильность результатов ретенции.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о получении более стабильных результатов при применении капп, нежели при использовании проволочных ретейнеров, после лечения 1 подкласса прогнатии с протрузией резцов в течение 6 месяцев с начала использования ретейнера позволяют его рекомендовать к использованию у данной категории пациентов. В группе пациентов 2 подкласса прогнатии с ретрузией резцов - скорость рецидива патологии незначительна и идентична при использовании как проволочных ретейнеров, так и капп, что это позволяет применять любые из этих аппаратов в качестве ретейнера.

Литература:

1. Майа Н. Г., Корреа А. Д., Норманду Ф. А., Майа М. А., Фернандис Феррейра М., Сокорру К. Ф. Факторы, влияющие на стабильность результатов ортодонтического лечения: ретроспективное исследование с участием 209 пациентов // Ortho iQ. - 2012. - № 7. - С. 54-61.
2. Julia Garcia Costa, Thais Magalhães G., Claudia Trindade Mattos et al. Retention period after treatment of posterior crossbite with maxillary expansion: a systematic review. // Dental Press J. Orthod. - April 2017. - V.22, N. 2, P. 35-44.
3. Muhsin Çifter A., Deniz Gümrü Çelikel et al. Effects of vacuum-formed retainers on periodontal status and their retention efficiency. // American Association of Orthodontists. - December 2017. - V. 152, N. 6, P.830-835.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ

Расулова Ш.Р., Миржонова А.М., Арифджанова М.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность исследования: Трансверзальные аномалии прикуса встречаются у пациентов от 8 до 18% всех клинических случаев (Арсенина О.И. соавт. 2019; Попова, Н.В. и соавт. 2019; Neyt, N.M., Mommaerts, M.Y., et al., 2002; Andruccioli M.C.D., Matsumoto M.A.N., 2020).

Сужение верхней челюсти чаще наблюдается при симптомокомплексе, характерном для аномалий окклюзии в трансверзальном направлении (перекрестная окклюзия 77,5%, трансверзальная дизокклюзия 70%), а также при мезиальной окклюзии (72,5%) и обратной резцовой дизокклюзии (62,5%) (Клипа, И.А., 2012). Проблема сужения челюстей у детей решается путём проведения ортодонтического лечения, в то время как лечение взрослых пациентов представляет собой более сложную задачу и, кроме классического подхода, требует привлечения дополнительных методов для реализации плана комплексного лечения.

Цель исследования: Сравнительная оценка коррекции ортодонтического лечения пациентов с трансверзальными аномалиями прикуса.

Материалы и методы исследования: Отобраны 3 пациента с аномалиями прикуса.

1-пациент: 6 лет с перекрестным прикусом со смещением нижней челюсти вправо. Жалобы: на ассиметрию, уклон нижней челюсти направо. На 1-ом этапе расширили пластинкой с саггитальным распилом и винтом. 2 этап – лечение с активатором Андресена Гойпля.

2-пациент: 15 лет с дистальной окклюзией. Жалобы: на сильный уклон верхних зубов вперед. На 1-ом этапе расширили верхнюю челюсть аппаратом MARPE (КВЕ). 2-ом этапе проводили ортодонтическое лечение с помощью

брекет-системы.

3-пациент: 40 лет с перекрестным прикусом. Жалобы: на ассиметрию, уклон нижней челюсти налево. На 1-ом этапе расширяли верхнюю челюсть аппаратом MARPE (MSE). 2-ом этапе проводили ортодонтическое лечение с помощью брекет-системы.

Результат исследования:

1-го пациента расширили на 4-мм

2-го расширение на 6-мм

3-го расширили на 6-7мм

Выводы. При сравнении 3 кейсов выявлено улучшение трансверзального показателя у всех 3 пациентов вне зависимости от вида аномалии и возраста. Оптимизирован подход к лечению с учетом трансверзального параметра зубных дуг.

ИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НЕСЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ.

Рафиков К.М.- Ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт

Усмонова Х.Т.- Ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт

Ключевые слова: стоматология, иммунология, ортопедические конструкции

В литературе содержится информация о особенностях реабилитации при лечении пациентов с неразъемными металлокерамическими протезами, страдающими дисплазией соединительной ткани и диабетом. Мы рассматриваем физиологические аспекты адаптации человека к прогнозированию стоматологических ортопедических конструкций, а особенно реабилитации пациентов, зависящей от их психо-эмоционального состояния. Мы изучили результаты ортопедического лечения плотных резиновых и металлокерамических протезов, провели анализ ошибок и осложнений в процессе лечения. Исследован вопрос взаимодействия стоматолога и пациентов с соматическими заболеваниями. Отсутствует информация о динамике иммунологических параметров десны и слюистой ротовой жидкости на различных этапах лечения неразъемными мостовидными конструкциями. Тем временем такая информация могла бы быть важным критерием для оценки качества проведенного лечения и служить одним из методов профилактики ошибок и осложнений при использовании неразъемных протезов металлокерамической конструкции.

Цель исследования: изучить динамику иммунологических показателей десны и ротовой жидкости в процессе адаптации к несъемным ортопедическим

конструкциям.

Материал и методы: Было обследовано 40 пациентов в возрасте 35-64 лет, Всего изготовлено 100 несъемных металлокерамических мостовидных протезов. После получения информированного согласия пациентов на исследование собирали десневую и ротовую жидкость на этапах ортопедического лечения: подготовка к зубам, после фиксации несъемных зубных протезов в течение 3, 10 и 30 дней.

Результаты, обсуждение: Изучение содержания IL-8 в ротовой и десневой жидкости в процессе адаптации пациентов к несъемным мостовидным протезам выявило, что уровень цитокина в слюне значительно (более чем в 100 раз) превышал его содержание в десневой жидкости за все периоды наблюдения. Однако существенных изменений в содержании IL-8 в десневой щелевой жидкости в течение первой недели после фиксации несъемных протезов у пациентов мы не обнаружили. Оценка уровней TNF- α в ротовой и десневой жидкости пациентов во время адаптации к использованию несъемных протезов выявляет явную динамику содержания цитокинов в обоих отделах полости рта. Таким образом, если содержание TNF- α в слюне до протезирования составляло $3,6 \pm 4$ пг/мл, то уже через 3 часа после фиксации протеза значительно повысилось до уровня $26,6 \pm 3,2$ пг/мл, а через 10 дней наблюдения составило уже $36,2 \pm 6,6$ пг/мл. Содержание цитокинов в десневой жидкости повторяло динамику их содержания в слюне исследование содержания IFN в ротовой и десневой жидкостях пациентов на первой неделе адаптации к несъемному протезу не позволило выявить существенных изменений в уровнях цитокинов. Таким образом, содержание IFN- α в слюне до протезирования составило 121 ± 21 пг/мл на 3-й день применения протеза, норма составила 148 ± 36 пг/мл, через 10 дней наблюдения - 192 ± 72 пг/мл. Существенных изменений в содержании IFN- α и десневой жидкости не наблюдалось.

Выводы: Все эти результаты указывают на то, что при адаптации пациентов к несъемным мостовидным протезам наблюдается воспалительная реакция в полости рта. Это воспаление связано с активацией врожденных иммунных механизмов, поскольку мы выявили изменения в содержании цитокинов, таких как анти-IL-8 и IFN- γ , связанных с адаптивным иммунитетом. Полученные данные о динамике содержания цитокинов в ротовой и десневой жидкости на протяжении всего периода наблюдения могут служить важным критерием для оценки качества проводимого ортопедического лечения.

Литература.

1. Rikhsieva D. U., Salimov O. R. FEATURES OF BONE METABOLISM DURING LACTATION //Journal of Academic Leadership. – 2022. – Т. 21. – №. 2.
2. Chepurayeva OS, Mashkov AV, Shemonaev VI Determination of functional-dominant hand in chewing/ Actual questions of dentistry: Collection material scientific-practical conference dedicated to the 80th anniversary of Professor Milikevich VY. -Volgograd: Phoenix, 2012. - P.139-143.
3. Chandna, P. Remineralizing Agents: The Next Frontier / P Chandna, N. Srivastava, Ali S. Curr // Clin Pharmacol. - 2016. - № 11(3). - P. 211-220.

4. Рихсиева Р. Д., Салимов О. Р. ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ИЗМЕНЕНИЕ PH СЛЮНЫ В РАЗНЫХ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ //ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ В XXI ВЕКЕ. – 2021. – С. 282-286.
5. Салимов О. Р., Рихсиева Д. У. СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 240-244
6. Salimov O. R. et al. Changes in the microbiocenosis of oral employment in women in the first year of lactation //Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – С. 799-808
7. Changes in the microflora of the oral cavity in women during lactation О.Р. Салимов Д.У. Рихсиева <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2022.1.2.034>
8. Milikevich VY, Klauchek SV, Mihalchenko DV Psychophysiological aspects of human adaptation to the prediction of orthopedic dental treatment/Dentistry. - 1998. - V. 77. - № 6. - P. 61-62.

СИНУС ЛИФТИНГ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КОСТНЫХ ЧАСТИЦ С СОДЕРЖАНИЕМ И БЕЗ СОДЕРЖАНИЯ КОЛЛАГЕНА

Рафиков Комолиддин Мухиддин угли¹, Аманбаев Бехруз Баходир угли²
¹Ассистент кафедры «Пропедевтика ортопедической стоматологии».
ТГСИ

²Студент 304 А группы стоматологического факультета ТГСИ
Ташкент, Узбекистан.

e-mail: rafikov.komoliddin@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5270-8332>

Аннотация. В большем количестве исследований оценивались различные типы костного трансплантата. Материалы для бокового оконного подхода операции из-за избыточности над гребневым подходом. Аутогенная кость была первым выбором, исследованы из-за его остеогенного, остеоиндуктивного и остеокондуктивного свойства (Boyne & James, 1980); однако, недостатки также имелись, например, о высокая хирургическая заболеваемость, дискомфорте пациентов и непредсказуемая скорость резорбции, что приводит к снижению объема привитого сайта (Hallman & Thor, 2008). Поэтому костные заменители рассматривались как альтернатива для компенсации ограничений аутогенного костного трансплантата (Starch-Jensen, Mordenfeld, Becktor, & Дженсен, 2018).

Ключевые слова: синтетическая кость, верхнечелюстная пазуха, гистология, аугментация.

Введение. Предыдущие исследования продемонстрировали подобное образование новой кости, но с сохранением большего объема при сравнении ксеногенных или синтетические костные заменители аутологичных костей (De

Santis et al., 2017;

Ли, Шин, Юн и Чо, 2017; Starch-Jensen et al., 2018). Ксеногенный и синтетические заменители кости показали сопоставимое образование новой кости (Фрум, Уоллес, Чо, Элиан и Тарнов, 2008) и поддержание объема (Родригес и Баэна и др., 2017). Добавление коллагена в качестве связующего вещества к ксеногенному или аллопластическому были введены частицы костного трансплантата для выработки коллагенированного мягкие блочные заменители костной ткани. Мало того, что ими было легче манипулировать (Araujo, Liljenberg, & Lindhe, 2010) также показали аналогичный количество вновь сформированной кости (Benic et al., 2016) и улучшенный объем техническое обслуживание (Mir-Mari, Wui, Jung, Hämmerle, & Benic, 2016) по сравнению с частицами. В последнее время преимущество использования коллагеновых заменитель бычьей кости с сохранением объема и новой костью сообщалось о формировании, когда только прививка под мембрана пазухи с незначительной перфорацией (Paik et al., 2020). Тем не менее, измельченные заменители костной ткани по-прежнему широко используются в клиниках, к скудным научным данным, напрямую сравнивающим мягкие коллагеновые блочные заменители костной ткани на измельченные заменители костной ткани в пазухе верхней челюсти.

Таким образом, целью настоящего исследования была оценка эффективности

синтетического заменителя кости мягкого типа с коллагеном (C-SBS) по сравнению с измельченным синтетическим заменителем кости (P-SBS) в сроки новообразования и сохранения объема костной ткани.

Материалы и методы. Расчет размера выборки. Требуемый размер выборки - восемь на каждую группу на основе расчета мощности с уровнем значимости (α) 5% и мощность ($1-\beta$) 90% в соответствии с предыдущим трансплантатом пазухи кролика модельный эксперимент (Kim et al., 2015). Экспериментальные материалы

Двухфазный фосфат кальция (BCP), состоящий из гидроксиапатита (HA) и β -трикальцийфосфат (β -TCP) в соотношении 3: 2 (Osteon 3; Genoss), использовали для группы P-SBS с одной стороны. На противоположной стороне сбоку, мягкий блочный композит (Osteon 3 Collagen; Genoss) P-SBS изготовлен, содержащего 6% чистого коллагена I типа, предварительной щелочной обработкой и ферментативным гидролизом пепсин, был привит в группе C-SBS. Применялись как P-SBS, так и C-SBS в пластиковом шприце объемом 0,16 см³.

Результаты. В настоящем исследовании изучались изменения размеров и новые формирование кости увеличенной гайморовой пазухи с течением времени после введения C-SBS или P-SBS. Общий увеличенный объем (TAV) и Общая увеличенная площадь (ТАА) со временем изменились на ограниченная степень в группе C-SBS (+ 1,42% по объему и -4,72% по площади), в то время как изменения были более заметными в группе P-SBS (-17,7% в объем и -13,1% по площади), а также TAV и ТАА, измеренные на каждом временные точки (4 и 12 недель) были выше в группе C-SBS по сравнению с в группу P-SBS.

Формирование новой кости в группе C-SBS также было превосходным по сравнению с группой P-SBS при сравнении в каждый момент времени. При сравнении 12 недель с 4 неделями были обнаружены более высокие показатели Объем новой кости(NBV) и Площадь новой кости(NBA). В группе C-SBS (+ 24,2% и + 45,3% соответственно) по сравнению с Группой P-SBS (+ 12,0% и + 7,42% соответственно).

При рентгенографическом анализе TAV группы C-SBS был аналогичным между 4 и 12 неделями, тогда как в группе P-SBS был значительно ниже в 12 недель по сравнению с 4 неделями. В 12 недель обе группы показали значительно более высокий NBV и более низкий RMV по сравнению с 4 неделями. Этот вывод частично аналогичен предыдущему. Исследования, которые продемонстрировали более высокий NBV и более низкий RMV как а также снижение TAV и NMV в более поздний период времени в послеоперационном периоде. опухоль исчезла (Kim et al., 2015; Lim, Zhang, Lee, Юнг и Чой, 2015). Это может быть связано с увеличением NBV и меньшее снижение RMV наблюдается в группе C-SBS по сравнению с. Группа P-SBS, которая могла вызвать значительные различия в TAV, NBV и RMV между двумя группами через 12 недель. NMV также немного увеличился через 12 недель в группе C-SBS, в то время как он уменьшился в группе P-SBS. Эта разница могла быть результатом коллагеновой части C-SBS, однако такие вывод, поскольку до сих пор остается спорным вопрос о том, костные заменители будут иметь преимущество перед твердыми частицами в оптимизации привитого пространства (Alayan, Vaquette, Saifzadeh, Хутмахер и Ивановский, 2016; Араужо, Линдер, Веннстрем и Линд, 2008; Chang et al., 2015). Данные микро-КТ настоящего исследование следует осторожно интерпретировать относительно ограничения в различении различных тканей (Иида, Баба, Боттичелли, Масуда и Ксавьер, 2020; Иида и др., 2018). Тем не менее, поскольку микро- КТ может измерять трехмерный объем, в то время как гистология может показать только двухмерное изображение, это может быть Полезно провести оба анализа, чтобы удостовериться друг друга.

Заключение. Хотя кролики считаются подходящими для трансплантации гайморовой пазухи эксперимент (Stübinger & Dard, 2013), так как окно экстраорального доступа открытие предпочтительнее интраоральной остеотомии из-за более легкого манипуляции, окно находится около крыши, но довольно далеко от пол, противоположный клинической ситуации (Lim et al., 2015). Дальше могут потребоваться эксперименты с более крупными животными или клинические исследования, чтобы проверить результаты настоящего исследования. Более того, настоящее исследование пытался продемонстрировать раннее заживление плетеной костью (4 недели) и

зрелое состояние с пластинчатой костью (12 недель) относительно кроликов метаболизм в три-четыре раза быстрее, чем у человека (Choi et al., 2012), однако, можно было бы представить больше идей, если бы наблюдении в другие моменты времени проводились дополнительно. Получен коллагеновый синтетический костный заменитель, имплантированный в пазухи кролика. в

большем увеличенном объеме и площади, а также в более новом сформированная кость через 12 недель. по сравнению с P-SBS.

Список литература:

Araujo, M. G., Liljenberg, B., & Lindhe, J. (2010). Dynamics of Bio-Oss Collagen incorporation in fresh extraction wounds: An experimental study in the dog. *Clinical Oral Implants Research*, 21(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2009.01854.x>

Benic, G. I., Thoma, D. S., Muñoz, F., Sanz Martin, I., Jung, R. E., & Hämmerle, C. H. (2016). Guided bone regeneration of peri-implant defects with particulated and block xenogenic bone substitutes. *Clinical Oral Implants Research*, 27(5), 567–576. <https://doi.org/10.1111/clr.12625>

Boyne, P. J., & James, R. A. (1980). Grafting of the maxillary sinus floor with autogenous marrow and bone. *Journal of Oral Surgery*, 38(8), 613–616.

Chang, Y. Y., Lee, J. S., Kim, M. S., Choi, S. H., Chai, J. K., & Jung, U. W. (2015). Comparison of collagen membrane and bone substitute as a carrier for rhBMP-2 in lateral onlay graft. *Clinical Oral Implants Research*, 26(1), e13–e19. <https://doi.org/10.1111/clr.12320>

Hong, J. Y., Baek, W. S., Cha, J. K., Lim, H. C., Lee, J. S., & Jung, U. W. (2017). Long-term evaluation of sinus floor elevation using a modified lateral approach in the posterior maxilla. *Clinical Oral Implants Research*, 28(8), 946–953. <https://doi.org/10.1111/clr.12901>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМИНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Ташкентский государственный стоматологический институт

Сайдалиев Мухиддин Низаматдинович.

ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии ТГСИ

Бекбосынова Феруза Куралбаевна.

магистр кафедры детской терапевтической стоматологии ТГСИ

(<https://orcid.org/0009-0004-7093-8974>)

Аннотация: в данном тезисе мы сравнили два вида щеток: мануальные и электрические зубные щётки с интерактивным приложением. Изучаем эффект интерактивного приложения для телефона на отношение детей и родителей к процессу чистки зубов. Анализируем изменения индекса РМА при использовании различных зубных щёток.

Для узнавания изменения состояния полости рта у ребёнка в процессе применения различных зубных щёток проводился учёт изменения индексов гигиены РМА, которые обследовались перед началом исследования через 1 и 6 месяцев пользования зубной щёткой.

В этом исследовании принимали участие 50 детей в возрасте 6-12 лет, которые были разделены на две группы:

1-я группа (25 человек) – дети, входящие в состав этой группы, использовали электрическую зубную щётку и интерактивное приложение

2-я группа (25 человек) – Дети, входящие в состав этой группы, использовали мануальную зубную щётку.

Участники входящие в состав первой группы использовали электрическую зубную щетку фирмы <<Philips Sonicare for kids>> со своим интерактивным приложением для телефона.

Для определения индекса РМА после окрашивания оценивают состояние десны у каждого зуба.

Сумма кодов

РМА = _____ x 100

3 x n

ИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НЕСЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ.

*Салимов О.Р.-д.м.н., доцент кафедры пропедевтики ортопедической
стоматологии Ташкентский государственный стоматологический институт,
Doc.salimov@mail.ru*

*Шахметова М.Х.-доцент кафедры ортопедической стоматологии
Казахского национального медицинского университета
им.С.Д.Асфендиярова*

Халбекова Гульноза студент 105 Б гр. БС ТГСИ

Ключевые слова: стоматология, иммунология, ортопедические конструкции

В литературе содержится информация о особенностях реабилитации при лечении пациентов с неразъемными металлокерамическими протезами, страдающими дисплазией соединительной ткани и диабетом. Мы рассматриваем физиологические аспекты адаптации человека к прогнозированию стоматологических ортопедических конструкций, а особенно реабилитации пациентов, зависящей от их психо-эмоционального состояния. Мы изучили результаты ортопедического лечения плотных резиновых и металлокерамических протезов, провели анализ ошибок и осложнений в процессе лечения. Исследован вопрос взаимодействия стоматолога и пациентов с соматическими заболеваниями. Отсутствует информация о динамике иммунологических параметров десны и слюистой ротовой жидкости на различных этапах лечения неразъемными мостовидными конструкциями. Тем временем такая информация могла бы быть важным критерием для оценки качества проведенного лечения и служить одним из методов профилактики

ошибок и осложнений при использовании неразъемных протезов металлокерамической конструкции.

Цель исследования: изучить динамику иммунологических показателей десны и ротовой жидкости в процессе адаптации к несъемным ортопедическим конструкциям.

Материал и методы: Было обследовано 40 пациентов в возрасте 35-64 лет, Всего изготовлено 100 несъемных металлокерамических мостовидных протезов. После получения информированного согласия пациентов на исследование собирали десневую и ротовую жидкость на этапах ортопедического лечения: подготовка к зубам, после фиксации несъемных зубных протезов в течение 3, 10 и 30 дней.

Результаты, обсуждение: Изучение содержания IL-8 в ротовой и десневой жидкости в процессе адаптации пациентов к несъемным мостовидным протезам выявило, что уровень цитокина в слюне значительно (более чем в 100 раз) превышал его содержание в десневой жидкости за все периоды наблюдения. Однако существенных изменений в содержании IL-8 в десневой щелевой жидкости в течение первой недели после фиксации несъемных протезов у пациентов мы не обнаружили. Оценка уровней TNF- α в ротовой и десневой жидкости пациентов во время адаптации к использованию несъемных протезов выявляет явную динамику содержания цитокинов в обоих отделах полости рта. Таким образом, если содержание TNF- α в слюне до протезирования составляло $3,6 \pm 4$ пг/мл, то уже через 3 часа после фиксации протеза значительно повысилось до уровня $26,6 \pm 3,2$ пг/мл, а через 10 дней наблюдения составило уже $36,2 \pm 6,6$ пг/мл. Содержание цитокинов в десневой жидкости повторяло динамику их содержания в слюне исследование содержания IFN в ротовой и десневой жидкостях пациентов на первой неделе адаптации к несъемному протезу не позволило выявить существенных изменений в уровнях цитокинов. Таким образом, содержание IFN- α в слюне до протезирования составило 121 ± 21 пг/мл на 3-й день применения протеза, норма составила 148 ± 36 пг/мл, через 10 дней наблюдения - 192 ± 72 пг/мл. Существенных изменений в содержании IFN- α и десневой жидкости не наблюдалось.

Выводы: Все эти результаты указывают на то, что при адаптации пациентов к несъемным мостовидным протезам наблюдается воспалительная реакция в полости рта. Это воспаление связано с активацией врожденных иммунных механизмов, поскольку мы выявили изменения в содержании цитокинов, таких как анти-IL-8 и IFN- γ , связанных с адаптивным иммунитетом. Полученные данные о динамике содержания цитокинов в ротовой и десневой жидкости на протяжении всего периода наблюдения могут служить важным критерием для оценки качества проводимого ортопедического лечения.

Литература.

1. Rikhsieva D. U., Salimov O. R. FEATURES OF BONE METABOLISM DURING LACTATION //Journal of Academic Leadership. – 2022. – Т. 21. – №. 2.
2. Chepurayeva OS, Mashkov AV, Shemonaev VI Determination of functional-dominant hand in chewing/ Actual questions of dentistry: Collection

material scientific-practical conference dedicated to the 80th anniversary of Professor Milikevich VY. -Volgograd: Phoenix, 2012. - P.139-143.

3. Chandna, P. Remineralizing Agents: The Next Frontier / P Chandna, N. Srivastava, Ali S. Curr // Clin Pharmacol. - 2016. - № 11(3). - P. 211-220.

4. Рихсиева Р. Д., Салимов О. Р. ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ИЗМЕНЕНИЕ PH СЛЮНЫ В РАЗНЫХ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ //ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ В XXI ВЕКЕ. – 2021. – С. 282-286.

5. Салимов О. Р., Рихсиева Д. У. СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 240-244

6. Salimov O. R. et al. Changes in the microbiocenosis of oral employment in women in the first year of lactation //Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – С. 799-808

7. Changes in the microflora of the oral cavity in women during lactation О.Р. Салимов Д.У. Рихсиева <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2022.1.2.034>

РЕНТГЕНОГРАФИЯ И ЕГО ВИДЫ

*Заведующий кафедрой пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентского государственного стоматологического института т.ф.д
доцент **Салимов Одильхон Рустамович***

*Ординатор кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентского государственного стоматологического института
Шофайзиева Лазиза Абдувохитова Муниса*

Рентгенография применяется в медицине более 100 лет. На сегодняшний день этот диагностический метод по-прежнему сохраняет свои позиции, оставаясь очень востребованным, Метод считается наиболее простым, доступным и достаточно информативным в разных областях медицины. Рентгенографию назначают врачи разных специальностей, так как она позволяет обнаруживать патологические изменения во многих областях и органах человеческого организма.

Определение и суть методики

Рентгенография – основной метод рентгенологических исследований, который заключается в получении рентгенограммы: теневого изображения органов на рентгеновской пленке, экране. Исследование проводится при помощи медицинских рентген-аппаратов. Рентгеновские лучи, которые они образуют, проходят сквозь тело человека и фиксируются системой. После этого аналоговые аппараты выдают изображение на рентгеновской пленке, которую нужно проявлять. Более современные цифровые системы для рентгенографии оснащены специальным чувствительным детектором, мгновенно передающим рентгеновское изображение на монитор компьютера.

Что показывает рентген?

На рентгеновском снимке врач видит тени разной интенсивности: на месте костей – белые участки, на месте мягких тканей – серые; легкие на рентгенограмме выглядят черными. Рентгеновские снимки получаются контрастными, так как разные ткани по-разному улавливают рентгеновские лучи: чем плотнее ткань, тем более светлой она будет на рентгеновском изображении. Рентгенограммы по своей сути являются негативами, поэтому более светлые участки на них называются затемнениями. К примеру, плотный и светлый участок воспаления легких на фоне «темных» воздушных легких обозначается врачом как тень. Перелом кости будет виден как более темный «разлом» на светлом «поле» кости. Теневые изображения, полученные методом рентгенографии, дают врачу информацию о состоянии различных органов (легкие, сердце, желудок, лимфоузлы, кости, позвоночник и пр.), а также позволяют выявить разные патологии: участки воспаления, деструкции (разрушения), дистрофии, опухолевые узлы, аномалии развития органов.

Виды рентгенографии

В зависимости от целей исследования рентгенография делится на 2 типа:

1. Обзорная – позволяет обследовать обширную область, например, грудную или брюшную полость.

2. Прицельная – используется для изучения отдельного органа или участка: снимки зубов, 1 и 2 шейного позвонков, голеностопного сустава и пр.

Дополнительно, в тех случаях, когда обычной рентгенографии для диагностики бывает недостаточно, применяются специализированные рентгенографические исследования с контрастированием (внутривенная урография, гистеросальпингография, фистулография и т.д.).

Где и для чего применяется рентгенография, экскреторная урография, рентгеноскопия?

На сегодняшний день метод применяется в следующих областях медицины:

Травматология. Рентгеновский снимок – обязательное исследование при переломах костей. Он используется для диагностики вывихов суставов; подозрении на опухоли, воспаления, дегенеративно-дистрофических изменения, аномалии и пороки развития костей, суставов, позвоночника.

Ортопедия. Врач назначает рентгенографию для выявления плоскостопия; сколиоза, лордоза и других нарушений осанки.

Оториноларингология. Исследование используется для диагностики воспалительных заболеваний придаточных пазух носа (гаймориты, фронтиты, синуситы), выявления врожденных пороков развития и травм носовых костей, в том числе, носовой перегородки.

• **Урология.** Врач может назначить рентгенографию при подозрении на нефроптоз (опущение почек), камни или опухоли в почках и мочевых путях, разрыв мочевого пузыря.

• **Гинекология.** Рентгенография с контрастированием используется для оценки проходимости маточных труб и выявления внутриматочных патологий.

Гастроэнтерология и абдоминальная хирургия. Рентгенографию без

контраста брюшной полости назначают при неотложных состояниях, подозрении на кишечную непроходимость, опухолевые процессы, наличие инородных тел, разрыв полых органов. Исследования с контрастированием применяются при заболеваниях пищевода (дивертикулы, стриктуры, рак), желудка и кишечника (язвы желудка, рак, полипы, дивертикулы, непроходимость).

- **Пульмонология.** Рентгенография грудной клетки проводится для выявления пневмонии, плевритов, туберкулеза, травмах легких и бронхов; при подозрении на паразитарные заболевания, а также для обнаружения инородных тел в дыхательных путях.

- **Стоматология.** Прицельные снимки зубов и ортопантограммы (панорамные снимки верхней и нижней челюстей) используются в диагностике заболеваний зубов и пародонта, деформаций и аномалий развития челюстной области.

ФОНЕТИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ

Саминова М.З. студент 102А гр. Стом ТГСИ

Научный руководитель: Алиева Н.М. к.м.н., доцент кафедры протезной ортопедической стоматологии.

Шахметова М.Х. доцент кафедры ортопедической стоматологии

Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

Актуальность

Полный съемный протез - это один из наиболее распространенных и доступных видов протезирования, используемых в стоматологической практике для реабилитации пациентов с полной потерей зубов. Такие протезы очень часто воспринимаются тканями протезного ложа человека как инородное тело и являются сильным раздражителем для нервных окончаний слизистой оболочки полости рта. Оказывая влияние на дикцию пациента, возникает чувство дискомфорта при разговоре. Причинами этого, в связи с изменением рельефа небного свода и положения зубов, могут являться нарушения артикуляционных пунктов. Изменение формы зубных рядов и небного свода ставит язык в необычные условия, уменьшая пространство для него. Дефекты звукопроизношения сказываются неблагоприятно на качестве жизни человека, особенно на лицах, чья профессия связана с повышенной речевой нагрузкой. Одномоментно с физиологической адаптацией также идет психологическая

Цель

оценка динамики восстановления речевой функции и адаптации к полным съемным протезам пациентов с полным отсутствием зубов с использованием методики палатографии и фонетических проб.

Материалы и методы

Материал исследования - 21 пациент в возрасте от 45-85 лет, проходивших

лечение в Стоматологической поликлинике КБ им. С.Р. Миротворцева СГМУ в период с 2020 по 2021 год. Для них были изготовлены полные съемные протезы на одну из челюстей. Так же учитывалось отсутствие болевого синдрома и стабилизация протезов при разговоре. Мы воспользовались методом палатографии, который может быть применен для уточнения ширины и формы зубных дуг, постановки фронтальных зубов в вестибуло-оральном направлении, моделировки небной поверхности зубов в их пришеечной части. Нами использовался временный жесткий базис, который восстанавливал рельеф твердого неба, укрепленный на воске, с искусственным зубным рядом. Небную поверхность базиса окраши- 35 вали и обрабатывали тальком

Вывод

За ортопедическим лечением среди обследуемых обратились пациенты среднего возраста (45 - 59 л) - 23,6%, пожилого возраста (50 - 74 л) - 28,2% и старческого возраста (75 - 85 л) - 48,2%. Выделялось 2 группы пациентов: экспериментальная, к которой применялся метод палатографии, и контрольная.

Заключения

Постоянный контроль за пациентом и своевременная коррекция ортопедической конструкции улучшает прогноз речевой адаптации и положительно сказывается на временных рамках ,необходимых для восстановления. Использование методик, таких как палатография совместно с фонетическими пробами позволяют исключить ошибки при моделировании конструкции и предотвратить возможные осложнения

Литература

1) Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнёв Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для студентов; 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – С. 398-400. 2) Жидовинов А.В., Головченко С.Г., Денисенко Л.Н., Матвеев С.В., Арутюнов Г.Р.

РВОТНЫЙ РЕФЛЕКС ВО ВРЕМЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА: И МЕТОДЫ ЕГО УМЕНЬШЕНИЯ

Саминова М.З. студент 102А гр. Стом ТГСИ

Научный руководитель: Очилова М.У., ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственные стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность темы: В повседневной стоматологической практике встречаются пациенты, которые либо считают себя, либо впоследствии доказывают, что у них повышенный рвотный рефлекс. Рвотные ощущения чаще всего возникают при изготовлении оттисков, но также отмечаются во время рентгенограмм, установки реставраций на задние зубы и, у некоторых людей, при введении пальца для осмотра. Значительное количество пациентов обращаются за стоматологическим лечением, требующим снятия слепков, и для

тех, у кого проблемы с рвотным рефлексом, это может быть ужасным опытом. Возможность сделать процедуру менее мучительной лучше для всех участников.

Цели и задачи: В этой статье описаны некоторые методы, которые могут быть легко освоены врачами и которые могут помочь как врачу, так и пациенту избежать этого неприятного явления. Такие методы, как акупрессура (точечный массаж), адаптация слепочных ложек или даже использование альтернативных оттискных материалов и дыхательных техник, имеют свое место, и врачам, возможно, придется попробовать несколько из них, возможно, вместе, чтобы помочь своим пациентам.

Методы уменьшения рвотного рефлекса: Пациентов, страдающих повышенным рвотным рефлексом, можно лечить одним из двух способов:

- Предоставление лечения для устранения проблемы.
- Использование методов временного устранения проблемы, чтобы лечение зубов можно было начать с минимальным дискомфортом.

Часто именно индивидуальные факторы пациента определяют различия между методами и их эффективностью. Стратегии лечения, изложенные в этой статье, в целом делятся на методы лечения пациента и те, которые может использовать стоматолог, при снятии слепков. Однако большинство методов основаны на поддержке партнерства с обеих сторон.

Прежде чем приступить к любому лечению, обсуждение страхов пациента и его истории рвотных позывов поможет оценить масштабы проблемы. Это может повлиять на планирование лечения или помочь в выборе подходящей техники. Важно выявить все факторы, которые могут способствовать возникновению проблемы рвоты, и устранить или уменьшить их.

Вывод: При ведении этой группы пациентов важно собрать четкий анамнез проблемы. Эта информация позволит врачу оценить серьезность проблемы и, следовательно, принять соответствующие решения относительно идеальной техники. Каждый случай необходимо будет оценивать индивидуально, поскольку стратегию необходимо адаптировать к потребностям конкретного пациента. Для многих пациентов будет необходимо использовать комбинацию методов, а у небольшой группы пациентов лечение все равно может оказаться неуспешным.

Список литературы:

Neumann, Joseph K., and Gird A. McCarty. “Behavioral Approaches to Reduce Hypersensitive Gag Response.” *The Journal of Prosthetic Dentistry*, vol. 85, no. 3, Mar. 2001, p. 305, <https://doi.org/10.1067/mpr.2001.114273>.

Linden, van, et al. “Gagging Problem Assessment: A Re-Evaluation.” *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 42, no. 7, 12 Feb. 2015, pp. 495–502, <https://doi.org/10.1111/joor.12280>. Accessed 16 Apr. 2024.

Stefos Spyridon, and Stefos Theodor. “Managing Vomiting in the Third Trimester of Pregnancy during Fixed Prosthodontic Treatment. A Case Report and Review of the Literature.” *Journal of Gynecological Research and Obstetrics*, vol. 8, no. 1, 27 Jan. 2022, pp. 007-013, <https://doi.org/10.17352/jgro.000108>. Accessed 16 Apr. 2024.

ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИЕ ДИСКИ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ ДЛЯ ПОЛНО-АНАТОМИЧЕСКОГО ФРЕЗЕРОВАНИЯ: ОБЗОР И ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР

Саминова М.З. студент 102А гр. Стом ТГСИ

Научный руководитель:

*Шахметова М.Х. доцент кафедры ортопедической стоматологии
Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова
Очилова М.У, ассистент кафедры пропедевтика ортопедической
стоматологии.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность

За последние 25 лет значительно выросла популярность применения в стоматологии CAD (computer-aided design) и CAM (computer-aided manufacturing). Последние достижения науки позволяют множеству врачей уже сейчас работать частично или полностью цифровом протоколе. Бесспорно, изготовление ортопедических конструкций с помощью CAD/CAM-технологии позволяет сэкономить время, облегчить коммуникацию «врач-зубной техник» и исключить лишние звенья в процессе производства. Последнее поколение полихромных блоков и дисков из диоксида циркония позволяет создавать ортопедические конструкции способом полноанатомического фрезерования. Эта технология позволяет значительно улучшить эстетические и прочностные показатели и избежать проблем, связанных с адгезией облицовочного материала и его сколов в процессе применения.

Цель.

Оптимальный выбор полихромного диоксид циркониевого блока для полноанатомических цельнофрезерованных монолитных несъемных конструкций исходя из эстетических, функциональных и финансовых предпосылок.

Материалы и методы исследования.

Технические карты производителей полихроматических блоков из диоксида циркония для полноанатомического фрезерования, представленные на рынке РУз. Критерии отбора дисков диоксида циркония: полихромные (2 слоя и более), представленные и сертифицированные в РУз, предназначенные для полноанатомического фрезерования в открытых CAD/CAM системах. Оценивали следующие критерии: эстетические свойства (количество слоев; транслюцентность (Т%)), механические характеристики (прочность на изгиб в цервикальной зоне (МПа)).

Вывод

На сегодняшний момент на отечественном рынке возможно приобрести полихромные диски диоксида циркония для полноанатомического фрезерования следующих производителей

Заключение

На основании данных, полученных в ходе исследования технических карт

можно сделать следующие выводы: дисками диоксида циркония первого выбора по сочетанию механических и эстетических свойств будут являться диски зарубежных производств серии DDcube

Литература

1. Davidowitz G, Kotick PG. The use of CAD/CAM in dentistry. Dent Clin North Am. 2011 Jul;55(3):559-70, ix. doi: 10.1016/j.cden.2011.02.011. PMID: 21726690. 2. Chang YY. Maximizing esthetic results on zirconia-based restorations. Gen Dent. 2011 NovDec;59(6):440-5; quiz 446-7. PMID: 22313915. 3. Agustín-Panadero R, Román-Rodríguez JL, Ferreiroa A, Solá-Ruiz MF, Fons-Font A. Zirconia in fixed prosthesis. A literature review. J Clin Exp Dent. 2014;6(1):e66-e73. Published 2014 Feb 1. doi:10.4317/jced.51304. 4. Choi YS, Kim SH, Lee JB, Han JS, Yeo IS. In vitro evaluation of fracture strength of zirconia restoration veneered with various ceramic materials. J Adv Prosthodont. 2012 Aug;4(3):162-9. doi: 10.4047/jap.2012.4.3.162. Epub 2012 Aug 28. PMID: 22977725; PMCID: PMC3439627.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

*Сулейманова Д.А., Мавлонова М.А.Раджабова Б 516 Б стом
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования.*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Актуальность. В современной ортодонтии на данный момент существует два метода фиксации брекет-систем. Техника прямого бондинга, осуществляемая непосредственно врачом-ортодонтом в клинике, и техника непрямого фиксации, требующая подготовительного лабораторного этапа. С целью повышения точности позиционирования брекетов вырос интерес к непрямому бондингу (Нигматов Р.Н., Шамухамедова Ф.А., 2021). Метод расширяет возможности врача-ортодонта, позволяя проводить фиксацию брекетов и ортодонтических замков в корректной позиции. Что не всегда удаётся добиться, фиксируя брекет-систему прямым методом, также зачастую возникает сложность фиксации из-за недостаточного обзора и затруднительного доступа в области боковой группы зубов. При непрямом бондинге отсутствуют такие факторы, как мягкие ткани и слюна, зубы легко просматриваются во всех плоскостях, что в полости рта является затруднительным.

Цель исследования. Повышение эффективности ортодонтического лечения за счет совершенствования позиционирования брекет-систем.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры ортодонтии и зубного протезирования было проведено исследование площадок брекет-систем после непрямого фиксации на гипсовую модель на различные материалы.

Первую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель при

помощи стандартного ортодонтического адгезива по общепринятой технике непрямого бондинга. Перед фиксацией брекетов непосредственно в полости рта на зубы остатки адгезивного материала удаляли пескоструйным аппаратом. Вторую группу брекет-систем фиксировали на гипсовую модель при помощи карамелизованного сахара. Нагретым электрошпателем наносили каплю карамелизованного сахара на гипсовую модель и на площадку брекета, прижимая к гипсу в необходимом положении. Далее производили изготовление капы стандартным путем, после которого обработку площадки брекет-системы проводили мягкой щёткой под тёплой струёй воды.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования площадок брекетов под микроскопом показали очевидную разницу между исходной поверхностью площадки брекет-системы и ее состоянием после фиксации на ортодонтический адгезив и карамелизованный сахар. Однако брекет-системы после использования карамелизованного сахара не отличались от своего первоначального состояния. После фиксации на ортодонтический адгезив на площадках брекет-систем, для удаления которого требуется обработка площадки пескоструйным аппаратом, были изменения поверхности основания брекета. Наблюдались остатки адгезива на фасетке брекета, которые влияют на точность позиционирования. Излишек материала на площадке брекета может приводить к таким нежелательным перемещениям зуба, как ротация или изменение торка. А также наблюдалось сглаживание ретенционных пунктов площадки брекет-систем за счёт скопления частиц абразивного порошка в этих пунктах, что может приводить к ослаблению адгезии брекета к зубам и в дальнейшем к отрыву брекета от поверхности зуба. Для решения данной проблемы мы предлагаем использовать в качестве адгезива на гипсовую модель карамелизованный сахар, который достаточно легко удаляется с основания брекета.

Вывод. Таким образом, данное исследование показало, что для повышения точности позиционирования брекет-систем мы рекомендуем проведение техники непрямого бондинга при помощи карамелизованного сахара, который позволяет устранить ошибку при контроле адаптации основания брекета, увеличив тем самым фиксацию брекетов к зубами, исключив неточности при позиционировании, позволяя тем самым сократить сроки проводимого лечения и добиться стабильного функционального и эстетического результата.

Литература.

10. Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomalialari va deformatsiyalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil 340 bet.
11. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
12. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным

участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

МЕТОД НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Темирова Паризода . студентка 405 А гр. МО ТГСИ

Научный руководитель: Алиева Н.М. к.м.н., доцент кафедры протезоведения ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность. Навигационная хирургия – революционная технология, которая позволяет планировать позиционирование и размещение дентальных имплантатов с учетом угла наклона, направления, глубины установки и проводить операции имплантации высокой точности. Главное преимущество навигационной хирургии – совмещение точных хирургических и ортопедических этапов лечения.

Цель. Эта техника позволяет максимально точно и без лишней травматизации провести установку имплантатов, исключая возможность ошибок, которые связаны с человеческим фактором.

Материалы и методы. Метод навигационной хирургии основан на применении специального полимерного шаблона-трафарета для проведения дентальной имплантации. Для имплантации с использованием методов навигационной хирургии компания B&B Dental разработала набор специальных инструментов. Данный набор служит для установки дентальных имплантатов серий SLIM, EVOLUTION и 3P. Навигационный набор содержит маркированные фрезы, адаптер для фрез, костные компакторы-экспандеры, широкий ассортимент различных ключей, конвертеры, мукотом, маунтеры, крестальные винты, фреза для крестальных винтов, риммер, экстракторы, универсальный ключ-трещотку, инструменты для мульти-юнит абатментов.

Выводы . Кроме выбора оптимальной ориентации имплантата с помощью метода компьютерного планирования можно смоделировать будущую ортопедическую конструкцию с учетом всех индивидуальных особенностей ротовой полости пациента. В этом и заключается главное преимущество метода навигационной хирургии – объединение хирургического и ортопедического этапов.

Заключение. В итоге, предсказуемый, точный, малоинвазивный и высоко эстетичный результат имплантации достигается в ходе выполнения одной, но тщательно спланированной хирургической процедуры

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, 24, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, 10, 85–92. [CrossRef] [PubMed]

3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, *38*, 286–294. [CrossRef]

4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, *20*, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Толибжонова М.О., Раззаков У.М.

*Студентка Ташкентского Государственного Стоматологического
Института*

*Научный руководитель: Доцент кафедры ортодонтии Нигматова Ирода
Маратовна*

Введение: Ранняя потеря молочных зубов может ухудшить уже существующие деформации зубочелюстной системы у детей дошкольного возраста и привести к появлению структурных и функциональных нарушений у детей без отклонений в зубочелюстной системе [1]. Частой причиной удаления передних зубов в верхней челюсти является травма, которая также может привести к смещению соседних зубов. Это может привести к неправильному формированию зубного ряда и неправильной окклюзии. По данным некоторых авторов (Персин И.И., Есим А.Ж.) потеря временных зубов может привести к нарушению зоны роста, что замедляет рост челюсти. Это может привести к меньшему количеству механических импульсов, стимулирующих рост. Известно, что одной из самых распространенных операций в стоматологической клинике является удаление зуба. В детском возрасте частота операций по удалению зубов увеличивается за счет удаления временных зубов из-за осложнений кариеса и гнойно-воспалительных заболеваний. Основной целью данной работы было изучение причин раннего удаления зубов, выявление осложнений и связи между кариесом молочных постоянных зубов, а также предложение способов профилактики развития зубочелюстных аномалий [2].

Ключевые слова: раннее потеря временных зубов, окклюзия, челюстные-зубные аномалии, гнойно-воспалительные заболевания

Цель исследования: Исследования многих авторов приблизили нас к познанию что у детей наблюдается различные типы зубочелюстных аномалий, которые имеют свои особенности в зависимости от этапа развития прикуса [3,4]. При обследовании решалась следующая задача изучение отдельных результатов лечения детей с сочетаемыми аномалиями окклюзии, осложненными множественной вторичной адентией временных зубов . Именно эти вопросы и легли в основу данной работы [5].

Методы исследования: С целью выявления стоматологического статусу проведен профилактический осмотр с 2007 по 2011 г. проведено медико-

эпидемиологическое обследование 960 дошкольников в возрасте от 3 до 6 лет на базе МБУЗ ВО ВДКСП №2 г. Воронеж и стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко. Распределение 289 пациентов у которых обнаружены раннее удаление временных зубов и аномалии зубочелюстной системы, зависимости от возраста и пола. Общая описание способов изучения [1.2]. Эпидемиологическое обследование детей дошкольного возраста включало в себя следующие элементы:

1. Определение причин, которые способствуют преждевременной потере молочных зубов;
2. Анализ данных анамнеза;
3. Выявление тяжести определенной стоматологической патологии;
- 4 Обработка по статистике полученных данных.

Результаты и их обсуждение. При медико-эпидемиологическом обследовании на кафедре детской стоматологии с ортодонтией ГБОУ ВГМА им. Н.Н. Бурденко обследовало 960 детей в возрасте от 3 до 6 лет в результате чего была выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций (81,88%). В результате научной работы получена информация что следует, наибольшей процент распространения имеют аномалии со стороны межокклюзионных взаимоотношений зубных рядов – 60,92%, значительно меньше встречаются нарушения положения отдельных зубов – 10,52%. Самое высокое положение занимает (39,27%) среди патологии окклюзии зубных рядов занимает дистальная окклюзия в сочетании с глубокими формами прикуса. Перекрестные виды патологической окклюзии и сужение зубных рядов наблюдается в 21,87% случаев. Лидирующее из аномалий положения отдельных зубов в обследованной группе дошкольников являлась латеральное положения центральных резцов на верхней челюсти (диастема 2 типа по классификации Ф.Я. Хорошилкиной), что в большинство случаев связано с возрастными особенностями развития зубочелюстной системы и укорочением уздечки верхней губы. Отсутствие аномалий и деформаций зубочелюстной системы рассматривалось менее чем в четверти обследованных случаев. Из 960 детей с временным прикусом дефекты коронок зубов были выявлены у 117 (12,18%) человек. Важно отметить то, что с возрастом увеличивается частота встречаемости дефектов зубных рядов и уменьшается количество дефектов коронок временных зубов в следствии исследования. Определенно что у детей шестилетнего возраста отмечается диаметрально противоположные явления превалирование частоты встречаемости вторичной гиподентией над дефектами коронок в 7 раз чем у 3х летних детей [1.3].

У 171 обследованного дошкольника с нарушением целостности коронок молочных зубов возникали дефекты в случае развития осложнений кариеса у 142 дошкольника – 14,81%, гипоплазии эмали у 20 дошкольников – 2,13% и травматического повреждения у 9 дошкольников – 0,93% [6].

Вывод

1. У детей в возрасте от 3 до 6 лет часто встречаются зубочелюстные аномалии и деформаций которые составляют около 81.88% случаев. В 30,1%

случаев обследованные дети нуждались в протезировании.

2. Главное положение среди аномалий ЗЧС занимала дистальная окклюзия зубных рядов в сочетании с глубокой резцовой окклюзией ($39,27 \pm 1,54\%$).

3. Главной выявленной причиной раннего удаления молочных зубов является осложнения кариеса.

4. В большинство случаев приобретенные дефекты зубных рядов способствуют удалением временных моляров [6.1].

Литература:

1. Ипполитов Ю. А., Татринцев М. М., Коваленко М. М., Золотарева Е. Ю., Анисимова Н. А., Леонов М. В. Оценка эпидемиологической картины зубочелюстных аномалий и деформаций у детей дошкольного возраста с ранней потерей временных зубов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-epidemiologicheskoy-kartiny-zubochelyustnyh-anomaliy-i-deformatsiy-u-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-ranney-poterey-vremennyh> (дата обращения: 19.04.2024).

2. Алшимбаева Алия Причины и последствия раннего удаления молочных зубов // Вестник КазНМУ. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-i-posledstviya-rannego-udaleniya-molochnyh-zubov> (дата обращения: 19.04.2024).

3. Аюпова Ф.С., Терещенко Л.Ф. Структура зубочелюстных аномалий у детей, обратившихся за ортодонтической помощью // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2013. – № 4. – С. 50-54.

4. Аюпова Ф.С., Терещенко Л.Ф., Восканян А.Р. Сочетанные зубочелюстные аномалии у детей, обратившихся за ортодонтической помощью // Между народный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 27-31.

5. Аюпова Ф. С. Результаты восстановительного лечения детей с сочетанными аномалиями окклюзии, осложненными множественной адентией временных зубов // Человек и его здоровье. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-vostranovitelnogo-lecheniya-detey-s-sochetannymi-anomaliyami-okklyuzii-oslozhnennymi-mnozhestvennoy-adentiej-vremennyh> (дата обращения: 20.04.2024).

6. Vargas, C.M. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1998-1994 / C.M. Vargas, J.J. Crall, D.A. Schneider // J Am Dent Assoc.– 2009.– V. 129.– P. 1229–1238.

ВЛИЯНИЕ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА КОРНИ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования

Тўлаганов Б.Б., Муртазаев С.С. Анаркулова 503 С стом

Введение: Взаимосвязь между корнями зубов и пневматизированной верхнечелюстной пазухой является важным аспектом, который ортодонты

должны учитывать во время лечения.

Целью этой научного тезиса является изучение состояния корней зубов в непосредственной близости от пневматизированной верхнечелюстной пазухи и последствий, которые это имеет для ортодонтических процедур.

Понимание анатомии и физиологии: Для начала необходимо углубиться в анатомию и физиологию корней зубов и гайморовой пазухи. Верхнечелюстная пазуха — это заполненное воздухом пространство, расположенное над верхними задними зубами, и ее близость к корням этих зубов может создавать проблемы во время ортодонтического лечения. Тонкие костные стенки, разделяющие корни зубов и полость пазухи, делают корни подверженными резорбции или повреждению при воздействии ортодонтических сил.

Влияние пневматизированной верхнечелюстной пазухи на ортодонтическое лечение: Когда верхнечелюстная пазуха пневматизирована, то есть она расширилась на области, которые обычно заняты корнями зубов, ортодонтическое лечение становится более сложным. Измененная анатомия может повлиять на движение зубов, механику брекетов или капп и потенциально увеличить риск повреждения или резорбции корня. Ортодонты должны тщательно планировать и реализовывать стратегии лечения, чтобы минимизировать эти риски и достичь желаемых результатов.

Методы диагностики и планирование лечения: Эффективная диагностика и планирование лечения имеют решающее значение при лечении корней зубов, находящихся в непосредственной близости от пневматизированной верхнечелюстной пазухи. Передовые методы визуализации, такие как конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), играют жизненно важную роль в оценке взаимоотношений между корнями зубов и пазухами, позволяя ортодонтам разрабатывать индивидуальные планы лечения, учитывающие конкретные анатомические особенности.

Потенциальные осложнения и стратегии их смягчения: Осложнениями, возникающими из-за состояния корней зубов с пневматизированной верхнечелюстной пазухой во время ортодонтического лечения, могут быть резорбция корня, перфорация пазухи или изменение движения зубов. Профессионалам-ортодонтам необходимо проявлять бдительность и использовать стратегии смягчения последствий, такие как осторожное применение силы, частый мониторинг резорбции корня и, при необходимости, тесное сотрудничество с челюстно-лицевыми хирургами.

Заключение: В заключение отметим, что состояние корней зубов с пневматизированной верхнечелюстной пазухой представляет собой уникальные проблемы в ортодонтическом лечении. Понимая анатомические взаимосвязи, используя передовые диагностические инструменты и реализуя соответствующие стратегии смягчения последствий, ортодонты могут эффективно решать эти проблемы и обеспечивать успешные результаты лечения своих пациентов. Данный тезис представляет собой всесторонний анализ значения этого сложного вопроса в области ортодонтии.

Литература.

1. Nigmatov R.N., Shomuxamedova F.A. Ortodontiya. 1-jild Tish-jag' anomalionalari va deformatsiyalari, tekshirish usullari. - T. 2020 yil 340 bet.
2. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
3. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

ТОЧНОСТЬ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ С ЗУБНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПОМОЩИ ВНУТРИРОТОВЫХ СКАНЕРОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕХНИКОЙ СНЯТИЯ СЛЕПКА.

Усанова Нозима 404 А гр. МО СТ

Научный руководитель: Очилова М.У., ассистент кафедры пропедевтика ортопедической стоматологии.

*Ташкентский государственные стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность темы: Пассивное соответствие между структурой протеза и поддерживающими имплантатами имеет решающее значение для предотвращения механических и биологических осложнений при ортопедическом лечении с опорой на имплантаты. Плохая посадка может привести к ослаблению винта, перелому, нежелательным движениям, поломке протеза или перелому имплантата. Биологические осложнения также могут возникнуть из-за зазора между протезом и имплантатом, в котором обитают микроорганизмы, вызывающие проблемы в поддерживающих тканях. Достижение абсолютной пассивной посадки практически невозможно из-за большого количества этапов процесса изготовления протеза. Однако существует небольшая погрешность, с которой можно мириться, не вызывая осложнений в будущем. Пассивное соответствие определяется как уровень соответствия, который не приводит к долгосрочным клиническим осложнениям. Появление систем автоматизированного проектирования и автоматизированного производства (CAD/CAM) привело к появлению цифровых слепков (DI digital impression) с использованием внутриротовых сканеров (IOS intraoral scanner) с целью полной цифровизации рабочего процесса. DI имеют такие преимущества, как меньший риск искажений во время снятия оттисков и изготовления моделей, а также повышенный комфорт пациента.

Цели и задачи: Этот систематический обзор был направлен на сравнение точности in vitro оттисков зубных имплантатов, полученных с помощью внутриротовых сканеров, по сравнению с традиционными методами. В обзор вошли 26 статей, посвященных моделированию при полной адентии (CE),

частичной адентии (PE), одиночного имплантата (SI), а также CE и SI.

Методы: Систематический поиск проводился с использованием электронных баз данных, таких как PubMed, Web of Science и Scopus, без ограничений по дате публикации. Оценивалась надежность интер-рецензента: коэффициент Каппа 0,74 после отбора по названию и 0,85 после полнотекстового прочтения отобранных статей по аннотации. Разногласия между рецензентами разрешались путем обсуждения и консенсуса. Отбор статей основывался на названиях и аннотациях, а второй отбор проводился после прочтения полного текста. Первоначальный электронный поиск был дополнен ручным поиском в разделе ссылок избранных статей. Ручной поиск также проводился в соответствующих журналах, таких как Journal of Dental Research, Clinical Oral Implants Research, Journal of Dentistry, Clinical Implant Dentistry and Associates Research, Journal of Prosthetic Dentistry, Journal of Prosthodontic Research, European Journal of Oral Implantology, Journal of Prosthodontics. , Международный журнал оральных и челюстно-лицевых имплантатов, Международный журнал ортопедической стоматологии, Quintessence International, Журнал доказательной стоматологической практики, Имплантационная стоматология, Международный журнал компьютерной стоматологии и Журнал оральной имплантологии.

Результаты: Первоначальный электронный поиск выявил 425 статей после удаления дубликатов. Только по названию было отобрано 215 статей, из них 49 на основе аннотации. После прочтения полного текста 26 статей соответствовали критериям включения. Все статьи, вошедшие в обзор, представляли собой исследования in vitro. При этом в 14 статьях расследовались случаи полной адентии (CE) исключительно, девять при частичной адентии (PE), два при одиночном импланте (SI), и еще один включал также CE и SI.

Вывод: Для реставраций с опорой на имплантаты в случаях частичной адентии (PE) и одиночного имплантата (SI) имеющиеся доказательства показывают точность традиционного оттиска.

Внутриротовые сканеры (IOS) требуют улучшений, чтобы DI можно было с уверенностью использовать во всех случаях, когда требуются протезы с опорой на имплантаты.

Список литературы:

1. Tan, K.B. The Clinical Significance of Distortion in Implant Prosthodontics: Is There Such a Thing as Passive Fit? *Ann. Acad. Med. Singap.* **1995**, *24*, 138–157. [PubMed]
2. Sahin, S.; Cehreli, M.C. The Significance of Passive Framework Fit in Implant Prosthodontics: Current Status. *Implant Dent.* **2001**, *10*, 85–92. [CrossRef] [PubMed]
3. Wennerberg, A.; Albrektsson, T. Current Challenges in Successful Rehabilitation with Oral Implants. *J. Oral Rehabil.* **2011**, *38*, 286–294. [CrossRef]
4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever

- Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, *20*, 441–451. [CrossRef] [PubMed]
5. Kan, J.Y.; Rungcharassaeng, K.; Bohsali, K.; Goodacre, C.J.; Lang, B.R. Clinical Methods for Evaluating Implant Framework Fit. *J. Prosthet. Dent.* **1999**, *81*, 7–13. [CrossRef]
6. Jemt, T.; Lie, A. Accuracy of Implant-Supported Protheses in the Edentulous Jaw: Analysis of Precision of Fit between Cast Gold-Alloy Frameworks and Master Casts by Means of a Three-Dimensional Photogrammetric Technique. *Clin. Oral Implant. Res.* **1995**, *6*, 172–180. [CrossRef]
7. Kim, Y.; Oh, T.-J.; Misch, C.E.; Wang, H.-L. Occlusal Considerations in Implant Therapy: Clinical Guidelines with Biomechanical Rationale. *Clin. Oral Implant. Res.* **2005**, *16*, 26–35. [CrossRef]
8. Andriessen, F.S.; Rijkens, D.R.; van der Meer, W.J.; Wismeijer, D.W. Applicability and Accuracy of an Intraoral Scanner for Scanning Multiple Implants in Edentulous Mandibles: A Pilot Study. *J. Prosthet. Dent.* **2014**, *111*, 186–194. [CrossRef]
9. Ahlholm, P.; Sipilä, K.; Vallittu, P.; Jakonen, M.; Kotiranta, U. Digital Versus Conventional Impressions in Fixed Prosthodontics: A Review. *J. Prosthodont.* **2018**, *27*, 35–41. [CrossRef]
10. Yuzbasioglu, E.; Kurt, H.; Turunc, R.; Bilir, H. Comparison of Digital and Conventional Impression Techniques: Evaluation of Patients' Perception, Treatment Comfort, Effectiveness and Clinical Outcomes. *BMC Oral Health* **2014**, *14*, 10. [CrossRef]
11. Revilla-León, M.; Att, W.; Özcan, M.; Rubenstein, J. Comparison of Conventional, Photogrammetry, and Intraoral Scanning Accuracy of Complete-Arch Implant Impression Procedures Evaluated with a Coordinate Measuring Machine. *J. Prosthet. Dent.* **2021**, *125*, 470–478. [CrossRef] [PubMed]
12. Flügge, T.; van der Meer, W.J.; Gonzalez, B.G.; Vach, K.; Wismeijer, D.; Wang, P. The Accuracy of Different Dental Impression Techniques for Implant-Supported Dental Protheses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin. Oral Implant. Res.* **2018**, *29* (Suppl. 16), 374–392. [CrossRef] [PubMed]

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Усмонова Х.Т.-ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт
Очилова М.У.- ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность.

Искусственный интеллект значительно повышает точность, безопасность и эффективность процедур в ортопедической стоматологии. Он обеспечивает персонализированный подход и увеличивает качество лечения пациентов, перенося эту область медицины на новый уровень. В последующих разделах этой статьи мы подробно рассмотрим различные аспекты роли и применения ИИ в ортопедической стоматологии, включая методы диагностики, планирование лечения, хирургические вмешательства и обучение стоматологов.

Цель работы.

Исследовать актуальные приложения и потенциал искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии с целью повышения эффективности диагностики, лечения и реабилитации пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Материалы и методы.

Роль и применение искусственного интеллекта (ИИ) в ортопедической стоматологии представляют собой значительное достижение в современной медицинской практике. ИИ преобразует методы диагностики, лечения и управления в этой области. Давайте рассмотрим ключевые аспекты роли и применения ИИ в ортопедической стоматологии:

Диагностика и предварительное планирование

Разработка индивидуальных планов лечения

Ортодонтия и ортопедические аппараты

Автоматизированные процедуры и роботы

Прогнозирование результатов

Обучение стоматологов

Эффективность и сокращение ошибок

Исходные данные

Используемые методы

Обзор существующих технологий и приложений

Клинические случаи и пациенты

Этические соображения

Статистический анализ (по необходимости)

Инструменты и технологии

Результаты и их обсуждение.

Роль искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии: Полученные результаты подчеркивают важную роль искусственного интеллекта в улучшении практики ортопедической стоматологии. ИИ становится неотъемлемой частью современной стоматологии.

Выводы.

Искусственный интеллект — неотъемлемая часть современной ортопедической стоматологии: Результаты исследования подтверждают, что

искусственный интеллект становится все более важным элементом стоматологической практики. Он значительно улучшает точность диагностики, обеспечивает персонализированные решения и помогает снижать риск ошибок.

Преимущества для пациентов: Использование ИИ в ортопедической стоматологии приносит ощутимые преимущества для пациентов. Это включает в себя более точные и быстрые диагнозы, персонализированные лечебные планы и более высокое качество лечения.

Снижение риска ошибок и оптимизация лечения: Искусственный интеллект помогает стоматологам снижать вероятность ошибок и оптимизировать планы лечения, что особенно важно для пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти.

Этические аспекты и конфиденциальность данных: Использование ИИ поднимает важные этические вопросы, включая конфиденциальность данных пациентов. Необходимо строго соблюдать стандарты безопасности и этические нормы при работе с ИИ.

Направления для будущих исследований: Результаты исследования указывают на необходимость дальнейших исследований в области применения искусственного интеллекта в ортопедической стоматологии. Это включает в себя разработку более сложных алгоритмов, обучение стоматологов в работе с ИИ и разработку эффективных моделей соблюдения этических стандартов.

Литература

Shah, S., & Bhoyar, A. (2021). Artificial intelligence in orthodontics: A revolution. *International Journal of Oral Care & Research*, 9(3), 184-187.

Al-Fazari, S., Parachuru, R. R., Al-Kharusi, L. A., Al-Mawali, A., & Al-Harrasi, A. (2019). Artificial intelligence: The future of orthodontics. *Journal of Orthodontic Science*, 8, 6.

Zotti, F., Dalessandri, D., Salgarello, S., Piancino, D., Bonetti, S., & Visconti, L. (2017). Use of artificial neural networks in the management of patients with orthodontic brackets. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 21(2), 349-356.

Yao, L., Li, C., & Wu, Y. (2016). Application of artificial neural network in evaluating maxillary protraction orthodontic treatment. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 44(4), 372-379.

Brüllmann, D., Schmidtmann, I., & Warzecha, K. (2017). Computer-assisted orthodontic treatment planning using digital study models. *Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte der Kieferorthopädie*, 78(3), 211-220.

ДИАГНОСТИКА И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ (Обзорная)

*Сост. Ханова Д.Н., проф. Нигматов Р.Н., магистр Бахитиллаева С.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Правильный физиологический прикус обеспечивает не только

пищеварительную функцию, но и косметическую, принимая участие в формировании формы лицевого отдела головы.

Глубокий прикус - это неправильное положение зубов, при котором передние зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти вертикально на 60-100%. При глубоком прикусе резцы верхней и нижней челюсти при жевании и откусывании испытывают повышенную нагрузку.

По данным литературы глубокий прикус признан одной из наиболее распространенных форм зубочелюстных аномалий. По мнению Щербакова А.С. (1987) частота его встречаемости составляет - 13,0%, а по данным Петровой Ю.К. (1985) - $51,0 \pm 1,4\%$ среди всех зубочелюстных аномалий. Такое значительное распространение глубокого прикуса у взрослых следует связывать, в немалой степени, с трудностью его исправления в детском возрасте (Соловьёв М.М. с соавт., 1994; Трезубов В.Н. с соавт., 2001). А в первую очередь это объясняется наследственной природой данной аномалии (Аболмасов Н.Г., 1991; Grabowski R. e.a., 1988; Sarver D.M., 1998).

Наиболее частая причина глубокого резцового перекрытия — кариозное или некариозное поражение твердых тканей боковых зубов, в т.ч. неравномерная их стираемость, ранняя потеря временных моляров, первых постоянных моляров или других боковых зубов. Вредные привычки сосания и прикусывания пальцев, различных предметов вызывают отклонение передних зубов, нарушение их проксимальных контактов с противостоящими зубами, что приводит к снижению высоты прикуса, установлению первых постоянных моляров на неправильном окклюзионном уровне и недоразвитию альвеолярных отростков в боковых участках.

В разные годы было проведено множество исследований (клинических наблюдений, изучение контрольно-диагностических гипсовых моделей челюстей, изучение данных цефалометрического анализа пациентов с глубоким прикусом) для выявления причин патологии (Нигматов Р., и др., 2021). Однако данные литературы о патогенезе глубокого прикуса противоречивы.

Авторы целого ряда публикаций (Гаврилов, Е.И., 1986; Аболмасов, Н.Н., 2005 и др.) уделяют большое внимание в образовании глубокого прикуса таким факторам, как: ранняя утрата молочных и постоянных зубов (в большей степени в боковых отделах), повышенная стираемость эмали и дентина, зубоальвеолярное перемещение, сколиоз и другие нарушения осанки.

Чрезмерное резцовое перекрытие приводит к блокированию перемещений нижней челюсти, и это становится причиной развития патологий височно-нижнечелюстных суставов. Щербаков А.С. (1987) выявил наличие артропатий у 15,54% пациентов с глубоким прикусом.

Для диагностики разновидностей глубокого прикуса изучают:

- ширину коронок верхних и нижних резцов и их осевое расположение (правильная позиция, протрузия, ретрузия);
- выраженность дентальных бугров верхних резцов;
- контакты между передними зубами;
- двустороннее соотношение клыков и первых постоянных моляров в

сагиттальном направлении при зубных рядах, сомкнутых в привычной окклюзии (класс по Энглу);

- раннее разрушение или потерю временных и постоянных боковых зубов;
- мезиальный наклон или смещение верхних и нижних зубов на место разрушенных или удаленных;
- выраженность морфологических и функциональных нарушений по методу Зиберта – Малыгина и трудность их устранения с помощью метода Малыгина – Белого.

Для диагностики глубокого прикуса следует измерять и вычислять:

- 1) мезиодистальные размеры коронок верхних (SI) и нижних (Si) резцов, их сумму;
- 2) соответствие суммы мезиодистальных размеров коронок верхних и нижних резцов по индексу Тонна (1,35мм);
- 3) глубину резцового перекрытия;
- 4) величину сагиттальной щели между верхними и нижними центральными резцами;
- 5) длину переднего отрезка зубных дуг по Коркхаузу;
- 6) ширину зубных дуг по Пону (с поправками по Линдеру и Харту).

Диагноз ставят на основании клинического исследования, изучения диагностических моделей челюстей и их измерения, метрического изучения фотографий лица в фас и профиль, а также боковых ТРГ головы, оценки данных ортопантомографического исследования челюстей.

Лечение глубокого прикуса.

Лечение глубокого прикуса наиболее эффективно в периоды прорезывания временных зубов, первых постоянных моляров, смены временных резцов постоянными, прорезывания вторых постоянных моляров.

Основные задачи лечения:

- устранение причин, препятствующих зубоальвеолярному удлинению в области боковых зубов и разобщение их;
- создание препятствия для зубоальвеолярного удлинения в области передних зубов;
- исправление формы зубных дуг, положения отдельных зубов и их групп;
- нормализация положения нижней челюсти и роста челюстей.

Нарушения устраняют различными способами и методами с учетом вызвавших их причин, периода формирования прикуса, его соответствия возрасту и полу пациента.

Литература

1. Аболмасов, Н.Н. Системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта (клинико-генетическое исследование) : дис. ... докт. мед. наук. : 14.00.21 / Аболмасов Николай Николаевич ; [СПБГМУ им. акад. И. П. Павлова]. - Санкт-Петербург, 2005. - 290 с.
2. Гаврилов, Е. И. Классификация зубочелюстных аномалий / Е. И. Гаврилов // Морфологические и функциональные изменения при основных

стоматологических заболеваниях и их лечение: Сб. науч. тр. - Смоленск, 1986. - С. 57-64.

3. Нигматов Р., Нодирхонова М., Сайдиганиев С. Взаимосвязь окклюзии с опорно-двигательным аппаратом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – Т. 1. – №. 02. – С. 52-53.

4. Нигматов Р. и др. Пересечение рядов зубов во время детского обменного прикуса диагностика прикуса цефалометрическим методом //Stomatologiya. – 2021. – №. 1 (82). – С. 38-40.

5. Нигматов Р. и др. Анализ современных методов оценки окклюзии у детей с ранней потерей молочных зубов //Stomatologiya. – 2021. – №. 2 (83). – С. 36-39.

6. Нодирхонова М., Нигматов Р., Нигматова И. Изучение зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 4. – 2021. – Т. 1. – №. 02. – С. 118-119.

7. Нигматова И. и др. Лечение вертикальных аномалий с использованием LM-активатора у детей с нарушениями функции речи в периоде сменного прикуса //Stomatologiya. – 2020. – №. 3 (80). – С. 32-36.

8. Нигматов Р., Нигматова И., Нодирхонова М. Взаимосвязь зубочелюстных аномалий и заболеваний опорнодвигательного аппарата у детей в периоде сменного прикуса //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 4 (77). – С. 57-64.

9. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

10. Персин, Л. С. Оценка гармоничности смыкания зубных рядов у лиц с физиологической окклюзией / Л. С. Персин, М. Г. Рыбакова, И. В. Попова // Ортодонтия. - 2011. - № 1 (53). - С. 18-21.

11. Проффит Уильям Р. Современная ортодонтия англ. под ред. чл.-корр. РАМН проф. Л.С.Персина / Мед. пресс-информ, 2016 - 560 с.

12. Occlusal and facial features in Amazon indigenous: An insight into the role of genetics and environment in the etiology dental malocclusion / B. S. de Sousa, L. M. Bichara, J. F. Guerreiro et al. // Arch. Oral. Biol. - 2015. - 60 (9). - P. 45-48.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шаамухаммедова Ф.А., Нигматова И.М., Негматова М.А магистр 1- курс,
Рахимбердиева М.Ш клин.ординатор II курс, Холматова Зарнигор
ТГСИ Кафедра "Ортодонтии и зубного протезирования"

Актуальность. Для грамотного планирования ортодонтического лечения при помощи лучевой диагностики которое позволяет составить индивидуальный план лечения. Использование рентгенологических методов исследования устраняет риск осложнений при ортодонтическом лечении, а также устраняет риск возникновения рецидивов ортодонтической практике.

Цель. Доказать важность лучевой диагностики при планировании ортодонтических пациентов.

Материал и методы. Проведено обследование 24 пациентов в возрасте 12 до 16 лет (девушек-14, мальчиков-10). Всем ортодонтическим пациентам были проведены рентгенологическое обследование в латеральной проекции, панорамный рентген зубных рядов и трёхмерное изображение (3D рентген).

Для получения точных и объективных данных в нашей практике были применены: клинические (осмотр пациента, опрос, проведены функциональные пробы Ильиной Маркосян и проба Эшлера Битнера, антропометрические исследования диагностических моделей челюстей по Пону, Коркхаузу, определён тип лица по Изарду и изучение фотопротоколов. Кроме того лор врачами проведено оценка проходимости дыхательных путей, оценка состояния суставной головки в суставной ямке, анализ рентгенологических исследований

Результаты. Данные рентгенологических исследований позволили уточнить состояние и расположение костных структур височно-нижнечелюстного сустава, придаточных пазух носа, индивидуальные особенности строения верхней и нижней челюсти, расположение корней зубов в толще альвеолярных отростков и их соотношение с кортикальной пластинкой. После подробного анализа этих данных составляется индивидуальный лист.

По данным TRG головы были определены угловые и линейные параметры положения верхней и нижней челюстей относительно основанию черепа. Проведен анализ мягких тканей лица, а также величина потери и высота прикуса. Для измерения углов и отрезков на цефалограмме нами использовано исходные антропометрические точки.

Заключение. Современные методы диагностики в ортодонтии позволяют получить максимум информации, что в свою очередь позволяет грамотно и точно спланировать план ортодонтического лечения, избегая возможные осложнения, а также позволяет избегать рецидивы.

Используемая литература:

1. Нигматов Р.Н., Шаамухамедова Ф.А., Ортодонтия.1-часть Методы диагностики зубочелюстных аномалий и деформаций. - Т. 2020г.
2. Нигматов, Р. Н., Ф. А. Шомухамедова, and И. М. Нигматова. "Ортодонтия. / Учебник (на русском и на узбекском языке) Для студентов Стоматологических факультетов медицинских институтов. -2-том." Т.-2021.- 451 с.
3. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н.,

Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

4. Персин Л.С. Ортодонтия . Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий-2004г.

5. Проффит "Современная ортодонтия" Уильям 2019

6. Хорошилкина Ф.Я. "Телерентгенография в ортодонтии"– М.: Медицина, 1976.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРМОВИЗИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВ И ОГРАНИЧЕНИЙ

*Шамухамедова Ф.А., магистр 2 курса ДХС Кадыров Камолбек
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ*

Актуальность В современной ортодонтии постоянно ищутся новые методы и технологии для улучшения точности диагностики, эффективности лечения и удовлетворения потребностей пациентов.

Целью таких инновационных подходов является использование термовизионной технологии, которая позволяет ортодонтам исследовать температурные характеристики в зонах интереса для ортодонтического лечения.

Материалы и методы исследования

Термовизионная технология предоставляет врачам возможность наблюдать изменения температуры на поверхности кожи или слизистой оболочки. В ортодонтии эта технология может быть использована для выявления тепловых изменений в областях зубов, десен и окружающих тканей. Это особенно полезно при диагностике и мониторинге ортодонтических проблем, таких как воспаление десен, некорректное расположение зубов и недостаточное кровоснабжение. Например, на 3 мальчиках пациентах детского возраста с переломами нижней челюсти были проведены хирургическое вмешательство с установкой титановых пластинок и для улучшения пост операционной реабилитации было предложено пластинка с вестибулярной дугой и назначено мониторинг десен и слизистых переходных складок с помощью термовизиографа.

Кроме того, термовизионная технология может использоваться для контроля эффективности ортодонтического лечения. Изменения температуры в зоне ортодонтических аппаратов могут указывать на проблемы с их плотным прилеганием к поверхности зубов или наличие воспалительных процессов, что помогает ортодонтам своевременно корректировать терапию.

Результаты

Одним из главных преимуществ термовизионной технологии является ее безопасность и неинвазивность. Исследование проводится без контакта с

пациентом, что делает его комфортным и минимизирует риск инфекций. Кроме того, термовизионная технология позволяет получить мгновенные результаты, что экономит время как для врача, так и для пациента.

Еще одним преимуществом является возможность использования термовизионной технологии для скрининга пациентов на ранние признаки ортодонтических проблем. Это позволяет начать лечение на ранних стадиях, когда оно более эффективно и имеет меньше осложнений.

Ограничения и перспективы использования

Несмотря на многочисленные преимущества, термовизионная технология также имеет свои ограничения. Например, точность измерений может быть ограничена в зависимости от окружающей температуры и влажности воздуха. Кроме того, необходимо иметь опыт и обучение для правильной интерпретации результатов.

Однако с постоянным развитием технологий и улучшением алгоритмов обработки данных, термовизионная технология обещает стать все более важным инструментом в ортодонтической практике. Ее возможности по улучшению диагностики, контролю за лечением и повышению качества заботы о пациентах делают ее невероятно перспективной для будущего ортодонтии.

Вывод

Термовизионная технология представляет собой мощный инструмент для ортодонтот, позволяющий эффективно диагностировать, мониторить и лечить ортодонтические проблемы. Несмотря на некоторые ограничения, ее преимущества делают ее неотъемлемой частью современной ортодонтической практики, а перспективы развития технологии обещают еще более широкое применение в будущем.

ЛИТЕРАТУРА: 1. Азимов М.И., Азимов А.М. Тепловизионное исследование лица у здоровых людей. //Topical issues of the development of modern science. Abstracts of v international scientific and practical conference. 15–17.2020. Sofia. С. 182

2. Азимов М.И., Азимов А.М. Тепловизионное исследование лица больных острым одонтогенным остеомиелитом челюстей у детей и взрослых. //Журнал Стоматологии и краниофациальных исследований №1 (01) 2020 С. 55–59

3. Азимов А.М., Азимов И.М. Соғлом одам юзини термографияси. //Журнал Стоматологии и краниофациальных исследований №2 (01) 2020 С. 72–75.

4. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

Актуальность темы: В последние годы стало ясно, что необходимо тщательно подходить к выбору материала для изготовления съемного зубного протеза, учитывая индивидуальные особенности стоматологического и соматического состояния пациента, а также состояние его полости рта. Это обусловлено тем, что конструкция из конструкционных материалов может оказать негативное влияние на слизистую оболочку протезного поля и организм пациента в целом. Поэтому выбор конструкционного материала осуществляют исходя не только из его физико-химических характеристик, но и из биологического воздействия на окружающие ткани полости рта.

Цель исследования: Изучить разновидности термопластов, их положительные стороны, а также их роль в ортопедической стоматологии.

Классификация пластмассовых материалов: по отношению к температуре бывают: 1. Термопластичные; 2. Термореактивные; 3. Термостабильные. По характеру деформации различают: 1. Твёрдые; 2. Пластичные. По способу приготовления подразделяются на: 1. Горячего отверждения; 2. Холодного отверждения.

Обсуждение: Наиболее распространенным конструкционным материалом в ортопедической стоматологии является акриловая пластмасса. Однако она способна вызвать аллергические реакции, проявляющиеся в виде воспаления слизистой оболочки полости рта. Основным этиологическим фактором развития аллергии к акрилату считается остаточный мономер, содержащийся в пластмассе в количестве 0,2 %, который при нарушении режима полимеризации увеличивается до 8 %. Мономер же – эфир метакриловой кислоты – является низкомолекулярным соединением, то есть это потенциальный гаптен, и, соединяясь с белками тканей организма, превращается в антиген, являющийся причиной аллергических реакций как локального, так и общего характера. Еще одним существенным недостатком протезов из акриловых пластмасс является микропористость базисов, которая неизбежно возникает по технологическим причинам – вследствие усадки, происходящей в процессе полимеризации. А также третьим недостатком является малая прочность акриловых пластмасс к переменным нагрузкам при акте жевания.

Суммируя все недостатки, врачи перешли к использованию, как альтернативу, термопластов. Термопласты по химической структуре лишены тех основных отрицательных свойств, которые присущи акриловым пластмассам, а по прочностным показателям они во много раз лучше. При переработке термопластов в изделия не используется резкотоксичный мономер.

Термопласты имеют ряд преимуществ:

- Дисфункции в полости рта, возникающие при носке ортопедических конструкций из различных металлов, поддаются успешному лечению с

применением зубных протезов из термопластов.

- Для повышения эстетики съемных протезов используют кламмеры из термопластов, имеющие цвет опорных зубов, вместо металлических кламмеров, которые могут вызывать трещины и переломы базиса протезов.

- Протезы из термопласта без токсичности и аллергических реакций. Подходят для пациентов с аллергиями и заболеваниями различных систем.

- Протезы из термопластов: эластичны, точно прилегают, хорошо фиксируются, эстетичны, не содержат микропор, не нарушают равновесие микрофлоры, прочнее акриловых протезов.

В стоматологии используют термопласты 5 видов:

- – полиоксиметилен (полиформальдегид);
- – нейлон (полигексаметиленлипамид);
- – полипропилен;
- – этилен-винил-ацетат;
- – акриловые (полиметилметакрилат) безмономерные.

Из **полиоксиметилена** возможно изготовление односторонних съемных протезов при концевом дефекте зубного ряда на телескопической системе фиксации, причем, обладая эластичностью, базис таких протезов гораздо меньше вызывает атрофию костной ткани, чем пластиночный протез из других материалов. При непереносимости металлического базиса бюгельного протеза и с эстетической целью, каркас с кламмерами можно отлить из термопласта на основе полиоксиметилена. Благодаря эластичности материала, оказывается минимальное травматическое воздействие на послеоперационное поле. Поэтому в имплантологии и при длительном постхирургическом периоде заживления полиоксиметилен используют для изготовления временных ортопедических конструкций.

Термопласты из **нейлона**. Протезы, изготовленные из нейлона, прочнее и более податливы, чем акриловые аналоги. Нейлоновый базис умеренно гибкий. Он в большей степени, чем акриловые протезы, устойчив к механическим воздействиям, способствует быстрой адаптации в полости рта. Пластичность обеспечивает более благоприятное распределение жевательного давления на альвеолярный гребень. Минимальная толщина и малая масса нейлонового протеза придают чувство уверенности во время еды, при улыбке и незаметны для окружающих вследствие их хорошей ретенции и эстетики. В настоящее время материалы для изготовления нейлоновых протезов изготавливают США (“Valplast”, “Flexite”), Израиль (Flexy-Nylon), Сан-Марино (T.S.M. Acetal Dental). Из нейлона изготавливают: частичные съемные протезы с зубоальвеолярными кламмерами; комбинированные протезы.

Зубные протезы из **полипропилена**. По своим основным характеристикам полипропилен приближен к нейлону, но уступает ему по некоторым физикохимическим характеристикам. В настоящее время полипропилен, выпускаемый в США, “ProFlex Clear Wire” Dental Resources, используют для изготовления ортопедических конструкций в качестве дешевой альтернативы

нейлону.

Внутриротовые устройства из **этиленвинилацетата**. На основе этиленвинилацетатных полимеров производят термопласты в Италии (Flexidy), в Сан-Марино (Corflex Orthodontic). С появлением в стоматологии термопластичных материалов из этиленвинилацетата стало возможным изготавливать в зуботехнических лабораториях индивидуальные позиционеры, зубные протекторы для спорта и индивидуальные мундштуки для дайвинга.

Зубные протезы на основе **безмономерных акриловых пластмасс**. Основными характеристиками этих материалов являются отсутствие свободного мономера, достаточно высокая прочность и эстетичность, что позволяет изготавливать особо тонкие полные съемные протезы. Они имеют широкую цветовую гамму оттенков. Перебазировку и починку этих протезов можно проводить с помощью термопластов, а также с помощью любого вида акриловых пластмасс (холодной и горячей полимеризации). В настоящее время безмономерные материалы на основе акриловых пластмасс производят США (Flexite M. P.), Израиль (Acre-Free), Сан-Марино (Thermo Free), Италия (Fusicril), Германия (Polyan).

Заключение: Таким образом использование термопластов наиболее распространено в практике ортопедической стоматологии, т.к. имеются различные подгруппы данного материала, что позволяет применять их в различных клинических случаях. Также данный вид пластмасс являются наиболее лучшей альтернативой акриловым материалам.

ФИКСАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АТТАЧМЕНТОВ И БРЕКЕТОВ

Асс Юлдашев Т.А., Олимжонova Н.О студентка 5-курса.,

PhD Юлдашева М.А

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Фиксация ортодонтических аттачментов и брекетов - это важный этап при лечении зубочелюстных аномалий, таких как неправильный прикус или неровные зубы. Ортодонтические аттачменты и брекеты фиксируются на зубах для того, чтобы применять силу и контролировать движение зубов в нужном направлении.

Цель. Обосновать основные преимущества и недостатки фиксации ортодонтических аттачментов и брекетов.

Материалы и методы исследования. Фиксация ортодонтических аттачментов и брекетов позволяет специалистам контролировать движение зубов точно и эффективно. Благодаря этому можно достичь желаемых результатов лечения в кратчайшие сроки. Ортодонтические аттачменты и брекеты могут быть использованы для различных видов коррекции прикуса и выравнивания зубов, включая повороты, сдвиги и выправление неровностей. Специалисты могут выбрать различные типы аттачментов и брекетов в зависимости от конкретных потребностей и особенностей каждого пациента, что позволяет создать индивидуальный план лечения.

Результаты исследования. После фиксации ортодонтических аттачментов и брекетов пациенты могут испытывать некоторый дискомфорт и даже боль в первые дни после установки. Это связано с тем, что зубы начинают сдвигаться, что может вызвать неприятные ощущения. При наличии ортодонтических аттачментов и брекетов у пациента требуется более тщательный уход за полостью рта, чтобы избежать развития кариеса и заболеваний десен. Это может потребовать дополнительных усилий и времени. Некоторые пациенты могут испытывать недовольство по поводу изменения внешнего вида улыбки из-за наличия видимых брекетов и аттачментов. В таких случаях можно обратить внимание на прозрачные или более незаметные варианты фиксации.

Выводы: В целом, фиксация ортодонтических аттачментов и брекетов имеет свои преимущества и недостатки, и выбор метода лечения должен основываться на конкретных потребностях и пожеланиях пациента, при этом следует проконсультироваться с квалифицированным ортодонтом.

Литература.

1. Benya V.N. Prevention of caries of the chewing surfaces of permanent teeth in children and adolescents: author. dis. for scientific research. Degree Cand. honey. Sciences: spec. 01/14/21 "Dentistry" / Benya V.N. - M., 2006 .-- 20 p.
2. McDonald P.E. Dentistry of children and adolescents / McDonald P.E., Avery D.E. - M.: MIA, 2003 .-- 371 p.
3. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
4. Муртазаев С.М., Муртазаев С.С., Лечение мезиального открытого прикуса методом интрузии жевательных зубов. Материалы конференции, Международной научно-практической конференции 16 октября 2019 г. С. 99-103.
5. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.
6. Прозрачная ортодонтия. // Сандра Тай 2020г – С. 100-120

ЦИФРОВАЯ ОРТОДОНТИЯ ПРЕМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Асс Юлдашев Т.А., Олимжонова Н.О 508 Б стом, PhD Юлдашева М.А

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Актуальность. Цифровая ортодонтия - это новейшая технология, которая изменила подход к коррекции прикуса и выравниванию зубов. Она представляет собой процесс создания 3D модели уникального прикуса пациента и планирования лечения с помощью специального программного обеспечения. Затем на основе этой модели создается набор прозрачных съемных кап, которые

применяются поэтапно для исправления дефектов прикуса.

Цель исследования. Рассмотреть и обосновать преимущества и недостатки современных инновационных технологий в ортодонтии.

Материалы и методы исследования. Инновационная платформа с искусственным интеллектом WebCeph. 50 пациентов: из них 32-мужчины и 18 девушки. Одним из главных преимуществ цифровой ортодонтии является ее точность. Благодаря 3D моделям и компьютерному планированию а также расшифровки латеральных снимков, специалисты имеют возможность более точно вычислить необходимое движение каждого зуба, что значительно сокращает время лечения и улучшает его результаты. Кроме того, капы легко снимать и надевать, что облегчает уход за полостью рта и позволяет пациентам комфортно обучиться и работать.

Результаты исследования. Одним из важных преимуществ цифровой ортодонтии является точность и ее незаметность. Современные технологии помогают минимизировать участие дополнительного медицинского персонала.

Прозрачные капы практически не заметны на зубах, что делает лечение дискретным и позволяет пациентам чувствовать себя уверенно в общественных местах.

Однако, как и у любой другой технологии, у цифровой ортодонтии есть и недостатки. Одним из них является высокая стоимость. Цифровая ортодонтия может быть дороже традиционного лечения брекетами из-за затрат на создание 3D моделей и использование специализированного оборудования.

Еще одним недостатком является ограниченное применение в сложных случаях. В некоторых ситуациях, например при выраженных деформациях челюстно-лицевой области, цифровая ортодонтия может быть менее эффективной, чем традиционные методы лечения.

Выводы. В целом, цифровая ортодонтия представляет собой инновационный и эффективный метод коррекции прикуса, который имеет как преимущества, так и недостатки. Для того чтобы выбрать наиболее подходящий метод лечения, необходимо обратиться к специалисту и провести консультацию, где будут рассмотрены все возможности и ограничения цифровой ортодонтии в вашем случае.

Литература.

1. Benya V.N. Prevention of caries of the chewing surfaces of permanent teeth in children and adolescents: author. dis. for scientific research. Degree Cand. honey. Sciences: spec. 01/14/21 "Dentistry" / Benya V.N. - M., 2006 .-- 20 p.
2. McDonald P.E. Dentistry of children and adolescents / McDonald P.E., Avery D.E. - M.: MIA, 2003 .-- 371 p.
3. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
4. Муртазаев С.М., Муртазаев С.С., Лечение мезиального открытого прикуса методом интрузии жевательных зубов. Материалы конференции,

Международной научно-практической конференции 16 октября 2019 г. С. 99-103.

5. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

6. Прозрачная ортодонтия. // Сандра Тай 2020г – С. 100-120.

IDENTIFICATION OF KEY DETERMINANTS IMPACTING THE DURATION OF ORTHODONTIC TREATMENT

Behnaz Ahmadi *Department of orthodontics, masters' degree, 1st semester TSDI Tashkent Dental Institute*
Nigmatova I.M

Relevance: Orthodontics is one of the treatment methods to align the teeth. Due to the expansion of science in the field of dentistry and the arrangement of teeth, various orthodontic methods have been created. And there is a different treatment method for each type of abnormality. Clients and patients undergoing orthodontic treatment in most cases like their orthodontic period to be short. The purpose of this retrospective study was to identify the quantify the effect of factors that influence orthodontic treatment time.

The aim of this study: Greater understanding of the factors that influence treatment time would be useful for several reasons.

Patients want to know how long orthodontic treatment will take, and those who complete treatment on time, might be more satisfied and more likely to refer additional patients. Timely completion of treatment allows for a more accurate prediction of costs and the ability to treat more patients. From a patient's (or parent's) perspective, shorter treatment times have an impact on lifestyle, and, from an orthodontist's perspective, patients are less vulnerable to compliance “burnout.” Despite its clinical importance, little is known about the factors that influence treatment time.

Introduction

There are many influential factors that can impact the course of orthodontic treatment, ranging from the patient's own biology and behavior to the treatment plan and the expertise of the orthodontist. Here's a breakdown of some key categories:

Patient-related factors:

Age: Age plays a crucial role in bone remodeling and tooth movement. Younger patients tend to respond faster to treatment due to their more resilient bone structure.

Cooperation: Adherence to treatment instructions, including wearing appliances as directed, maintaining good oral hygiene, and attending appointments regularly, is

critical. Poor cooperation can significantly prolong treatment time and compromise outcomes.

Oral hygiene: Poor oral hygiene can lead to inflammation and infection, hindering tooth movement and potentially requiring adjustments to the treatment plan.

Medical conditions: Certain medical conditions, such as diabetes or autoimmune diseases, can affect bone health and healing, potentially influencing treatment duration.

Lifestyle habits: Smoking and excessive alcohol consumption can negatively impact bone health and gum tissues, potentially slowing down orthodontic tooth movement.

Treatment-related factors:

Malocclusion severity: The complexity of the initial misalignment of teeth and jaws plays a major role in treatment duration. More severe cases typically require longer treatment times.

Treatment plan: The chosen treatment approach, including the type of braces used, the frequency of adjustments, and the use of additional appliances like headgear or elastics, can significantly impact treatment length.

Extractions: Tooth extractions, sometimes necessary to create space for proper alignment, can add time to the treatment process as teeth need to shift into the newly created spaces.

Treatment phases: Some treatment plans involve multiple phases, such as initial alignment followed by bite correction, which can extend the overall duration.

Orthodontist-related factors:

Experience and expertise: An orthodontist's skill and experience can play a role in treatment efficiency and effectiveness.

Treatment philosophy: Some orthodontists may prioritize faster treatment, while others may favor a more cautious approach to minimize potential complications.

Communication and collaboration: Clear communication and collaboration between the orthodontist, patient, and any other involved healthcare providers can help ensure adherence to the treatment plan and address any issues promptly, potentially minimizing delays.

Other factors:

Genetics: Individual differences in bone density, metabolism, and response to forces can influence treatment duration.

Socioeconomic background: Access to quality dental care and financial limitations can impact treatment decisions and adherence.

Psychological factors: Patient motivation, anxiety levels, and self-esteem can all affect cooperation and overall treatment experience.

Conclusion: Orthodontic treatment can significantly improve a person's oral health, facial aesthetics, and overall well-being. However, its success depends on various factors that influence its duration, effectiveness, and overall patient satisfaction. By understanding these factors and engaging in effective communication, patients, orthodontists, and their families can work together to achieve optimal outcomes. Remember, orthodontic treatment is a journey, not a race. By understanding the influential factors and engaging in effective communication, patients can make informed decisions, maximize their treatment's effectiveness, and achieve a beautiful

and healthy smile.

References:

"Factors Influencing Duration of Orthodontic Treatment" by Md. Nazrul Islam and M. Shamsul Alam (2012)

"Factors influencing treatment efficiency: A retrospective study" by Kim K-H, Lee S-G, Lee J-Y, Park S-M (2013).

Mavreas, D., & Athanasiou, A. E. (2008). Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*, 30(4), 386–395. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjn018>.

Harding, W. J., Skidmore, K. J., & Sandy, J. D. (2006). Factors influencing treatment time in orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 129(2), 230-238. doi:10.1016/j.ajodo.2005.10.003

УМУМ КЛИНИК ЙЎНАЛИШДАГИ ФАНЛАР

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI YOD TANQISLIGI SHAROITIDA YASHOVCHI BO'QOQNING TUGUNLI SHAKLLARI BO'LGAN BOLALAR VA O'SMIRLARDA QALQONSIMON BEZ HOLATI

Muratova Sh.T.^{1,2}, Nazarova Sh.A.¹.

*¹Yo.X.To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, ²Toshkent davlat stomatologiya instituti*

Yod tanqisligi tugunli buqoq rivojlanishining eng muhim omilidir [Ismoilov S.I., 2018]. Bolalarda qalqonsimon bez tugunlari orasida havfli o'smalar hosil bo'lishi bilan kasallanish 16% ni tashkil qiladi, bu kattalarnikidan uch baravar yuqoridir [Vaisman F., 2011, Yeker R.M., 2022].

Maqsad: Respublikada yod tanqisligi sharoitida yashovchi bolalarda tugunli/ko'p tugunli buqoq (Tugunli bo'qoq/Ko'p tugunli bo'qoq) qalqonsimon bez holatini baholash.

Material va uslublar: 2020 y.dan 2022 y.gacha Akademik Y.X.Turakulov nomidagi RIEIATM klinikasida ambulator va statsionar davolangan (18 yoshgacha) bolalarning 13509 ta kasallik tarixi va ambulator kartalari retrospektiv o'rganildi.

Natijalar: Tugunli /ko'p tugunli bo'qoq bilan og'rigan 24 ta bola aniqlandi, o'rtacha yoshi $14,58 \pm 0,62$ yilni tashkil qildi, qizlarga 11 marta ko'p uchrashi kuzatildi (91,7% (22) ga 8,3 (2)). Akademik Y.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM ga murojaatlar ichida eng ko'p tugunli bo'qoq/ko'p tugunli bo'qoq Toshkent shahrida qayd etilgan – 13 ta holat (54,2%). Akademik Y.X.To'raqulov nomidagi RIEIATM ga murojaatlarga ko'ra bolalarda Tugunli /ko'p tugunli bo'qoqning paydo bo'lish darajasi quyidagicha taqsimlangan: Toshkent shahrida 13 ta (54,2%); Toshkent viloyati 7 ta (29,2%); Novoiy viloyatida 2 ta holat (8,3%); Sirdaryo viloyatida 1 ta (4,2%); Jizzax viloyatida 1 ta holat (4,2%).

Tugunli bo'qoqdan (TB) ko'p tugunli bo'qoq (KTB) nisbatan 1,4 marta ko'proq aniqlangan (58,3% ga nisbatan 41,7%). Ko'proq qalqonsimon bezning (QB) o'ng bo'lagida tugunli shakllanishlar aniqlangan - bolalarda 79,2 foizda (19). Autoimmun tiroidit TB/KTB bo'lgan bolalarning 12,5 foizida (3) aniqlangan.

TB/KTB bilan og'rigan bolalar va o'smirlarda QB funksiyasini o'rganish asosan eutiroid TB/KTB uchrashini ko'rsatdi. Bu ko'rsatkichlar quyidagicha taqsimlanadi: TTG- $2,6 \pm 0,3$ mIU/l; erkin T3- $2,3 \pm 0,4$ ng/ml; erkin T4- $1,1 \pm 0,1$ ng/ml; AT-TPO- $20,0 \pm 4,6$ IU; TI-RADS- $1,6 \pm 0,2$ st; Bethesda $2,4 \pm 0,3$ st.

TB/KTB bilan og'rigan bolalarda TI-RADSni o'rtacha qiymati ultratovush diagnostikasiga ko'ra $1,6 \pm 0,2$ ni hosil qildi, gistologik tekshiruvini ma'lumoti esa - $2,4 \pm 0,3$ Bethesda bo'yicha tashkil qildi.

TB/KTB bilan og'rigan bolalarda QB funksiyasi quyidagicha taqsimlanadi: eutireoz - 75%; gipotireoz- 20,8% va gipertireoz- 4,2%.

TB/KTB bilan og'rigan bolalarda jarrohlik amaliyoti ko'lami quyidagicha: konservativ davo - 75%; total tiroidektomiya - 16,7%; ekonom rezeksiya - 8,3%.

Asosan, TB bilan og'rigan bolalarda kuzatuv taktikasi kaliy yodid preparatini profilaktik dozada berish yoki qalqonsimon bez funksiyasini to'g'irlash bilan tanlangan, KTBda esa total tiroidektomiyaga urg'u berilgan.

Xulosa. Bolalardagi TB va KTB dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Ko'pincha bolalarda QB o'ng bo'lagida qattiq eutiroid tugun aniqlanadi, shu natijada qizlarda 11 marta ko'proq aniqlanadi. TB/KTB bilan og'rigan bolalarda TI-RADSni o'rtacha qiymati ultratovush diagnostikasiga ko'ra $1,6 \pm 0,2$, sitologik tekshiruvlar natijasiga ko'ra esa - $2,4 \pm 0,3$ Bethesda bo'yicha tashkil qildi. Yod tanqisligi bo'lgan hududda yashovchi bolalar populyatsiyasida TBni aholiga asoslangan istiqbolli tadqiqotlar zaruriyati talab qilinadi.

QANDLI DIABETDA POLINEYROPATIYANING DOLZARB MUAMMOLARI VA KLINIK XUSUSIYATLARI

Boqiyev Jahongir Nodirjon o'g'li- Toshkent Tibbiyot Akademiyasi talabasi, Tashkent, Uzbekistan

Ilmiy rahbar: Katta o'qituvchi, Haytimbetov J.Sh.

Tadqiqot maqsadi: IDF (International Diabetes Federation) ma'lumotlariga ko'ra 2013-yilda dunyo bo'yicha 347 mln aholi qandli diabet bilan kasallangan va ushbu ko'rsatkich 2035-yilga borib 592 mlnga yetishi tahmin qilinmoqda. O'zbekistonda 2023-yil hisobidan har 100 000 ming aholiga 820 ta qandli diabetli bemorlar dispenser ro'yxatidan o'tgan. Diabetik polinevropatiya qandli diabetning eng ko'p uchrovchi asoratlardan biri bo'lib (35%) turli ko'rinishda namoyon bo'ladi va juda kech tashxislanadi. Vaqtida aniqlanmagan diabetik polinevropatiya jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkinligini hisobga olgan holda uning klinik belgilarini bilish va oldini olish muhim.

Tekshirish usullari va materiallari: Tekshirish maqsadida 40 ta bemor olindi. Ularning 19 tasida (48%) distal simmetrik polinevropatiya, 13 tasida (33%) distal simmetrik polinevropatiya asorati sifatida rivojlanga avtonom neyropatiya

(Yurak qon tomir shikastlanishi) va qolgan 8 ta bemorda (20%) distal simmetrik polineuropatiya asorati sifatida rivojlangan avtonom nevropatiya (Oshqozon-ichak shikastlanishi) bilan kasallangan. Tekshiriluvchi barcha bemorlar ushbu tekshiruv usullari yordamida tekshirilgan.

1-Subyektiv tekshiruv (anamnez morbi),

2-Yuzaki, chuqur, murakkab sezgini tekshirish,

3-Harakat sistemasini tekshirish (umumiy ko'rik, faol harakatlar, passiv harakatlar, muskullar tonusi, muskullar trofikasi, muskullar kuchi, chuqur va teri reflekslari, patologik reflekslar va klonuslar, himoya reflekslari),

4-Qonda qand miqdorini tekshirish,

Tadqiqot natijalari: Bemorlarda insonga bog'liq xavf omillari bo'yicha nazorat qilinmagan giperglikemiya-30ta, semizlik-28ta, arterial gipertenziya-20ta, dislipidemiya-30 ta, chekish-22ta, alkogol-12ta. Qandlik diabet davomiyligi bo'yicha 40 yoshdan kichik bemorlarda (n=15ta) 9 tasida (22.5%) 5-8 yil, 6 tasida (15%) 9-12 yil, 50 yoshdan kichik bemorlar (n=15) 3 tasida (7.5%) 5-8 yil, 10 tasida (25%) 9-12 yil, 2 tasida (5%) 13-16 yil. Bundan tashqari 8 ta bemorda hazm qilish sistemasi o'zgarishlari (disfagiya, ko'ngil aynishi, oshqozon evakuatsiyasi buzulishi, tungi/almashinuvchi diareya) mavjud. Bemorlardagi nevrologik tekshiruvlarga ko'ra sensor, motor, avtonom buzilishlar quyidagicha: giposteziya (82.5%), parasteziya (62.5%), giperpatiya (20%), mushak kuchsizligi (37.5%), mushak atrofiyasi (12.5%), og'riq (50%), arefleksiya (25%), Infarkt (15%).

Yurak simpatik va parasimpatik innervatsiyasi yetishmovchiligini tekshirish natijalari quyidagicha:

Sinama	Me'yor	Chegaraviy holat	Natija
Valsalva	>1.21		<1.20
Sekin chuqur nafasda YQS variatsiyasi	>15	11-14	<14
Shelong	<10	11-29	>30

Davolash: Tioktat kislotasi–endogen antioksidant (erkin radikallarni bog'lab oladi). Organizmda alfa-ketokislotalarning oksidlanishli dekarboksillanishida hosil bo'ladi. Mitoxondrial multifermentli komplekslarning koenzimi sifatida pirouzum kislotasi va alfa-ketokislotalarni oksidlanish dekarboksillanish jarayonlarida ishtirok etadi. Qonda glyukozaning kontsentratsiyasini pasayishiga va jigarda glikogenni oshishiga, shuningdek insulinga rezistentlikni pasayishiga yordam beradi.

Xulosa: Qonda qand miqdorining uzoq muddat mobaynida (yillab) baland bo'lishi diabetik polineuropatiyaga olib keluvchi eng asosiy omillardan biridir. Diabetik polineuropatiyalı bemorlarda asosan sezgi buzilishlari kuzatildi. Yurak-qon tomir, hazm qilish sistemasida simpatik va parasimpatik innervatsiya yetishmovchiligi qandli diabetning avtonom nevropatiya turida kuzatildi .

SIYDIK-TOSH KASALLIGIDA ENDOUROLOGIK AMALIYOT SAMARADORLIGINI OSHIRISH

G‘uzorov Safar Uzoqberdi o‘g‘li - TTA Termiz filiali 1-sonli davolash fakulteti
3-bosqich talabasi.

safarguzorov@gmail.com

Sagirayev Nodir Jumaqulovich – Umumiy xirurgiya, bolalar xirurgiyasi,
urologiya va bolalar urologiyasi kafedrasi assistenti.

Mavzuning dolzarbligi: Urolitiaz-siydik tizimi organlarida tuz tarkibli konkrement shakllanishi bilan namoyon bo‘ladigan kasallik. Kasallik har qanday yoshda uchraydi, ko‘pincha 20 yoshdan 50 yoshgacha keng tarqalgan. Erkaklarda bu tez-tez uchraydi, ammo ayollarda toshlar kattaroq, shuning uchun kasallik yanada murakkablashadi. Ekologiya, suv sifati bilan bog‘liq bo‘lgan shaharlarda yashovchi odamlar ko‘proq kasallanadi. Respublikamizning janubiy hududlari, ya‘ni Qashqadaryo va Surxandaryo viloyatlari ushbu patologiya bo‘yicha endemik zona hisoblanadi. Urolitiaz ko‘pincha o‘tkir og‘riq sindromi (buyrak kolikasi) bel sohasida o‘tkir spastik og‘riq, ko‘ngil aynishi, qusish, gematuriya bilan namoyon bo‘ladi va bemor shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj bo‘ladi. Bundan tashqari, buyrak va siydik yo‘llari toshlari siydikning buyrakdan chiqib ketishiga to‘sqinlik qilishi mumkin, bu esa infeksiya yallig‘lanish asoratlari olib keladi. Bugungi kunda aksariyat operatsiyalar hech qanday jarohatsiz amalga oshiriladi. Zamonaviy endoskopni buyrak, siydik yo‘li yoki siydik pufagining istalgan qismiga kiritish mumkin. Transuretral kirish eng ko‘p qo‘llaniladi: ingichka endoskop-uretroskop siydik chiqaruv kanali orqali kiritiladi, so‘ngra siydik pufagi orqali siydik yo‘li yoki buyrakda tosh joylashgan joygacha kirib bo‘rish va toshni bartaraf etish mumkin..Ushbu amaliyotni bajarish davomida ba‘zi kamchiliklar ham yo‘q emas bulardan biri uroteroskop apparatini suv berish tizimi ya‘ni kamerasini yuvib turuvchi, organ holatini va jaroxat maydonini yuvib turuvchi tizim qo‘lda amalga oshirilayotganligidir.

Tadqiqot maqsadi: Siydik-tosh kasalligida endourologik operativ davolashda ishlatiladigan ureteroskop apparatining suv berish tizimini takomillashtirish orqali operatsiya vaqtini qisqartirish, fiziologik eritma sarfini kamaytirish bilan ushbu amaliyot samaradorligini oshirish

Material va tekshiruv usullari: Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Termiz filiali 3-xirurgiya bo‘limida 2022-yil may oyidan 2023-yil mart oyigacha o‘tkazilgan 42 ta transuretral endoskopik toshni bartaraf etish amaliyotlari kuzatildi. Amaliyot tosh hajmi va qaysi sohada joylashganligi, bemorning yoshi, jinsi va tana tuzilishiga bog‘liq holda 30 daqiqadan 3-4 soatgacha davom etdi. Ushbu jarayonda 5 litrdan 10 litrgacha fiziologik eritma (NaCl-0.9%li) sarflanmoqda. 14 ta holatda tosh qochishi va tromb sababli ochiq amaliyotga o‘tildi. Kuzatishlarimiz davomida yuvish tizimining kamchiligi ham operatsiya vaqtining cho‘zilishiga, shu bilan birga amaliyotning ochiq turiga o‘tishga sabab bo‘lishiga guvoh bo‘ldik. Chunki hozirgi holatda operatsiyaning barcha bosqichlarida suv bir xil beriladi, bu ba‘zan endoskop optikasining xiralashuviga, ba‘zan esa toshning yuqoriga qochishiga sabab bo‘lmoqda. Hisob-kitoblarimiz shuni ko‘rsatmoqdaki uretroskop asosiga yuvish

tizimini boshqaruvchi kichik generator o'rnatib uni xirurg bevosita amaliyot vaqtida o'zi nazorat qilishini ta'minlasak, amaliyot vaqtini 20 daqiqagacha, fizilogik eritma sarfini 3 litrgacha kamaytirishga va ochiq amaliyot aralashuvini 2 barobargacha qisqartiramiz.

Xulosa: Agarda bu texnologik ishlanmani amaliyotga joriy qilsak ochiq amaliyotdan voz kechishni jadallashtiramiz va endoskopik operatsiyalar vaqtini va tibbiy vositalar sarfini samarali qisqartiramiz.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Termez filiali 3-xirurgiya bo'limida 2022-yil may oyidan 2023-yil mart oyigacha davolangan 42 ta bemor kasallik tarixi
2. Akilov F.A ,Muxtarov Sh.T, Urologiya-Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun darslik,2020
3. Д.Ю.Пушкаря “Urologiya” 2020 yil
4. “Klinik tavsiyanomalar” Yevropa urologlar assotsatsiyasi-2022

ALLERGIK RINIT KASALLIKNING SABABLARI VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Toshkent davlat stomatologiya instituti
Davolash ishi fakulteti 504 guruh talabasi **Habibullayeva S.A.**

Ilmiy rahbar: Toshkent davlat stomatologiya instituti
Otorinolarinologiya kafedrasi assistenti

Abduxoliqova G.A.

Allergik rinit allergenlardan kelib chiqqan burun shilliq qavatining yallig'lanishi. U birinchi marta 1819 yilda Jon Bostok tomonidan tavsiflangan. Bu ingliz shifokori kasallikning sababi qay tarzda pichan bilan bog'liqlik nazariyasini tushuntirib bergan, chunki kasallik belgilari bemor bilan aloqa qilganda paydo bo'lgan.

Allergik rinitga aynan nima sabab bo'lganini boshqa ingliz shifokori Devid Blekli kasallikning tavsifidan 54 yil o'tib aniqlagan. Buning sababi ba'zi o'simliklarning gulchanglari ekanligini isbotladi. Bunday o'simliklar ro'yxatiga daraxtlar (terak, alder, chinor va boshqalar), donli o'simliklar (jo'xori, arpa, bug'doy va boshqalar), begona o'tlar (shuvoq, o'tlar va boshqalar), qo'ziqorinlar (ularning sporalari allergen) kiradi. Bundan tashqari, oddiy uy changi ham bu kasallikni keltirib chiqarishi mumkinligi ma'lum bo'ldi. Bundan tashqari, ba'zi bemorlarda bir necha turdagi polen yoki uy changiga allergik reaksiya aniqlandi.

Dolzarbliigi: Hamma odamlar allergik rinitdan aziyat chekmaydi. Shifokorlar ushbu kasallikka genetik moyillikni qayd etadilar. Boshqa omillar (yomon ekologik sharoit, bodomsimon bez kasalliklarda) faqat hujumlarni qo'zg'atadi, ammo sabab emas. Genetika moyilligi bo'lgan odamlarda deyarli har qanday moddaga allergiya paydo bo'lishi mumkin.

Allergik rinitni davolash ikkita asosiy tamoilga asoslanadi:

1. Allergen bilan aloqani to'xtatish.
2. Allergiya reaksiyasining rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi dorilarni qo'llash.

Allergenning shilliq qavat bilan aloqasini to'xtatish uchun burun bo'shlig'i maxsus eritmalar (dengiz suvi va boshqalar) bilan yuviladi.

Tekshirish usullari: To'g'ri tanlangan dorilarni qo'llash tez va uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadi. Bunday holda ishlatiladigan dorilar bir necha guruhlariga bo'linadi:

1. Mahalliy vazokonstriktor dorilar. Bu burunga tomizish uchun eritmalar (naftizin, galazolin, sanorin va boshqalar). Ushbu dorilar birinchi yordam uchun ishlatiladi, chunki ular shilliq qavatning shishishini qaytarishni yengillashtiradi va bir necha soniya ichida burun nafasini tiklaydi. Biroq, ularning ta'siri qisqa muddatli.

2. Mahalliy glyukokortikosteroid preparatlari. Allergik rinitda Bu guruh dorilari qo'llanilsa, samarali natija beradi.

3. Antigistaminlar. Ushbu moddalar erkin gistamin ta'sirini bloklaydi, bu esa darhol reaksiyani keltirib chiqaruvchi omilni faoliyatini to'xtadi. Ular vazokonstriktor vositalardan ko'ra sekinroq harakat qilishadi, lekin uzoqroq.

Dori vositalarini tanlash va davolash kursi har bir bemor uchun eng samarali davolash rejimini tanlaydigan allergolog tomonidan belgilanadi.

Xulosa qilib aytganda kasalliklarni kelib chiqish sabablarini baholab, tashqi ta'sirlarga organizmning javob reaksiyasini aniqlab olishimiz hamda noqulay yashash sharoitini yaxshilashimiz va eng muhimi sog'lom turmush tarziga amal qilishlik kasallikka chalinishning ehtimolini kamaytirishga xizmat qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Tibbiyot qomusiy lug'ati. Yolqin To'raqulov (bosh muh.). Qomuslar Bosh Tahririyati, 1994.

2. "O'zbekiston tibbiyot ilmi" elektron jurnali O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi, Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi.

3. Абабий И.И., Сенку Е.И. К диагностике и лечению внутричерепных отогенных осложнений. // Материал. Российской научно-практич, конфер. 2002.

4. Завадский А.В., Завадский Н.В., Загорулько А.К., Софронова Л.Г Поверхностно-активные вещества среднего уха у больных хроническим гнойным средним отитом. // Таврический медико-биологический вестник -2002-Т.5, №2-067-693

5. Кунельская В. Я Грибковые заболевания среднего уха. Матер. тер. Российской и-практической конф Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха, раздел 3. Заболевания среднего уха 2002 4/ Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.// М: Медицина 1994.С-126-130.

6. Туровский А.Б., Сидорина Н.Г., Баландин Л.В. Острый средний отит. Диагностика и лечение, //Метод. рекомендации М.2004: 27. 34,

7. Ходжаева К.А.. Хушбаков А.Ч. Частота и распространенность хронических средних отитов в республике Узбекистан. //Матер Российской и практической конфер 2002.

8. Шалыев Х.Д. Ульянов Ю.П. Острый средний отит. //М. "Русский врач". 2006: 112

9. Shamsiev Djakhangir (1998) The rheological blood characteristics in patients

with suppurative diseases of the nose and paranasal sinuses // Journal “Allergologie” (Vol. 1, № 11, pp. 571)

10. Shamsiev D.F. (2007) Algorithms of treatment of an allergic rhinitis // Allergy, Vol.62, Pp. 487.

11. Shamsiev D. (2007) Medicamentous therapy of allergic rhinitis // World Allergy Organization Journal, 2007/11, 282, p. S90

12. Shamsiev D.F., Vokhidov U.N., Karimov O.M. (2018) - Modern view on the diagnosis and treatment of chronic inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses// Young scientist, №5.

PANSINUSIT KASALLIKLARINING KELIB CHIQISH SABABLARI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH CHORA-TADBIRLARI

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Davolash ishi fakulteti 504 guruh talabasi Habibullayeva S.A.

Ilmiy rahbar: Toshkent davlat stomatologiya instituti

Otorinolarinologiya kafedrası assistenti

Abduxoliqova G.A.

Annotatsiya. Maqolada lor kasalliklaridan pansinusit va allergik rinit haqida ma'lumot olishimiz mumkin. Bunda kasalliklarning etiologiyasi, kelib chiqishining asosiy sabablari, diagnostika qilishning ahamiyati va davolash choralari, profilaktika qilishning dolzarbligi keltirib o'tilgan. Keltirib chiqaruvchisini aniqlash va tashxislashda ko'zdan kechirishning ahamiyati haqida tushunchalar berilgan.

Kalit so'zlar: kasallik, pansinusit, yallig'lanish, infeksiya, stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk.

Pansinusit - yuqumli kasallik bo'lib, sinuslar ichidagi shilliq qavatning yallig'lanishi bilan tavsiflanadi va 4 haftagacha davom etadi. Bu bolalar va kattalarda juda keng tarqalgan kasallik. Virusli yoki bakterial infektsiya natijasida paydo bo'lishi mumkin. Virus holatida maxsus davolash talab etilmaydi, bakterial infektsiya esa og'irroq va dori terapiyasini talab qiladi. Dori-darmonlar shifokor tomonidan qat'iy ravishda belgilanadi.

Kasallikning klinik manzarasida bosh suyagining o'rta va yuqori uchdan bir qismining travmatik shikastlanishi sinuslar va burun septumining suyak tuzilmalarini yo'q qilish bilan birga keladi, buning natijasida chiqarish yo'llari tiqilib qoladi. Sinusga begona narsalar kirganda, shunga o'xshash belgilarning rivojlanishi qayd etiladi. Qo'shimcha sinuslarning o'tkir yallig'lanishining rivojlanishi o'tkir respirator infeksiyalar bilan bog'liq bo'lib, ularning qo'zg'atuvchisi respirator sinsitial infeksiya, adenoviruslar, parvoviruslardir. Pansinusitning surunkali ko'rinishida bakterial florani qo'zg'atuvchi vositasi: stafilokokklar, beta-gemolitik streptokokklar, pnevmokokklardir.

Og'riq ko'pincha burun ko'prigi, superkiliar zona, orbitalar, oksiput, boshning markaziy qismiga lokalizatsiya qilinadi. Palpatsiya paytida og'riq hislar kuchayadi, sinuslarning proeksiyasida yumshoq to'qimalarning shishishi kuzatiladi. Bosh og'rig'i yallig'lanish jarayonining miya membranalariga tarqalishi tufayli paydo bo'ladi. Bosh og'rig'i aniq lokalizatsiyaga ega emas, boshning keskin harakatlari va jismoniy zo'riqish

bilan kuchayadi. Bemor pansinusitning belgilari sinuslarining tabiiy yo'llarining obstruktsiyasi va shilliq qavatning shishishi natijasida burun orqali nafas olish qiyinligiga shikoyat qiladi. Bu shish hid bilish zonasidagi reseptlar faoliyatini pasaytiradi, va burun shilliq qavatining atrofiyasi natijasida bemorning hidlarga nisbatan sezgirligi pasayadi yoki anosmiya paydo bo'ladi.

Pansinusitning diagnostikasi shikoyatlarni tahlil qilish, obyektiv tekshiruv ma'lumotlari, laboratoriya va instrumental tadqiqotlar to'plamiga asoslanadi. Tashxisni tasdiqlash uchun oldingi va orqa rinoskopiya, diagnostik ponksiyon, rentgenografiya va ultra-tovush tekshiruvi, paranasal sinuslarning kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans tomografiyasi qo'llaniladi. Yengil kurs bilan etiotropik terapiya, agar bakteriya kasallikning qo'zg'atuvchisi bo'lsa, to'g'ri antibiotik terapiyasini tanlashdan iborat. Virusli infeksiya uchun interferonlar, sintetik nukleozidlar qo'llaniladi va kasallikning qo'ziqorin etiologiyasi uchun fungisidlar qo'llaniladi. Umumiy holatni yumshatish va etiotropik davolashning nojo'ya ta'sirini oldini olish uchun simptomatik terapiya zarur. Og'riqni yo'qotish uchun nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni, shishishni bartaraf etish uchun - antigistaminlar va glyukokortikoidlar qo'llash mumkin. Mikroflorani barqarorlashtirish uchun probiyotiklar va prebiyotiklarni qabul qilish buyuriladi.

Xulosa qilib aytganda kasalliklarni kelib chiqish sabablarini baholab, tashqi ta'sirlarga organizmning javob reaksiyasini aniqlab olishimiz hamda noqulay yashash sharoitini yaxshilashimiz va eng muhimi sog'lom turmush tarziga amal qilishlik kasallikka chalinishning ehtimolini kamaytirishga xizmat qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Tibbiyot qomusiy lug'ati. Yolqin To'raqulov (bosh muh.). Qomuslar Bosh Tahririyati, 1994.
2. “O'zbekiston tibbiyot ilmi”elektron jurnali O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi, Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi.
3. Абабий И.И., Сенку Е.И. К диагностике и лечению внутричерепных отогенных осложнений. // Материал. Российской научно-практич, конфер. 2002.
4. Завадский А.В., Завадский Н.В., Загорулько А.К., Софронова Л.Г Поверхностно-активные вещества среднего уха у больных хроническим гнойным средним итом. // Таврический медико-биологический вестник -2002-Т.5, №2-067-693
5. Кунельская В. Я Грибковые заболевания среднего уха. Матер. тер. Российской и-практической конф Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха, раздел 3. Заболевания среднего уха 2002 4. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.// М: Медицина 1994.С-126-130.
6. Туровский А.Б., Сидорина Н.Г., Баландин Л.В. Острый средний отит. Диагностика и лечение, //Метод. рекомендации М.2004: 27. 34,
7. Ходжаева К.А.. Хушбаков А.Ч. Частота и распространенность хронических средних отитов в республике Узбекистан. //Матер Российской и практической конфер 2002.

8. Шалыев Х.Д. Ульянов Ю.П. Острый средний отит. //М. "Русский врач". 2006: 112
9. Shamsiev D. F. (2001). Red cell rheology in patients with purulent-inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses. Vestnik otorinolaringologii, (1).
10. Shamsiev D. F. (2006). Location of the impacted tooth in the maxillary sinus. Vestnik otorinolaringologii, (6).
11. Shamsiev D. F., Mirazizov K. D. (2002). Endoscopic maxillary sinusotomy. Vestnik Otorinolaringologii, (№4).
12. Shamsiev D.F., Vokhidov U.N., Karimov O.M. (2018) - //Functional and morphological features of wound healing process in the mucosa of the nose and maxillar sinuses in patients with chronic inflammatory diseases of paranasal sinuses// European science review, № 5-6.
13. Shamsiev D.F., Vokhidov U.N., Karimov O.M. (2018) - Modern view on the diagnosis and treatment of chronic inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses// Young scientist, №5.

SGLT2, RAS VA ARN INGIBITORLARINING YURAK YETISHMOVCHILIGIDA TA'SIRI HAQIDA TADQIQOTLAR.

Hakimov Adham Abduvaliyevich¹ Olimjonov Dilshod Dilmurodovich²

1-Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston.

2-Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent, O'zbekiston.

Kirish: Yurak-qon tomir kasalliklari butun dunyo bo'ylab o'lim va nogironlikning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. Yurak yetishmovchiligi (YuYe) - yurak faoliyatining yomonlashishi va organizmning qon aylanish qobiliyatining yetarli emasligi bilan tavsiflangan jiddiy kasallik. Davolashda sezilarli yutuqlarga qaramay, YuYe dan o'lim va asoratlar yuqoriligicha qolmoqda. So'nggi yillarda SGLT2 ingibitorlari (natriy glyukoza kotransporter 2 ingibitorlari), RAS (renin-angiotensin-aldosteron tizimi) ingibitorlari va ARN (angiotensin retseptorlari neprilizin) ingibitorlari turli darajadagi YuYe bo'lgan bemorlarning prognozi va davolashini yaxshilash salohiyatiga ega ekanligi ko'rsatildi.

Tadqiqot maqsadi: Natriy glyukoza kotransporter 2 (SGLT2) ingibitorlari, renin-angiotensin tizimi (RAS) ingibitorlari va angiotensin retseptorlari neprilizin (ARNI) ingibitorlari yurak yetishmovchiligining turli turlarida, shu jumladan otish fraktsiyasi kamaygan yurak yetishmovchiligida (HFrEF) va saqlangan otish fraktsiyasi (HFpEF) bilan yurak yetishmovchiligi samaradorligini har tomonlama taqqoslangan tadqiqotlar yo'q. Ushbu tarmoqli meta-tahlilining maqsadi SGLT2 inhibitori (SGLT2i), RAS inhibitori (RASi) va ARN inhibitori (ARNI) ning yurak yetishmovchiligining turli turlarida nisbiy samaradorligini baholash.

Material va usullar Tadqiqot boshlangandan beri, yurak-qon tomir (CV) o'lim yoki yurak yetishmovchiligi bilan kasalxonaga yotqizish xavfini baholovchi randomlangan nazorat sinovlari uchun tizimli adabiyotlar qidiruvi o'tkazildi. Adabiyotning meta-tahlili o'tkazildi. 95% ishonch oralig'i (IO) bilan xavf nisbati (XN) tahlil qilindi.

Natijalar: jami 268 bemor bilan 4 ta tadqiqot tanlab o'rganildi. HFrEF bo'lgan bemorlarda ARNI platsebo bilan solishtirganda kardiyak o'lim yoki YuE kompozitsion xavfini kamaytirish bilan bog'liq edi (XN = 0,83, 95% IO= 0,77-0,89). Xuddi shunday tendentsiyalar faqat yurak-qon tomir o'limi yoki yuqori yurak yetishmovchiligi (YYuE) natijalariga e'tibor qaratishda kuzatilgan. HFpEF bo'lgan bemorlarda SGLT2i yurak-qon tomir o'limiga yoki YYuE hodisalariga platsebo va RASi bilan solishtirganda foydali ta'sir ko'rsatdi (XN = 0,82, 95% IO 0,74-0,92; XN = 1,16, 95% IO 1,02-13). Kardiyovaskulyar o'lim nuqtai nazaridan, ushbu uchta dori HFpEFga foydali ta'sir ko'rsata olmadi. HFpEFda YYuE kasalligiga kelsak, SGLT2i ham, ARNI ham foydali ta'sir ko'rsatdi, ammo SGLT2i ARNIdan ustun edi. HFrEF yoki HFpEF bo'lgan bemorlarda platsebo yoki bir-biri bilan solishtirganda ushbu dorilarni to'xtatish tezligida farqlar yo'q edi. SGLT2i HFrEFdagi ushbu aralashuvlar orasida eng kam buyrak shikastlanishini ko'rsatdi va HFpEFdagi ushbu aralashuvlar orasida buyrak shikastlanishi chastotasida farq yo'q edi.

Xulosalar: Ushbu dorilar orasida ARNI yurak-qon tomir o'limi yoki yuqori yurak yetishmovchiligi (YYuE) holatlarini kamaytirishning eng katta qobiliyatini ko'rsatdi va SGLT2i HFrEF bilan og'rigan bemorlarda eng kam buyrak shikastlanishini ko'rsatadi. HFpEF bo'lgan bemorlarda SGLT2i yurak-qon tomir kasalliklari yoki (YuYuE) dan o'lim xavfini kamaytiradi. HFpEF da bu aralashuvlar o'rtasida buyrak shikastlanishi darajasida farq yo'q. Ushbu dorilarga nisbatan muvofiqlik HFrEF va HFpEF bilan solishtirish mumkin.

UMURTQA POG'ONASI BEL QISMI POLISEGMENTAR DISK CHURRALARI FONIDAGI DEGENERATIV SPONDILOLISTEZDA JARROHLIK DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH

Hokimov Bosimjon Shuhrat o'g'li

*Toshkent tibbiyot akademiyasi pediatriya stomatologiya xalq tabobati va
tibbiy pedagogika fakulteti 2-bosqich talabasi*

Ilmiy rahbar Nurmatova Nargiza Fatxullayevna

ANNOTATSIYA: Ushbu maqolada odamda uchraydigan umurtqa pog'onasining bel qismida disk churrallari va ularning davolash usullari. Jarrohlik orqali amalga oshirilgan davolash usuli va odamdagi fiziologik o'zgarishlar umurtqa pog'onasida yana churrallarning vujudga kelishidagi noto'g'ri harakatlar va og'ir mehnatning natijasida shakllanishi va uning oldini olish uchun amaliy ko'nikmalar berib boriladi.

Kalit so'zlar: Umurtqa pog'onasi, lordoz, disk churrasi, umurtqa ostreoxondrozi, Degenerativ stenoz, davriy klaudikatsiya, Spondilolistez,

Odamda umurtqa pog'onasi bo'yin, ko'krak, bel, dumg'aza va dum suyaklari

umurtqalarning ustma-ust qo'shiluvidan tashkil topadi. Umurtqa pog'onasi shu umurtqa tanalarining orasida joylashgan tog'ay disklar hisobiga uzayadi. Umurtqalar bir-biriga ulanib borishi natijasida umurtqa kanali hosil bo'lib, unda orqa miya yotadi. Odam Umurtqa pog'onasi kishining tik yurishiga moslashgan bo'lib, pastga qarab kengayib boradi. Umurtqa pog'onasining bo'yin, bel, ko'krak va dumg'aza qismlarida fiziologik bukilmalar bor. Bo'yin va bel qismidagi bukilmalar lordoz (fiziologik lordoz), ko'krak va dumg'aza qismidagi bukilmalar kifoz (fiziologik kifoz) deb ataladi[1]. Bo'yin va bel qismlari oldinga, ko'krak va dumg'aza qismlari orqaga qarab bukilgan bo'ladi. Bu bukilmalar bola boshini mustaqil ko'tarib turishi, o'tira boshlashi va tik yurishidan boshlab shakllanadi.

Umurtqalararo disk churrasi kasalligi umurtqaning harakatchan bo'lgan bo'yin va bel qismlarida ko'proq uchraydi. Churraning kimda, qachon va qanday paydo bo'lishi mumkinligini oldindan aytish qiyin. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar: qorin ichki bosimining oshishi; og'ir jismoniy mehnat; tana vazniga nisbatan muntazam og'ir yuk ko'tarish; peshob ajralishining qiyinlashuvi; qabziyat; uzoq vaqt bezovta qilgan yo'tal; umurtqa ostreoxondrozi; shikastlanish; ayollarda tug'ruq vaqtidagi zo'riqishlar churra hosil bo'lishiga ta'sir etuvchi omillar hisoblanadi.

Bel umurtqasining degenerativ stenoz vertebrologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, so'nggi 10 yil ichida ushbu mavzu bo'yicha nashrlar soni va ixtirolarning ko'payishi shundan dalolat beradi. Degenerativ stenoz - bu jiddiy kasallik bo'lib, u neyrogen intervalgacha klaudikatsiya, pastki ekstremitalarda va belning og'rig'i bilan o'zini namoyon qiladi. Belgilangan stenozning chastotasi har 1000 tekshiruvda 5 ta holatni tashkil qiladi. Og'riq va davriy klaudikatsiya ko'pincha pastki ekstremitalarning pareziyasi yoki plegiyasi bilan birga og'ir sezgir buzilishlar bilan kechadi, bu esa bemorni nogironlikka olib keladi. Lomber stenozni[2] konservativ davolash bugungi kunda keng tarqalgan va faqat kasallikning dastlabki bosqichlarida ijobiy natijalar beradi. Ammo, bir necha yillik dori terapiyasidan so'ng, bemorlar ko'pincha ortoped yoki neyroxirurgdan yordam so'rashlari kerak.

Degenerativ Spondilolistezni davolash[3]. Orqa miya jarrohlari sifatida duch keladigan eng keng tarqalgan shartlardan biri bu degenerativ spondilolistezdir. Spondilo umurtqa pog'onasini, listez esa siljishni anglatadi. Boshqacha qilib aytganda, bu bir umurtqaning boshqasiga siljishi. Eng keng tarqalgan daraja L4-5, ammo har qanday lomber darajaga ta'sir qilishi mumkin. Spondilolistez negizida beqarorlik borligini va ko'pincha nervlar o'tishining torayishini bildiradi. Orqa miya kanalining bu torayishiga umurtqa stenoz deyiladi. Ushbu turdagi spondilolistezning sababi - bu orqa miya orqa miya diskida va orqa miyaning bo'g'imlarida. Oddiy qilib aytganda, bu umurtqa artrit bilan bog'liq. Og'riq belning bel qismida bo'lishi mumkin, bu esa eksenel bel og'rig'i deb ataladi. Nervlar uchun o'tish yo'lining torayishi asabni siqib chiqishiga va oyoqlarda turli og'riqlarga olib kelishi mumkin, bular siyatik deb ham ataladi. Kuchli torayish yurish yoki turish paytida oyoqlarda zaiflik, og'irlik yoki uyqusizlikka olib kelishi mumkin. Ushbu turdagi asab belgilarining tibbiy atamasi neyrogen klaudikatsiya hisoblanadi. Shunday qilib, degenerativ spondilolistez bilan og'rigan bemorga bel og'rig'i, siyatik og'riqlar, oyoqlarning zaiflashishi yoki og'irligi yoki uyquchanligi yoki yuqoridagi alomatlar kombinatsiyasi shikoyatlari bo'lishi

mumkin. Ko'pincha, alomatlar yurish va tik turish orqali paydo bo'ladi va dam olish yoki egilish tufayli engillashadi, masalan, xarid qilish vositasida yurish.

Degenerativ spondilolistezni davolash usullari orasida kuzatuv, yallig'lanishga qarshi dorilar, yengil og'riq qoldiruvchi vositalar, jismoniy terapiya va jismoniy mashqlar dasturlari, umurtqa pog'onasiga in'ektsiya qilish va jarrohlik amaliyoti mavjud. Biz odatda simptomlarni nazorat qilishga urinish uchun operatsiyadan tashqari muolajalardan boshlaymiz. Ko'pincha beqarorlik va stenoz juda og'ir bo'lib, operatsiyasiz davolanish vaqtincha yordam beradi. Bunday vaziyatda uzoq muddatli yagona yechim - bu asabni bosimini kamaytirish va jarrohlik amaliyoti orqali umurtqani barqarorlashtirishdir.

Degenerativ spondilolistez odatda umurtqaning tarkibiy qismlarini buzadigan umurtqaning yoshi va "eskirishi" natijasidir.[4] Bu suyak nuqsoni yo'qligi bilan istmotik spondilolistezdan farq qiladi. Orqa miya stenoz degenerativ spondilolistezning dastlabki bosqichlarida yuzaga keladi.

Umuman olganda degenerativ spondilolistezni davolash uchun tegishli protsedura ta'sirlangan darajadagi laminektomiya va termoyadroviy hisoblanadi. Laminektomiya - bu orqa miya orqa qopqog'ini yoki laminani olib tashlash. Jarayonning ushbu qismini dekompressiya deb atash mumkin. Birlashma vintlardek va tayoqchalarni umurtqa pog'onasiga joylashtirishni va umurtqa pog'onasi bo'ylab suyak payvandini yotqizishni o'z ichiga oladi.[5] Suyak grefti oxir-oqibat umurtqa pog'onasiga qo'shilib, bitta qattiq suyak bo'lagiga aylanadi.

Jarroh yoki jarrohni tanlayotganda, umurtqa pog'onasi operatsiyasining muvaffaqiyatini aniqlashning eng muhim omili bu texnika emas, balki operatsiya uchun ko'rsatma ekanligini unutmang. Boshqacha qilib aytganda, biz buni qanday qilayotganimiz emas, balki nima uchun qilganimiz. Degenerativ spondilolistezni davolash uchun standart ochiq usullar juda yuqori muvaffaqiyat ko'rsatkichlariga ega. Barcha protseduralar samaradorligi, asoratlari va xavfsizligi jihatidan ushbu standart bilan taqqoslanishi kerak.

XULOSA

Umumiy xulosa qilganimizda, Spondilolistez bel og'rig'ining keng tarqalgan turidir deya olamiz. Dori-darmon va fizik davolanishdan umurtqa jarrohligigacha ko'plab davolash usullari mavjud. Amaliyotda ko'plab kuzatilganki, umurtqa pog'onasi olistezni davolashda dori-darmondan ko'ra jarrohlik usuli ancha samara beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Мамадалиев Л.М., Щодиев А.Ш. Буйин, кукрак, бел остеохондрозининг этиологияси, патогенези, клинмкаси консерватив ва жаррохдик усулида даволаш муаммолари. «Вертебрологиянинг долзарб муаммолари» мавзусида утказилган илмий-амалий конференция илмий ишлари туплами. 22 май 2004 й. Самарканд, 12-бет.

2. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Мухаммджанов Н.З.

Тактика хирургического лечения остеохондроза и грыж межпозвонковых дисков. Материалы II Республиканской научно-практической конференции

нейрохирургов Узбекистана. Ташкент, 22 -23 сен тябрь, 2005 г. 43-44 стр.

3. Мамадалиев А.М., Алиев М.А. Магнитно-резонансная томография при различных нейрохирургических заболеваниях головного и спинного мозга. Материалы научно-практической конференции “Современные проблемы физики конденсированных сред”. 11-12 декабря 2009 г., Самарканд, Узбекистан, 56-стр.

NERV IMPULSLARINING ORGANIZMDA TARQALISHI

Ilhomjon Islom o'g'li Akbarov

108A guruh stomatologiya fakulteti

Toshkent davlat stomatologiya instituti, Toshkent, O'zbekiston.

Fan o'qituvchisi: k.o' S.T. Usanova

Annotatsiya: Tanamiz bo'ylab nerv impulsleri qanday tarqalishi, impulsning bir nerv hujayrasidan boshqasiga yoki muskul tolalariga qanday o'tishini, umuman olganda organizmda nerv impulslerinin tarqalishini ushbu tezisimda izohlashni maqsad qilib oldim.

Kirish

Nerv impulsleri - bu organizmning asab tizimi bo'ylab uzatiladigan elektr signallari. Bu impulsler nerv hujayralarida sodir bo'ladigan kimyoviy va elektr o'zgarishlari natijasida yuzaga keladi. Nerv impulsleri asab tolalarida tez uzatiladi, bu xabarlarni tanadagi organlar va to'qimalarga yuborish imkonini beradi. Shunday qilib, tana funktsiyalari tartibga solinadi va uyg'unlikka erishiladi.

Materiallar va o'rganish usullari

Tezisimni tayyorlashda virtual fizologiya multimedia darsligi va Alyaviya O.T, Qodirov Sh.K, Nishanova A. Alarning “Fiziologiya” nomli kitoblaridan foydalandim.

Tadqiqot natijalari

1. Membrananing tinchlik potentsiali: Organizmdagi barcha hujayralarni membranalar qoplab turgani kabi nerv hujayralarini ham membrana qoplab turadi. Neyron qo'zg'almagan va nerv impulsini o'tkazmayotgan vaqtda uning membranasini qutblangan holda bo'ladi. Qutblanish hujayra tashqarisi va hujayra ichkarisidagi zaryadlarning bir-biridan farq qilishidir. Bu farq membrananing tinchlik potentsiali deyiladi. Hujayra tashqarisi musbat, ichkarisi esa manfiy zaryadlangan. Bunda farqni asosan Na^+ va K^+ ionlarining hujayra ichidagi va tashqarisidagi miqdorining turlicha bo'lishi paydo qiladi. Hujayra tashqarisida Na^+ , ichkarisida esa K^+ ionlari ko'p bo'ladi. Hujayra membranasida natriy va kaliy kanallari bor. Ularning boshqa ionlarga o'tkazuvchanligi juda past yoki umuman yo'q. Natijada, hujayra membranasini tanlab o'tkazuvchanlik xususiyatiga ega bo'ladi.

2. Tinchlik potentsiali davrida neyronlar dam oladi: Neyron faol bo'lmagan davrda dam oladi. Keyingi faollik davrigacha o'ziga energiya to'playdi. Tinchlik potentsiali(membrana potentsiali)ning qiymati nerv hujayralarida -70 mV (millivolt)ni tashkil etadi. Hujayra tashqarisi aksincha, manfiylashadi. Harakat potentsialining bu davriga depolyarizatsiya deyiladi. Har bir neyronning harakat potentsialini hosil qilish bo'sag'asi bo'ladi. Ta'sirot kuchi shu bo'sag'adan past bo'lsa, harakat potentsiali hosil bo'lmaydi.

4. Repolyarizatsiya: Kaliy ionlari hujayra tashqarisiga chiqadi, natriy ionlari esa hujayra ichida qoladi.

ionlarining hujayra ichiga ko'plab o'tishi, kaliy ion kanallarini ochadi va endi hujayra tashqarisiga kaliy ionlari chiqib boshlaydi. Ushbu harakat potensialining repolyarizatsiya davri elektr balansini qayta tiklaydi. 5. Refrakterlik davrida hammasi o'z holatiga keladi: Natriy va kaliy ionlarimiz o'z joylariga qaytishadi. Refrakterlik davrida hujayra tashqarisidagi kaliy hujayra ichiga, hujayra ichidagi natriy hujayra tashqarisiga qaytariladi. Na-K nasoslar bu jarayonni o'z zimmasiga oladi. Na-K nasoslar ionlarni o'z holatiga keltirgandan so'ng, membrana o'zining dastlabki tinchlik potensialiga qaytadi.

Xulosalar

Retseptorlar tormozlash yoki qo'zg'alish jarayonini amalga oshirganidan keyin mediatorlarni sinaptik bo'shliqqa chiqaradi va ular qayta foydalanish uchun presinaptik membranaga so'rilib ketadi. Shunday qilib, nerv hujayralari va tolalari bo'ylab nerv impulslari harakat potentsiali hosil qilib o'tadi. Membrananing tinchlik potentsiali hujayra ichidagi va tashqarisidagi ionlar farqini saqlab turadi va harakat potentsialini shakllantirish uchun sharoit yaratadi. Sinapslar nerv hujayrasidan nerv hujayrasiga yoki muskul tolasiga impulsni o'tkazuvchi tuzilmalardir. Ular mavjudligi tufayli impulslar bir tomonlama harakat qiladi.

ARTERIAL QON BOSIMINING YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARINI ERTA DIAGNOSTIKASIDAGI O'RNI.

Yusupbekova M.A.

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

Dolzarbli: Hozirgi kunda tibbiy texnologiyalarning o'ta rivojlanganligi, zamonaviy deognistika va davo usullarining klinik amaliyotga keng jriy etilishiga qaramay, jahonda yurak qon tomir kasalliklari (YuQTK) bilan xastalanish va o'lim ko'rssatkichlari juda yuqoriligicha qolmoqda. O'zbekistonda ham (YuQTK) bilan kasallanish mehnatga layoqatli aholining 50% dan ziyodida yashirin yoki klinik namoyon xolda kuzatilmoqda. Xususan davlat statistika qo'mitasi ma'lumotiga ko'ra o'lim strukturasi sabablariga ko'ra 2022 yil yakuniga kora YuQTK birinchi o'rinni egallab, 61,7% tashkil qilgan. Bunga sabab sifatida noto'g'ri turmush tarzi, ortiqcha vazn va turli tashqi omillarning ta'siri deb qaralmoqda. Shu sababli YuQTK ning Latent davridayoq erta aniqlash prognostic markyolarni bilish muhim.

Maqsad: arterial qon bosimining (AQB) organizm individual xususiyatlariga bog'liq ravishda YQTK kelib chiqishidagi ahamiyatini o'rganish.

Material va uslublar: maqsadga mos ravishda ortiqcha vazn (tana massasi indeksi $TMI > 24,5$), 50 yoshdan ortiq va zararli odatlarga ega bo'lganlardagi AQB ni o'rganish tadqiqot mavzusini tashkil etdi. Aynan ushbu parametrga ega bo'lgan 117 nafar bemor tadqiqot ob'yektini tashkil etdi. Bemorlarning o'rtacha Yoshi $54,3 \pm 0,7$ bo'lib, ularning 63 (53,8%) nafari erkaklar 54 (46,2%) ayollar.

TMI 24,5 dan 30 gacha bo'lganlar (61,1%) holatda aniqlangan bo'lsa, $TMI > 30 - 42$ (35,8%) bemorda kuzatilgan. Zararli odatlardan chekish 39 (33%), alkogol is'temol qilish 28 (23,9%) bemorlarda qayd etilgan.

Natijakar tahlili shuni ko'rsatadiki, AQB qariyb 109 (93,2%) bemorda

kuzatilgan bo'lib, ular sistolik bosimning “ishchi” me'yoriga nisbatan 10 dan 50 mm.sm.ust. gacha ortishi bilan namoyon bo'lgan. Xususan, TMI > 30 va chekish odatlari bo'lgan barcha 81 (69,2%) bemorda AQB o'rtacha $22 \pm 3,3$ mm.sm.ust.gacha ortishi kuzatilgan. Shuningdek alkogol is'temoliga moyil bo'lgan 28 (23,9%) bemorlarda ham AQB o'rtacha $17 \pm 4,2$ mm.sm.ust ($p > 0.05$) ortishi qayd etilgan. Takidlash joyizki, TMI < 27 va 55 yoshdan kichik bo'lgan bemorlarda AQB “ishchi” ko'rsatkichlari me'yordan oshmagan.

Taxlillar natijasiga ko'ra xulosa qilish mumkinki, yoshi 50 dan oshgan va TMI > 24,5 dan ortiq bo'lgan aholi orasida 93,2% holatda AQB ortishi kuzatiladi, chekish va alkogol is'temoli bo'lgan xolatlarda esa qariyb 100%ga yetishi mumkin. O'z navbatida bu YQTK ni erta aniqlashda AQB ni prediktor sifatida qabul qilish mumkunligini ko'rsatadi, shunga ko'ra AQB ni o'rganish aholi orasida yashirin YQTK ni erta aniqlash skrining uslubi sifatida qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

ALLERGIK RINITLARNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI

*Madina Rashidova, Doston Sultonov
Otorinolarinologiya kafedrasi
Toshkent davlat stomatologiya instituti*

Allergik rinit - burun shilliq qavatining o'tkir yoki surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, nafas havosi bilan kirgan allergenlarga immun sistemasining o'ta kuchli javob reaksiyasi sababli kelib chiqadi. Allergik rinitlarni davolashda xalqaro standartlar yildan yilga yangilanib bormoqda. Xususan, “EPOS 2020” qo'llanmasida ham allergik rinitlarni davolash bo'yicha so'nggi yillardagi davolash bo'yicha tavsiyalar berilgan.

Allergenlarni immunoglobulinga (IgE) mansub antitanachalar bilan o'zaro ta'siri natijasida allergik reaksiya boshlanadi, bu biriktiruvchi to'qima labrotsitlarida (semiz hujayralarda) va bazofillarda sodir bo'ladi va biologik faol moddalar: gistamin, araxidon kislotasining metabolitlari, serotonin, atsetilxolin, trombotsitlarni faollashtiruvchi omil, leykotrienlar ajralib chiqadi. Biologik faol moddalar qon tomirlarni kengaytirib, o'tkazuvchanligini oshirib burun bo'shlig'i shilliq pardasi shishib, bemorda burun bitishi, aksirish, burundan shilimshiq ajralma oqish belgilari boshlanadi.

Tadqiqot maqsadi: Allergik rinitlarning zamonaviy davolash usullarining tahlili va samaradorligini baholash.

Material va metodlari: Allergik rinit bilan kasallangan 50 nafar bemorlar tanlab olindi. Ulardan 20 nafar ayol kishi va 30 nafar erkak kishi. Bemorlar davolash taktikasiga ko'ra 2 guruhga bo'lindi. Barcha bemorlarda rinoskopiya, qonning umumiy tahlili, IgE, tekshiruvlari o'tkazildi. Tekshiruv natijalariga ko'ra barcha bemorlarda allergik rinit tashxisi qo'yildi. Shulardan 32 nafarida (64%) intermittent turdagi allergik rinit, 18 nafarida (36%) persistent turdagi allergik rinit aniqlandi. Birinchi guruh bemorlar (25 nafar) intranasal kortikosteroid mahalliy burun sprey dori vositasi (mometazon furoat 50 mkg/doza) bilan, ikkinchi guruh bemorlar esa mometazon furoat (50 mkg/doza) va azelastin gidroklorid (140 mkg/doza) kombinatsiyalashgan mahalliy

burun sprej dori vositasi qo'llanildi.

Natijalar: Bemorlar davolash muolajalari boshlangandan so'ng 1 oy davomida kuzatuvda bo'ldilar. Natijalar va klinik belgilar har 7 kunda nazorat qilib borildi. Birinchi guruh bemorlarda klinik belgilar ikkinchi guruhga nisbatan uzoqroq muddat saqlanib turdi, ya'ni 18 nafar (72%) bemorda 28-kunga kelib klinik belgilar yo'qolgani kuzatildi. Ikkinchi guruh bemorlarda 14-kunga kelib klinik belgilar 20 nafar bemorda (80%) to'liq yo'qoldi. Qolgan 5 nafar (20%) bemorda 28- kunga kelib klinik belgilar yo'qoldi. 2 nafar bemorda mometazon furoat va azelastin gidroxlid kombinatsiyalashgan mahalliy burun sprej dori vositasini qo'llagan vaqtda biroz burun qichishishi bezovta qilgan.

Xulosa: Hozirgi kunda allergik rinitlarni davolash butun dunyodagi dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Bunda mahalliy burun uchun intranazal kortikosteroidlar asosiy davolovchi preparatlar hisoblanadi. Tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, ushbu intranazal kortikosteroidlarni mahalliy intranazal antigistamin dori vositasi bilan kombinatsiyada qo'llash ko'proq samara berdi.

TISH SHIFOKORI AMALIYOTIDA DISMORFOFOBIYA- DISMORFOMANIYA

Mirzayev Asliddin TDSI Stomatologiya fakulteti 308 "B" guruh talabasi
Ilmiy rahbari: Sh. X. Sultanov TDSI 3 son terapevtik yo'nalish fanlari kafedrası
mudiri

Dismorfofobiya tashqi ko'rinishdagi boshqa odamlar tomonidan sezilmaydigan yoki deyarli sezilmaydigan xayoliy nuqson bilan mashg'ul bo'lish bilan tavsiflanadi. Dismorfomaniya-bu o'zining yoqimsizligiga og'riqli ishonch.

Dismorfofobiya belgilari asta-sekin va tez rivojlanishi mumkin. Odatda, bemorning tashvishi uning yuzi yoki boshining ko'rinishi bilan bog'liq, ammo u tananing boshqa qismiga yoki qismlariga ham ta'sir qilishi mumkin, shuningdek vaqt o'tishi bilan diqqatni tananing bir qismidan boshqasiga o'zgartirishi mumkin.

Bemorni burun, ko'z, quloq, og'iz, ko'krak, oyoqlari yoki tananing boshqa qismlarining shakli yoki kattaligi bezovta qilishi mumkin. Bemorlar o'zlari yoqtirmaydigan tana qismlarini xunuk, yoqimsiz, xunuk, jirkanch yoki dahshatli deb ta'riflashlari mumkin.

Dismorfofobiya odatda o'smirlik davrida boshlanadi va ehtimol ayollar orasida biroz ko'proq uchraydi. Hozirgi vaqtdagi olingan ma'lumotlarga ko'ra, odamlarning taxminan 1,7-2,9 foizida bu kasallik mavjud

Psixiatr uchun sindromdan shubhalanishning jiddiy sababi "oyna alomati" dir. Biror kishi o'zini va kamchilikni juda g'ayrat bilan o'rganadi yoki o'z rasmidan butunlay qochadi yoki suratga olishdan bosh tortadi.

Tish shifokorlarida dismorfofobiya— dismorfomaniya ta'siri muammosi zamonaviy stomatologiya amaliyotida tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Zamonaviy mualliflarning fikriga ko'ra, og'iz bo'shlig'i, xususan tishlar, boshqa dismorfofobiya orasida 20% ni egallaydi.

Dismorfofobiya bilan og'rig'an odamlarning taxminan 80% hayoti davomida o'z joniga qasd qilish fikrlaridan aziyat chekishadi va to'rtdan 30% gacha o'z joniga qasd

qilishga urinishadi.

Dismorfofobiyasi o'z joniga qasd qilish xavfi yuqori bo'lgan boshqa va ruhiy kasalliklarga nisbatan o'z joniga qasd qilishning sezilarli darajada yuqori darajasi bilan tavsiflanadi.

Ko'pgina bemorlar ushbu buzqlikdan aziyat chekayotganliklarini yaxshi bilmasliklari yoki umuman anglamaganliklari sababli, ko'pincha davolanishga va davolanishga tayyorligini rag'batlantirish uchun motivatsion usullar zarur.

AYOLLAR ALKOGOLIZMINING GENDER XUSUSIYATLARI

Munavvarov Maqsudbek TDSI Stomatologiya fakulteti 308 "B" guruh talabasi

*Ilmiy rahbari: O'rolova D.A. TDSI 3 son terapevtik yo'nalish
fanlari kafedrasi assistenti*

Aholining spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi zamonaviy jamiyat-ning jiddiy muammosi bo'lib, salbiy tibbiy va ijtimoiy oqibatlariga olib keladi, o'lim, kasallanish va ish qobiliyatining pasayishi shu oqibatlardan biridir. Ko'plab tadqiqotlar natijalari aholi jon boshiga o'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi va aholi o'limi o'rtasidagi bog'liqlikni isbotlaydi.

Hozirgi vaqtda aholining alkogolizmining umumiy o'sishi va alkogolizm bilan kasallanishning ko'payishi bilan bir qatorda, ayollar alkogolizmining erkaklarga nisbatan ulushi (1:12 dan 1:5 gacha) o'sishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. So'nggi paytlarda spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan ayollar soni ham sezilarli darajada oshdi.

Ayollarda surunkali alkogolizmning shakllanishiga yordam beradigan eng tipik omillarga quyidagilar kiradi: baxtsiz nikoh, yolg'izlik, ajralish, er va xonadolarning mastligi. Alkogolizmga omillarga kirishi mumkin – bu ota-onalarning alkogolizmi, oilada yomon tarbiya, bolalik, o'spirinlik va balog'at yoshidagi astenik kasalliklar. Turli xil ruhiy trav-malar ham, alkogolizmga rivojlanishiga omil buladi. Ayollar alkogolizmiga qarshi kurashda keng va juda xilma-xil profilaktika choralari talab qilinadi.

Ayollarda alkogolizmning yanada og'ir kechishi uchun ba'zi fiziologik omillar mavjud (erkaklarga qaraganda tanadagi suvning past darajasi, qonda alkogolning yuqori konsentratsiyasiga olib keladi), premenstrual davrda oshqozondan alkogolning yuqori surilishi, yanada kuchli mastlikka olib keladi; spirtli ichimliklarni parchalashda ishtirok etadigan ba'zi fermentlarning faolligi pasaygan, abstinent sindromning yumshoqligi, uzoq vaqt davomida narkologlardan yordam so'ramaslikka imkon beradi). Ayollar alkogolizmiga tizimli yondoshish, «ayollar-mikro muhit - jamiyat» tizimini o'rganishda «stigmatizatsiya» kabi ijtimoiy-psixologik hodisaning ta'sirini hisobga olmasdan mumkin emas - «tamga», «stigma» ni ayollar alkogolizmida bemorlarga quyilishi.

Ayollar organizmi erkaklarnikidan sezilarli darajada farq qiladi, shuning uchun ayollarda ichkilikbozlikdan alkogolizmga bulgan yo'l ancha qisqaroq - olti oydan ikki yilgacha, erkaklarda - o'n yilgacha. Har bir ayol uchun jarayon individual buladi. Alkogolizm asosan muntazam ichkilikbozlik tufayli yuzaga keladi. Ayol qanchalik tez-tez ichsa, alkogolizm toifasiga kirish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi.

Ayollarda alkogolizmning rivojlanishi erkaklarnikiga qaraganda tezroq sur'atlarda sodir bo'ladi, miqdoriy nazorat tezda yo'qoladi. Kasallikning tez rivojlanishi, erkaklarda juda aniq ifoda etadigan alkogolizm bosqichlari, o'z ku'rinishini yo'qotadi va go'yo bir-birining ustiga qatlamlanishadi.

Gender farqlar alkogolizmning qaytalanish sabablarida ham uchraydi. Shunday qilib, kanadalik olimlar aniqlashi buyicha, ayollarda retsedivning sababi ko'pincha salbiy affektlar (salbiy his-tuyg'ular, yaqin-lar bilan ziddiyat) bilan bog'liq bo'lgan holatlarda, erkaklarda esa retsediv ko'pincha ichuvchi muhit bilan bog'liq degan tendensiyani aniqladilar.

Ko'pgina sabablar orasida ayollarning iqtisodiy va manaviy mustaqilligining o'sishini ajratib ko'rsatish mumkin, bunga mos ravishda asab-ruhiy va jismoniy faoliyatga ta'sir ko'payishiga olib keladi (stress, shaxsiy qiyinchiliklar va boshqalar).

Ayollar organizminig, yana bir xususiyati hayz davridir, bunda spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga moyillikni kuchaytiradigan, hayzdan oldingi o'zgarishlarni ham o'z ichiga oladi. Spirtli ichimliklar hayzdan oldingi o'zgarishlarni yengillashtiradi, tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi; natijada o'rganish va qaramlikni paydo bo'lishiga olib keladi. Bundan tashqari, premenstrual davrda alkogolning oshqozon-ichak traktidan qonga surilishi kuchayadi. Shuning uchun tana vazniga qarab qabul qilingan alkogol ayollarga ko'proq ta'sir qiladi va kuchli toksik ta'sir ko'rsatadi.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI FONIDAGI BEZOVTA OYOQLAR SINDROMIDA SISTATIN C MONITORINGINING DIAGNOSTIK AXAMIYATI

Muxamedsaidova I.A, Raimova M.M., Babasheva D.R.

TDSI, Asab kasalliklari. Xalq tabobati kafedrası

Surunkali buyrak yetishmovchiligi nefronlar soni va ular funksiyasining progressive tarzda kamayib borishi bilan kechadigan jarayondir. Ma'lumki buyraklarning asosiy vazifasi organism ichki muhiti doimiyligini ya'ni gomeostazni ta'minlashdan iborat. Buyraklar ekskretor va inkretor funksiyasining buzilishi, moddalar almashinuvi hamma turlarining buzilishiga, jumladan kislota-ishqor va elektrolitlar muvozanatining izdan chiqishi natijasida hamma organ va sistemalar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Metabolik o'zgarishlar mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, qon reologiyasining yomonlashuviga olib keladi, bu esa o'z navbatida ichki organlar faoliyatini izdan chiqaradi (Xakimova M., Jabborov O., Umarova Z. (2023))

Surunkali buyrak kasalligi (SBK) tabiatidan qat'iy nazar, aksariyat nefropatiyalarning muqarrar natijasidir. Shu bilan birga, surunkali buyrak kasalliklari spektri so'nggi o'n yilliklarda sezilarli darajada kengaydi. Buyrak yetishmovchiligi kuchayishi va metabolik chiqindilar qonda to'planishi bilan simptomlar ham rivojlanadi.

Uzoq yillar davomida surunkali buyrak kasalligida (SBK) shakllangan nevrologik asoratlari klinik jihatdan o'zini namoyon qilmaydi. Ba'zi tadqiqotlarda markaziy nerv sistemasi (MNS) zararlanishi asorat sifatida ushbu kasallikka xos emasligi talqin qilinadi, shunga qaramay klonik va tonik tutqanoq, multifokal miokloniya, asteriksiz,

meningizm, bezovtalik, gallyutsinatsiya, deliriya, koma va hatto o‘lim holatlari tez-tez uchrashi keltirilgan (Molano J.R. et al. 2013).

Tadqiqotlar SBK bilan xastalangan va meningeal sindromli bemorlarning taxminan yarmida orqa miya suyuqligida pleotsitoz borligi hamda 60% oqsilning ko‘payishi aniqlangan. Shunisi qiziqki, CBKda bemorlarning 70% periferik asab tizimi zararlanish belgilari kuzatilgan (Burn D.J.,2018). Biroq, ba'zi ma'lumlarda ushbu ko‘rsatkich 10 dan 83 % va hatto 100 %gachani ko‘rsatadi (Mauermann M.L. et al., 2013). Uremik polinevropatiyaning erkaklarda ko‘proq uchrashi va umumiy kasallanganlar orasida ushbu holat bemorlarning 50 % qayd etilishi keltirilgan (Zochodne D.W., 2017).

Bosh miyadagi patologik o‘zgarishlar asosan ensa va tepa qismlarida kuzatiladi va bu sindrom orqa qaytar leykoentsefalopatiya deb nomlanadi (Soylu A. et al., 2019). Shu bilan birga, SBK rivojlanishi ayrim bemorlarda mavhum fikrlash, paratoniya, pay reflekslarining buzilishi paydo bo‘ladi (Aminoff M., 2018). Bunda piramidal assimetrik alomat bemorlarning deyarli 20-45% gemiparez shaklida ko‘rinadi (Damulin I.V. va hammual., 2017).

Bezovta oyoqlar sindromi surunkali buyrak kasalligining eng kop uchraydigan asoratlaridan biri xisoblanadi. Bunda bemorlar kopincha tungi uyqu vaqtida oyoqlarda noxush xislar sezadilar. Buni bartaraf etish uchun bemorlar oyoqlarini xarakatlantirishga majbur bulishadi.

Bu kop xollarda bemorlarda uyqu buzilishi va xayot sifatini yomonlashishiga olib keladi. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo‘lgan bemorlarni gemodializ dasturini qabul qilishda muhim ko‘rsatkich buyrakning qoldiq funksiyasini aks ettiruvchi glomerulyar filtratsiya tezligi (GFR) hisoblanadi. So‘nggi o‘n yilliklarda sistatin C qoldiq buyrak funksiyasi belgisi sifatida tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda.

Sistatin C-122 aminokislotadan tashkil topgan va sistein proteinazalar ingibitorlari oilasining a‘zosi bo‘lgan molekulyar og‘irligi 13kD bo‘lgan glikozillanmagan oqsil. Sistatin C-barcha yadro hujayralarida doimiy tezlikda ifodalangan CST3 "uy xo‘jaligi" genining mahsuloti. Sistatin C asosiy xususiyatlarga ega (izoelektrik nuqta pI = 9,0). Kichik o‘lchamlari va asosiy xususiyatlari tufayli buyrak glomerulalarida erkin filtrlanadi. Sistatin C ajralmaydi, lekin proksimal buyrak tubulalari epiteliysi tomonidan qayta so‘riladi va keyinchalik katabolizatsiya qilinadi, shuning uchun u qon oqimiga qaytmaydi.

Tadqiqot maqsadi: Gemodializ dasturidan o‘tayotgan SBK bilan og‘rigan bemorlarda davolanish davomida sistatin C konsentratsiyasining o‘zgarishini baholash, xamda sistatin C konsentratsiyasining ozgarishini bezovta oyoqlar sindromining ogirlik darajasi bilan bogliqligini organish.

Materiallar va tekshirish usullari: Tekshirishga 22 ta (12 ta ayol va 10 ta erkak) surunkali buyrak kasalligi bor gemodializ oladigan 35 yoshdan 75 yoshgacha bo‘lgan (ortacha yosh 58,2±4.2) bemor jalb qilingan.

Qondagi sistatin C konsentratsiyasi IFA usuli bilan tekshirilgan.

Surunkali buyrak kasalligi belgilarini tashxislash uchun Edmonton Renal Symptom Assessment System-Revised (ESAS-r: Renal) so‘rovnomasi ishlatilgan.

Bezovta oyoqlar sindromini ogirlik darajasini baxolash uchun xalqaro shkala

(IRLS) ishlatilgan

Natijalar: Edmonton Renal Symptom Assessment System-Revised (ESAS-r: Renal) so'rovnomasi natijalarini tahlil qilganda o'rtacha ball $73,2 \pm 8,3$ ni tashkil etdi. Bu ko'rsatkich surunkali buyrak kasalligi belgilarining aniq rivojlanishini ko'rsatadi.

Gemodializ paytida sistatin C ning klirensi kreatinin va mochevinaga qaraganda ko'proq qon oqimining tezligiga bog'liq.

IRLS shkalasi gender korsatkichlar buyicha tahlil qilinganda, bezovta oyoqlar sindromi erkaklarga nisbatan ayollarda ko'proq namoyon bolgan.

Bezovta oyoqlar sindromi ogirlik darajasi qondagi sistatin S miqdori bilan tog'ri korrelyasion bog'liq ekanligi aniqlandi.

Xulosa: Sistatin C ning muhim qismi gemodializ seansi paytida chiqariladi, ammo 24 soatdan keyin sistatin C kontsentratsiyasi avvalgi qiymatlariga qaytadi. Bezovta oyoqlar sindromi ogirlik darajasi qondagi sistatin S miqdori bilan tog'ri korrelyasion bog'liq.

AKUSHERLIK QON KETISHIDA XOMILANING YO'QOTISH SINDROMI TUTGAN URNI

Nematov J., Daskaeva A. - 402 A davolasch fakulteti talabalari

Ilmii raxbar- professor Kattaxo'jaeva M.X.

Toshkent Davlat stomatologiya instituti

Muvofiqlik. Abort - bu murakkab polietologik simptomlar majmuasi, ayolning reproduktiv tizimining boshqa hayotni ta'minlash tizimlari bilan o'zaro ta'sirida nomutanosiblik belgisi. Erta abortlar - homiladorlikning 16 haftasigacha (bu davrlardagi homiladorlikdagi yo'qotishlar barcha homiladorlik yo'qotishlarining 80% ni tashkil qiladi) va kechki - homiladorlikning 22 haftasigacha. bir yoki bir nechta spontan tushish yoki 10 hafta yoki undan ko'proq vaqt davomida rivojlanmagan homiladorlik; o'lik tug'ilish; neonatal o'lim; embrion rivojlanishining 8 xaftasidan oldin uch yoki undan ortiq spontan tushish.

Tadqiqot maqsadi. Klinik va laboratoriya tadqiqotlaridan foydalangan holda, homiladorlikning 12 xaftaligiga qadar xomilalik yo'qotish sindromida qon yo'qotish xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. TMA ko'p tarmoqli klinikasining ginekologiya bo'limiga 2022-2023-yillarda o'z-o'zidan tushib qolgan va/yoki rivojlanmagan homiladorlik bilan yotqizilgan ayollarning kasallik tarixi o'rganildi. Tadqiqot uchun material yuqoridagi tashxislarga ega bo'lgan 236 ayolning kasallik tarixi edi.

Natijalar va uning muhokamasi. Bo'limga turli ginekologik patologiyalar bilan yotqizilgan 2027 nafar bemorning 302 nafarida spontan tushish, 80 nafarida rivojlanmagan homiladorlik aniqlangan. Homiladorlikning boshida homila yo'qolishi sindromining chastotasi bo'limga yotqizilgan bemorlarning umumiy tarkibining 18% ni tashkil etdi. Bemorlarning 10 foizida homiladorlik homiladorlikning 5-6 xaftaligidan oldin, 6 foizida 7-10 haftada va 2 foizida 10 dan 12 haftagacha homiladorlik to'xtatilgan. Shu bilan birga, 25 nafar bemorda (10,5%) "takroriy abort" tashxisi qo'yilgan. O'rganilganlarning 67 foizi homilador bo'lish xavfi bilan davolangan, qolgan

hollarda homiladorlikning boshlanishi yoki davom etayotgan abort belgilari mavjud. Homiladorlik tahdidi ostida bo'lgan 21% hollarda homiladorlik saqlanib qolgan. Davolash qabul qilingan standartlarga muvofiq amalga oshirildi. Somatik va ginekologik kasalliklar orasida nafas olish tizimi kasalliklari ($t=5,9$, $p<0,001$), anemiya ($t=3,6$, $p<0,001$), siydik chiqarish tizimi ($t=5,8$, $p<0,001$) statistik jihatdan sezilarli darajada tez tez aniqlangan. , ovqat hazm qilish organlari ($t=3,7$, $p<0,001$), endokrin tizim va metabolizm ($t=2,3$, $p=0,02$), qon aylanish tizimi ($t=2,1$, $p<0,03$) . Homiladorlikning tugashi paytida yo'qolgan qon hajmini o'rganish shuni ko'rsatadiki, hatto homiladorlikning kichik davrlarida ham sezilarli qon yo'qotish holatlari bo'lgan. Homiladorlikning 5-6 xaftaligiga qadar o'rtacha qon yo'qotish o'rtacha $75,8 (\pm 25)$ ml ni tashkil qiladi. 12 haftagacha bo'lgan davrda qon yo'qotish sezilarli darajada yuqori bo'lib, o'rtacha $200,5 (\pm 30)$ ml ni tashkil etdi. Eng aniq o'zgarishlar qon koagulyatsiyasi va antikoagulyatsion tizimlarda edi.

Xulosa. Akusherlik qon ketishi nafaqat homiladorlikning uzoq muddatlari bilan bog'liq, balki homiladorlikning dastlabki bosqichlarida ham ayolning sog'lig'iga xavf tug'diradi. Gemostaz parametrlarini chuqur o'rganish, ayniqsa Coviddan keyingi davrda zarur.

STOMATOLOGIYA VA RUHIY SALOMATLIK: HAMKORLIKDAGI YONDASHUV

Nurmatov Ilyos TDSI Stomatologiya fakulteti 308 "B" guruh talabasi

Ilmiy rahbari: Sh. E. Qurboniyazova TDSI 3 son terapevtik yo'nalish fanlari kafedrasida katta o'qituvchisi

Stress, tashvish va depressiya kabi psixologik omillar og'iz kasalliklariga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin, bu immunitet tizimining o'zgarishiga, yallig'lanish darajasining oshishiga va umumiy og'iz sog'lig'ining pasayishiga olib keladi. Bundan tashqari, ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarda ko'pincha tishlarni parvarish qilish odatlari yomon, og'iz gigienasi va ovqatlanish etarli emas, bu esa tishlarning parchalanishi, periodontit va boshqalar kabi kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Shuning uchun nafaqat og'iz kasalliklarini davolash, balki ushbu kasalliklarning oldini olish va davolash strategiyasini ishlab chiqishda psixologik omillarga va ularning og'iz kasalliklariga ta'siriga e'tibor berish muhimdir.

Somatik va ruhiy og'iz kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni psixologik qo'llab-quvvatlash, og'iz gigienasini o'rgatish, ovqatlanishni tuzatish va ruhiy kasalliklarni davolashni o'z ichiga olgan birgalikda davolash usuli ushbu toifadagi bemorlarda og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olish va davolashda eng samarali bo'lishi mumkin.

Somatik va ruhiy og'iz kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash tibbiyotning turli sohalaridagi mutaxassislar guruhining sa'y-harakatlarini birlashtirgan keng qamrovli va hamkorlikdagi yondashuvni talab qiladi. Bunday jamoaning tajribasi shuni ko'rsatadiki, har bir bemorga simptomlar va tashxislarni har tomonlama tahlil qilishga asoslangan individual yondashuv davolanishning eng yaxshi natijalariga erishishga imkon beradi.

Mutaxassislar guruhiga stomatologlar, psixiatrlar, terapevtlar, psixologlar va

bemorlarni eng yaxshi davolashni ta'minlash uchun yaqin hamkorlikda ishlaydigan boshqa sog'liqni saqlash mutaxassislari kirishi kerak. Shuni hisobga olish kerakki, somatik kasalliklarga chalingan bemorlar ko'pincha psixologik noqulaylikni boshdan kechirishadi va ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlar o'zlarining ahvoli tufayli stomatologik davolanishdan foydalanish imkoniyati cheklangan bo'lishi mumkin.

Jamoaning tajribasi shuni ko'rsatadiki, bu yondashuv bemorlarning stress va og'riq darajasini pasaytiradi, ularning ruhiy holati va hayot sifatini yaxshilaydi va og'iz bo'shlig'i kasalliklarini davolash samaradorligini oshiradi. Bu nafaqat tibbiy ko'rsatkichlar, balki bemorlarning davolanishdan qoniqishi bilan ham tasdiqlanadi.

ARNOLD-KIARI TUG'MA ANOMALIYASI, ETIOLOGIYASI, SIMPTOMLARI VA OQIBATLARI

O'ktamova Muxlisa Mahmud qizi

Toshkent Davlat stomatologiya institute, Nevrologiya kafedrası

ASOSIY TUSHUNCHALAR.

Jon Kleland birinchi marta 1883 yilda Arnold-Kiari malformatsiyasini tasvirlab bergan. Kleland 9 ta chaqaloqdagi patologik holatlarni tasvirlab berdi, ularda miya ustunining cho'zilishi va serebellumning umurtqa kanaliga tushishi kuzatildi. Jon Klelandga aloqasiz tarzda Kiari 1891 yilda ikki turdagi orqa miya anomaliyalarini aniqladi. I tipda miyacha bodomchalarining katta ensa teshigidan tushish holati kuzatilgan, II tipda uzunchoq miya, IV qorincha tushishi va miyelomeningosele kuzatilgan. 1899 yilda sindromi rus nevrologi N.N.Solovtsov tomonidan batafsil tavsiflangan. 1907 yilda J. Arnold Shvalbe va Kredig shogirdlari “Arnold-Kiari malformatsiyasi” atamasini kiritdilar.

Arnold-Kiari sindromi (AKS) - serebellumning bodomchalari, serebellumning pastki qismini miyaning magnum teshigidan orqa miya kanaliga tushishi. Odatda serebellum bodomchalari tushishi 0 mm dan (bodomcha bezlar magnum teshigi darajasida joylashgan) 3-5 mm gacha bo'ladi.

■ Arnold-Chiari malformatsiyasining 4 darajasi mavjud; I va II darajalar ko'proq uchraydi.

I daraja. Serebellar bodomchalarning cho'zilishi va magnum teshigi ostidagi kaudal siljishi bilan tavsiflanadi.

II daraja. Miyacha vermisi, to'rtinchi qorincha va medulla oblongata, serebellar bodomchalarining kaudal siljishi. Serebellumning qolgan qismlarining displaziyasi, orqa miya ko'pincha cho'zilgan va burmali.

III daraja. Serebellum va bosh miyaning yuqori servikal miyelomeningotsele kaudal siljishi.

IV daraja. Serebellar gipoplaziyasi va churra

-AKS klinik belgilarining bo'lishi ammo miyacha bodomchalarining tushmasligi;

-AKS miyacha va miya ustuni birga tushish holati

Arnold-Kiari malformatsiyasining etiologiyasi va patogenezi bugungi kungacha yaxshi tushunilmagan ammo u tug'ma deb tan olingan va markaziy asab tizimining disembrigenezi natijasi sifatida qaraladi. Kasallik orqa miya gipertrofiyasi tufayli orqa kranial chuqurchaning kattaligi va uning tarkibi o'rtasidagi nomuvofiqlik,

suyak anomaliyalari platibaziya, bazilyar impressiya, atlas assimilyatsiyasi natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. **Patofiziologiya**

■ I daraja

♦ Kamdan kam hollarda liqvor bloki rivojlanadi, bunda gidrosefaliya yuzaga keladi.

♦ Bo'yin umurtqalari tanasining anomaliyalari (odatda birinchi) taxminan 5% hollarda mavjud; juda kamdan-kam hollarda bu kasalliklar miyelomeningsele bilan birlashtiriladi.

■ II daraja

♦ Spina bifida, gidrosefaliya va siringomiyeliya birgalikda rivojlanadi.

♦ Davolash miyelomeningotseleni tuzatish va gidrosefaliyani bartaraf etish uchun shuntni joylashtirishdan iborat.

Klinik ko'rinishlar

I turi

♦ Xarakterli alomatlar - Valsavani qo'llangandagi qo'zg'atilgan bosh og'rig'i, bo'yin va qo'llarda og'riq, miyacha simptomlar (shu jumladan ataksiya, bosh aylanishi).

♦ oyoq-qo'llarda mumkin bo'lgan zaiflik va sezuvchanlik buzilishlari (uyushish).

■ Qoida tariqasida, agar bodomchalar magnum teshigiga 5 mm dan ortiq tushsa, asab tizimiga zararlanishning klinik belgilari mavjud bo'ladi,

II tur

♦ Nistagm, stridor, apnoe, yutqin refleksning pasayishi, qo'llarda zaiflik.

O'tkazilgan tadqiqotlar:

1-holat: Bemor A.D. 29 yoshda. Shikoyatlari: bosh va bo'yin sohasidagi doimiy siquvchi, bosuvchi og'riqqa, bosh aylanishiga, ko'ngil aynishiga, qayt qilishga, xotira pasayishi, uyqu buzilishi, asabiylikka, qo'llarda uvushishga va kuchsizlikka, qon bosimi ko'tarilishiga.

Kasallik tarixi: Bemor o'zini yoshlikdan kasal deb hisoblaydi. Bemorni doimo boshidagi yengil og'riqlar bezovta qilgan, keyinchalik birinchi tug'ruqdan so'ng (2019-yil) og'riqlar ancha kuchaygan, og'riq qoldiruvchi dorilar vaqtinchalik ta'sir qilgan. Bemor har yili Toshkent viloyati ixtisoslashtirilgan somatika shifoxonasida davolanib turadi. Bemor o'zini yomon his qilganligi sababli 24.02.2024 da TVISSh da davolanishga gospitalizatsiya qilindi.

Obyektiv ko'ruv: bemor ahvoli nisbatan qoniqarli, teri va ko'rinarli shilliq qavatlari toza, rangpar. O'pkasida vezikulyar nafas. NOS- 19 ta/minut. Yurak tonlari aniq, chegaralari siljimagan, o'zgarishsiz. Ps- 77 ta/minut. AB – 150/90 mm.simob.ust. Qorin simmetrik, yumshoq va og'riqsiz. Ich kelishi va peshobi normada regular.

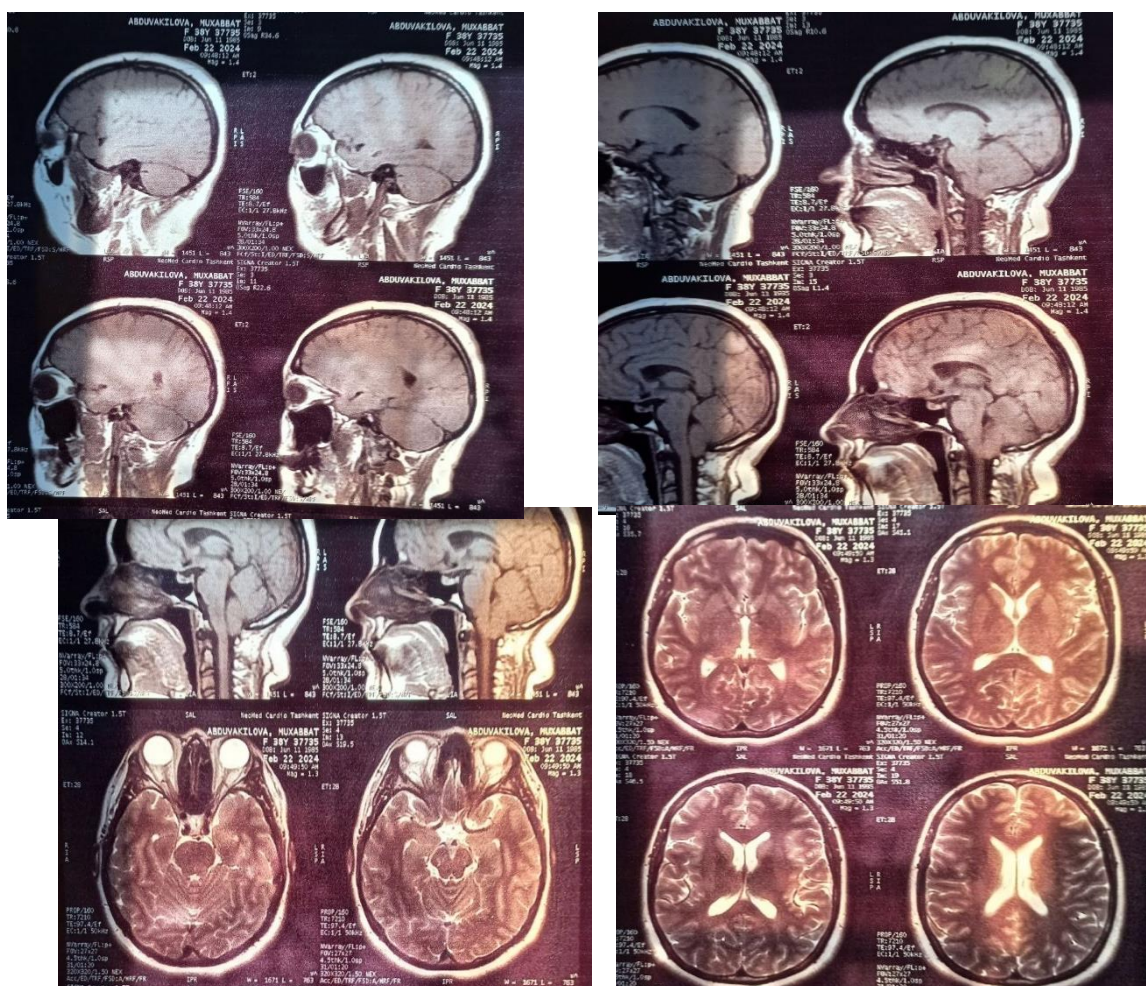
Nevrostatus.

BMJN: ko'z qorachiqalari reaksiyasi saqlangan, anizokoreya yo'q, ko'z olmalari harakati to'liq hajmda D=S, 2 tomonlama gorizontall nistagm. 2 tomonlama D. Kunakov belsigi musbat. Yuzi simmetrik, tili o'rta chiziqda, yutqin reflekslari chaqiriladi. Harakat tizimi: Parez va paralich yo'q. Pay reflekslari BR, TR D=S sust chaqiriladi, PR, AR D=S chaqiriladi. Mushak tonusi saqlangan, mushak kuchi qo'llarda pasaygan. Romberg holatida noturg'un, miyacha sinamalarini (BBS, TTS, dismetriya)

intensiya bilan bajaradi. Patologik reflekslar: M. Radovich musbat. Sezgi tizimi: bemorda qo'llarning ichki satxida gipo-paresteziya. ONF: vaqt va joyga nisbatan mo'ljal saqlangan. Vegetativ sistema: emotsional labil.

Tekshiruvlar:

1. UQT: gemoglobin- 115, eritrotsit-4.1, leykotsit-6.8, EChT-8
2. UST: zichligi-1020, oqsil-abs, epiteliy-4-5, leykotsit-1-2-2, eritrotsit-1-0-0
3. Biokimyoviy: glyukoza-4.9, xolesterin-5.8, mochevina-7.8, kreatin-86.5, ALT-0.25, AST-0.19, PTI- 98%
4. EKG: sinus ritm, YuUS- 75 ta/minut
5. UZI: surunkali xolesistopankreatit, jigar gepatozi.
6. MRT: Kiari-1 anomaliyasi (8mm).



Davo rejasi:

1. L-lizin essinat 10.0ml
Natriy xlor 0.9%-100ml V/I tomchilab
2. Diakarb 250 mg – 1 tab ertalab och qoringa- 10 kun
3. Asparkam – 1 tab 3 mahal- 10 kun
4. Liposom forte 2.0 ml m/o – 5 kun
5. Tiosetam 10.0ml - 5 kun

6. Sinnarizin 25mg – 1 tab kechqurun – 1 oy
7. Deksalgin 2.0ml m/o – 5 kun
8. Amradipin 4/5 - 1 tab 8:00 – 1 oy
9. Midokalm 150 mg – 1 tab ovqatdan keyin 2 mahal – 10 kun

Adabiyotlar

1. Аномалия Арнольда-Киари: учеб. пособие / сост.: Ш.М. Сафин, В.А. Хачатрян, А.Б. Гехтман, И.М. Рашид, Р.А. Султанов, А.С. Муртазин, под общ. ред. Ш.М. Сафина. — Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2020. — 76 с.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>
3. <https://fcu-tmn.ru/nozologi/detskoe-otdelenie/anomaliya-arnolda-kiari/>

ESHITUV NERVING YALLIG`LANISHI VA UNING ASORATLAR

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Davolash ishi fakulteti 504 guruh talabasi Sag`dullayeva M.M.

Ilmiy rahbar: Toshkent davlat stomatologiya instituti

Otorinolarinologiya kafedrasi assistenti

Abduxoliqova G.A.

Annotatsiya: ushbu tezisdagi nervus vestibulocochlearisdagi yallig`lanish kasalligi ya'ni ushbu nerv nevriti, uning kelib chiqish sabablari, qanday kasbdagi odamlarda uchrashi, kasallikni differensial diagnostika qilish va davolash usullari batafsil yoritib beriladi.

Kalit so'zlar: nevrit, endolimfa, chig'anoq, endokrin kasalliklar, ateroskleroz, sensonevral karlik, audiometriya, KT, vestibulometriya, elektrogustometriya va meatosisternografiya tekshiruvlari nevrinoma, spontan nistagm, kalorik arefreksiya.

Eshitish nervi vestibulyar-koxlearis sakkizinchi juft kranial nerv bo'lib, ikki qismdan iborat: vestibulyar asab inson tanasining holati haqidagi ma'lumotni miyaga uzatadi, koxlear nerv esa eshitish uchun javobgardir. U ichki quloqda joylashgan, kortik organidagi retseptorlardan ma'lumot to'playdi. Aynan shu yerda tovush tebranishlari tashqi eshitish kanali va timpanik bo'shliqdan uzatiladi. Vestibulo-koxlear nervi ekzogen va endogen muhit ta'sirlariga sezuvchanligi yuqori bo'lib, uning yallig`lanishi nevrit deyiladi.

Eshituv nervi nevritini etiologiyasiga ko'ra quyidagi turlarga bo'lishimiz mumkin:

1. *Infektsion nevrit*- virusli kasalliklar, ya'ni gripp, qizamiq, qizilcha va bundan tashqari diffteriya, epidemik meningitdan so'ng asorat sifatida kelib chiqadi.

2. *Toksik nevrit yoki toksik sensonevral eshitish pastligi* - medikamentoz, ya'ni ma'lum guruhga mansub dori moddalarini uzoq vaqt qabul qilish natijasida kelib chiqadi. Ushbu dori vositalariga quyidagilar: aminoglikozidlar, etakrin kislotasi, o'smaga qarshi dori vositalari, salitsilatlar va xinin kabi dori vositalarini kiritishimiz

mumkin. Ushbu dori moddalari ichki quloqda joylashgan chig'anoqdagi eshituv retseptorlariga ta'sir ko'rsatadi va unda patomorfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, bu o'zgarishlar chig'anoq membranasi asosidan boshlanib, toki uning cho'qqisiga qadar davom etadi. Endolimfa suyuqligida kaliy miqdori kamayib, natriy miqdori oshib ketadi, natijada gipoksiya jarayoni rivojlanadi; inson turli xildagi tovush to'lqinlarini qabul qilishi pasayadi yoki yo'qoladi.

3. *Jarohatdan so'nggi sensonevral eshitish pastligi* - bu quloqning baro- va akustik jarohatlaridan so'ng kelib chiqadi.

4. *Kasbga aloqador bo'lgan eshituv nervi nevriti* - ichki quloqqa ishlab chiqarish korxonalaridagi shovqin va vibratsiyaning davomiy ta'siri natijasida kelib chiqadi.

5. *Yurak-qon tomir kasalliklari, irsiy omillar, buyrak kasalliklari, endokrin kasalliklar, aterosklerozdan keyingi asorat sifatida, bundan tashqari, qariyalarda kelib chiqadigan sensonevral karlik.*

Obyektiv va subyektiv anamnezlarda bemorlarning ko'pchiligi quloq shang'illashidan, eshitishi pasayishiga, muvozanat saqlash qobiliyati buzilganligidan shikoyat qilib kelishadi. Ushbu bemorlarda otoskopiya qilganimizda nog'ora pardada hech qanday patologik o'zgarishlarni ko'rmaymiz, ammo bemorda tovush to'lqinlarini past darajada qabul qilayotganligini ko'rishimiz mumkin.

Kasallikka to'g'ri tashxis qo'yish va boshqa kasalliklardan differensial diagnostika qila olish, samarali davolash rejasini tuza olish uchun bemorda audiometriya, vestibulometriya, elektrogustometriya va meatosisternografiya tekshiruvlari o'tkaziladi. Bu tekshiruvlar orqali otorinolaringolog shifokor eshituv a'zosining turli bo'limlarini yani chig'anoq hujayralari, gangliy, asab tolasi yo'llari, o'zaklar, bosh miya po'stlog'idagi markazning patologik o'zgarishlarini aniqlashiga imkon beradi. Yana bir narsani ta'kidlab o'tish joizki, eshituv nervi nevritini VIII juft nerv nevrinomasidan farqlay bilish muhim ahamiyatga ega. VIII juft nerv nevrinomasida eshitishning pasayishi yoki karlik bir tomonlama bo'ladi, bundan tashqari bemorda spontan nistagm, kallorik arefreksiya, muvozanatning buzilishi, ta'm bilishning buzilish belgilari, miyacha patologiyasiga xos belgilar kuzatiladi. KTda chakka suyagi tekshiruvida ichki eshituv yo'li kengayganligini ko'rishimiz mumkin.

Davolash rejai. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, 2023-yil noyabr oyida Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-sonli ko'p tarmoqli klinikasi otorinolaringologiya bo'limida o'rtacha hisobda 25 nafar bemor eshitish buzilganligidan shikoyat qilib keldi. Shundan 15 nafarida bir tomonlama karlik va eshitishning pasayganligi, qolganida esa ikki tomonlama eshitish va muvozanat buzilishi kuzatildi. Bemorlarda diagnostik tekshiruvlar o'tkazildi va dastlabki 12 nafar bemorga nevropatolog ko'rigi uchun yo'llanma yozib berildi, chunki ular da VIII juft nerv nevrinoma taxminiy tashxisi qo'yildi. Qolgan 13 nafar bemorga quyidagi davolash muolajalari qilindi:

- Qon aylanishini yaxshilash maqsadida;
- Steroid yallig'lanishga qarshi;
- Nootrop davo;
- Nerv o'tkazuvchanligini yaxshilash maqsadida;
- Vestibulolitik davo sifatida;

- Dezintoksikasion, desensebilizasion va shishga qarshi davo;
- Vitaminoterapiyalar (ayrim bemorlarga qarshi ko`rsatma bo`lganlisi sababli barcha bemorlarga buyurilmadi).

Yuqoridagi davo muolajalaridan so`ng, 8 nafar bemorda to`liq sog`ayish kuzatildi, qolgan 5 nafar bemorga ushbu konservativ davo ijobiy natija bermaganligi bois 2 nafar bemorga jarrohlik usulida koxlear implant o`rnatishga ko`rsatma berildi. qolgan 3 nafar bemorga eshituv apparati tavsiya qilindi. Umumiy 65% bemorda konservativ davo muolajalaridan so`ng to`liq sog`ayib ketish kuzatildi, 35% bemorda kasallik surunkali shaklga o`tganligi bois konservativ davo muolajasi samara bermadi, shu tufayli jarrohlik muolajasiga va eshituv apparatida foydalanishga ko`rsatma berildi. **Xulosa.** Xulosa qilib aytganda, ushbu kasallikning uchrash sabablari turlicha bo`lib, eshituv nervi nevritini o`z vaqtida to`g`ri tashxis qo`yish va konservativ yo`l bilan davolash mumkin, ammo kasallik surunkali shaklga o`tgandan so`ng jarrohlik amaliyoti orqali davolash va eshituv apparatida foydalaniladi. Ushbu yallig`lanish kasalligi ko`pincha boshqa kasalliklardan keyin asorat sifatida namoyon bo`ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro`yxati:

1. Tibbiyot qomusiy lug`ati. Yolqin To`raqulov (bosh muh.). Qomuslar Bosh Tahririyati, 1994.
2. “O`zbekiston tibbiyot ilmi”elektron jurnali O`zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi, Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi.
3. Абабий И.И., Сенку Е.И. К диагностике и лечению внутричерепных отогенных осложнений. // Материал. Российской научно-практич, конфер. 2002.
4. Завадский А.В., Завадский Н.В., Загорюлько А.К., Софронова Л.Г Поверхностно-активные вещества среднего уха у больных хроническим гнойным средним итом. // Таврический медико-биологический вестник -2002-Т.5, №2-067-693
5. Кунельская В. Я Грибковые заболевания среднего уха. Матер. тер. Российской и-практической конф Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха, раздел 3. Заболевания среднего уха 2002 4. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.// М: Медицина 1994.С-126-130.
6. Туровский А.Б., Сидорина Н.Г., Баландин Л.В. Острый средний отит. Диагностика и лечение, //Метод. рекомендации М.2004: 27. 34,
7. Ходжаева К.А.. Хушбаков А.Ч. Частота и распространенность хронических средних отитов в республике Узбекистан. //Матер Российской и практической конфер 2002.
8. Шалыев Х.Д. Ульянов Ю.П. Острый средний отит. //М. "Русский врач". 2006: 112
9. S.A. Xasanov, N.X.Vohidov –“Quloq , tomoq va burun kasalliklari”
10. M.M.Magomedov- “Otorinoloringologiya”
11. Internet ma`lumotlari-<https://uz.tierient.com/eshitish-nervlarining-nevriti/>

OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI VA QON HOSIL QILUVCHI ORGANLAR O'RTASIDAGI ALOQA. QON PIGMENTLARI

Usanova Saodat To'rayevna

Toshkent davlat stomatologiya instituti Fiziologiya va patalogiya kafedrası katta o'qituvchisi

G'ayratova Iroda Dilshod qizi

Toshkent davlat stomatologiya instituti talabasi

Annotatsiya: Bu maqola "Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va qon hosil qiluvchi organlar o'rtasidagi aloqa. Qon pigmentlari" mavzusini o'rganishga oiddir. Ushbu mavzuda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, qon hosil qiluvchi organlar va qon pigmentlarining o'rtasidagi munosabatlar tahlil qilinadi. Maqolada og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va uning ahamiyati, qon hosil qiluvchi organlar va qon pigmentlari (gemoglobin) haqida ma'lumotlar taqdim etiladi. Unda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va qon hosil qiluvchi organlar o'rtasidagi aloqa tushunchasi, oksigen va nutq birikmalarini qonning boshqa organlarga olib yetkazishning muhim o'rinini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: Ichki qavat, og'izning ichki qismi, og'iz qonini olib kelish, gemoglobin, eritrotsitlar, qizil qon hujayralari, oksigen, nutq birikmalarini olib yetkazish, transport.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va qon hosil qiluvchi organlar o'rtasidagi aloqa:

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati bu og'izning ichki qismidagi bo'shlig'idir. Bu bo'shlig'ning ichida og'iz bo'shlig'i qavati mavjud. Bu qavat og'izning ichki qismidagi qon hosil qiluvchi organlar bilan bog'liqdir.

Qon pigmentlari:

Qon pigmentlari, yoki gemoglobin, oksigen va karbondioksidda muomalaga yordam beruvchi molekulardir. gemoglobin qizil qon hujayralarining o'zida joylashgan va oksigen va karbondioksidda o'zlashtiradi. Qizil qon hujayralari, yoki eritrotsitlar, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati orqali olib keladigan og'iz qonining asosiy tarkibiy qismidir.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va qon hosil qiluvchi organlar o'rtasidagi aloqa, og'iz tashqi qavatiga ko'rsatilgan qonni shilliq qavatga olib kelish va undan qabul qilish jarayonini ta'minlaydi. Bu jarayon orqali oksigen va nutq birikmalarini qonning boshqa organlarga olib yetkazish uchun kerakli bo'lgan qonni ta'minlaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yhati:

1. Williams, P. L., Bannister, L. H., Berry, M. M., Collins, P., Dyson, M., Dussek, J. E., & Ferguson, M. W. J. (Eds.). (1995). Gray's anatomy. Churchill Livingstone.
2. Standring, S., & Gray, H. (2008). Gray's anatomy: the anatomical basis of clinical practice. Elsevier Health Sciences.
3. Snell, R. S. (2018). Clinical anatomy by regions. Lippincott Williams & Wilkins.
4. Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2017). Principles of anatomy and physiology. John Wiley & Sons.

5. Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2018). Clinically oriented anatomy. Wolters Kluwer.
6. Netter, F. H. (2019). Atlas of Human Anatomy. Elsevier Health Sciences.
7. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2015). Textbook of medical physiology. Elsevier Saunders.

O'QUVCHILARNING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMINI BAHOLASH

Usmonova Yulduz Sherzod qizi

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali.

Ilmiy rahbar: assistent Nuraliyeva N.B.

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi kunda aholining kompyuter, telefonlardan me'yordan ortiq foydalanishi oqibatida turli xil ko'z bilan bog'liq kasalliklar yuzaga kelmoqda. Bulardan tashqari ko'zga infeksiya tushishi, mexanik, kimyoviy va fizik omillardan shikast yetishi ham ko'z kasalliklariga olib keladi. Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tishi ham mumkin.

Maqsad: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari bo'yicha bilimini aniqlash.

Usul va uslublar: Samarqand va Xorazm viloyatidagi 279 ta maktab o'quvchisi tanlandi. Tadqiqotda anketa-so'rovnoma, sotsiologik va statistik usullardan foydalanildi.

Natija: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklari xavf omillari haqidagi bilim darajasini aniqlash maqsadida Samarqand (149 ta) va Xorazm viloyatida (130 ta) so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnoma uchun 7-8-9-sinf o'quvchilari tanlab olindi.

Tibbiy ko'rik muayyan kasalliklar va ayrim ko'rish buzilishining oldini olish uchun zarurdir. Agar ko'zda shikoyat bo'lmasa har yili yoki 2 yilda bir marta oftalmolog ko'rigiga borish kerak. O'quvchilardan "Ko'zingiz yaxshi ko'rayotgan bo'lsa va shikoyatlaringiz bo'lmaganda ko'z shifokori ko'rigidan o'tish kerakmi?" deb so'ralganda Samarqand viloyatida $31,54 \pm 3,81$ % bunga zaruriyat yo'qligini, $35,57 \pm 3,92$ % doimiy tibbiy ko'riklar zarurligini va $32,89 \pm 3,85$ % i bilmayman deya javob bergan. Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $34,62 \pm 4,17$ % - $46,92 \pm 4,38$ % - $18,46 \pm 3,40$ % ni tashkil qilgan.

Nasliy moyillik uzoqni xira ko'rish kasalligi uchun asosiy omillardan biridir. Ma'lumki, mazkur kasallikka chalingan insonlar oilasida hastalikning yuzaga kelish xavfi mavjud. Biroq har doim ham kasallik ota-onadan farzandlarga o'tavermaydi. Organizmda shunga moyillik yuzaga kelsagina uchrashi mumkin. Bu holat inson umrining istalgan vaqtida yuz berishi mumkin. O'quvchilarga so'rovnomada "Ko'z kasalliklari nasldan-naslga o'tadimi?" degan savol berilganda quyidagicha javob olindi: Samarqand viloyatida ha $40,94 \pm 4,03$ % ni, yo'q $15,44 \pm 2,96$ % ni, $43,62 \pm 4,06$ % ni bilmayman, Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda $40,00 \pm 4,30$ % - $21,54 \pm 3,61$ % - $38,46 \pm 4,27$ % tashkil etdi.

So'rovnoma davomida o'quvchilarga "Ko'z kasalliklari yuqumli deb o'ylaysizmi?" deb savol berilganda, Samarqand viloyatida $32,89 \pm 3,85$ % ha, $42,95 \pm 4,06$ % yo'q, $24,16 \pm 3,51$ % bilmayman degan javob tashkil qilgan bo'lsa,

Xorazm viloyatida esa bu ko'rsatkich mos ravishda $14,62 \pm 3,10$ % - $56,92 \pm 4,34$ % - $28,46 \pm 3,96$ % ga teng bo'ldi. Ko'z kasalliklari orasida yuqumlilari ham bor. Bunga misol qilib konyuktivit kasalligini olish mumkin. Konyuktivit — bu ko'zlarni qoplab turuvchi yupqa pardaning yallig'lanishidir.

Bilamizki, quyosh o'zidan infraqizil va ultrabinafsha nurlar taratadi. Quyoshga tik qaraganda bu nurlar ko'z to'r pardasiga tushib, to'r pardadagi hujayralar zararlanishi mumkin. So'rovnomada “Ko'zlaringizni quyosh nuri, ultrabinafsha nurlardan himoyalash uchun ko'zoynaklardan foydalanasizmi?” deb so'ralganda $22,15 \pm 3,40$ % ni ha, $57,72 \pm 4,05$ % yo'q, $20,13 \pm 3,29$ % har doim emas degan javob tashkil etdi. Shifokorlar ko'zni quyosh nurlaridan saqlash uchun qora ko'zoynaklardan foydalanishni maslahat berishadi.

O'tkazilgan so'rovnomada o'quvchilardan “Hozirgi kunda aholi orasida ko'z kasalliklari keng tarqalishiga sabab nima” deb so'ralganda “noto'g'ri ovqatlanish” deb hisoblaydiganlar Samarqand viloyatida $8,72 \pm 2,31$ % ni, Xorazm viloyatida esa $7,69 \pm 2,34$ % ni tashkil etdi. Samarqand viloyati tog'li zonadan, Xorazm viloyati esa cho'l zonadan iboratligi hammamizga ma'lum. Lekin shunga qaramasdan “ekologiya bilan bog'liq” degan javob har ikkala viloyatda ham deyarli bir xil ko'rsatkich qayd etildi. Bunga ko'ra Samarqand viloyatida $38,26 \pm 3,98$ % ni, Xorazm viloyatida esa $34,62 \pm 4,17$ % ni tashkil etdi. “Kompyuter, telefondan me'yorida ortiq foydalanish” deganlar Samarqand viloyatida $91,28 \pm 2,31$ % ni, Xorazm viloyatida $81,54 \pm 3,40$ % ni tashkil qildi. Maktab o'quvchilari telefon va kompyuterlarning zararli oqibatlari to'g'risida $86,41$ % holatda bilishlarini qayd qilishdi, lekin shunday bo'lsada bu holatni ular oxirigacha tushunishmagan, sababi so'rovnomada ishtirok qilganlarning aksariyati doimiy ravishda uyali telefondan foydalanishini va buni davr talabi ekanligi bilan izohlashdi.

O'quvchilarning telefon ishlatishda gigiyena qoidalariga rioya qilishini aniqlash maqsadida “Xammom va hojatxonada telefondan foydalanasizmi?” deb so'ralganda quyidagicha javob olindi: Samarqand viloyatida $9,40 \pm 2,39$ % ha, $76,51 \pm 3,47$ % yo'q, $14,09 \pm 2,85$ % har doim emas, Xorazm viloyatida esa ha $10,77 \pm 2,72$ %, yo'q $73,85 \pm 3,85$ %, har doim emas $15,38 \pm 3,16$ % ni tashkil qildi. Bilamizki, hammom va hojatxonalarda mikroob, bakteriyalar ko'p bo'ladi. Shuning uchun bu joylarda uzoq bo'lish, telefonlardan foydalanish mumkin emas.

Ko'pchilikka ma'lumki, ko'zlarni ishqalash nafaqat qichish, balki muguz pardaning shikastlanishiga ham olib kelishi mumkin. Sababi, bu vaqtda yuvilmagan qo'ldagi mikroorganizmlar ko'zga kirishi, keyinchalik yallig'lanish keltirib chiqarib, ko'rish bilan bog'liq muammolarning yuzaga keltirishi mumkin. “Ko'zlarni muntazam qo'llaringiz bilan ishqalash oqibatida infeksiya yuqtirib olish mumkinmi?” deb o'quvchilardan so'ralganda Samarqand viloyatida $85,23 \pm 2,91$ % ha, $6,04 \pm 1,95$ % yo'q, $8,72 \pm 5,86$ % bilmayman deb javob bergan bo'lsa, Xorazm viloyatida esa $78,46 \pm 3,61$ % ha, $6,92 \pm 2,23$ % yo'q, $14,62 \pm 3,10$ % bilmayman deb javob berdi.

Xulosa: Xulosa qilib aytganda, hozirgi vaqtda ko'z kasalliklariga sabab bo'layotgan asosiy omillardan biri telefon, kompyuterlardan me'yordan ortiq foydalanishdir. STT, to'g'ri ovqatlanish, gigiyena qoidalariga rioya qilish turli kasalliklarni oldini olishda va sog'lom rivojlanishda muhimdir. Bulardan tashqari,

kasalliklarni oldini olishda tibbiy ko'rikdan o'tish ham muhim rol o'ynaydi.

TISH SHIFOKORI QABULIDA PSIXOLOGIK YORDAM KUZATUV

Vohidov Bobur TDSI Stomatologiya fakulteti 308 "B" guruh talabasi

Ilmiy rahbari: Sh. E. Qurboniyazova TDSI 3 son terapevtik yo'nalish fanlari kafedrası katta o'qituvchisi

Tish amaliyotidagi biopsixososyal kontseptsiya mutaxassisni bemorning psixologik xususiyatlarini hisobga olishga, shuningdek bemorga terapevtik ta'sir ko'rsatadigan professional vositalar arsenaliga ma'lum psixoterapevtik usullarni kiritishga yo'naltiradi. Darhaqiqat, bemor uchun juda tez, eng no'rin to'satdan paydo bo'lgan o'tkir tish og'rig'i, tish shifokoriga murojaat qilish zarurati-, yaqin kunlar uchun rejalarning qulashi, narxlari, og'iz bo'shlig'ida muqarrar og'riqli manipulyatsiyalar, keng og'izli stulda uzoq muddatli qattiq noqulay holat, harakat erkinligini cheklash, qon turi, burg'ulash mashinalarining shovqini xavf, tashvish, qo'rquv, norozilik, undan tezda xalos bo'lish istagi paydo bo'lishining sabablari.

Ushbu holat ko'pincha dentofobiya deb ataladi. Til va lablar sezgirligini yo'qotishning g'ayrioddiy hissiyotlari, anestezikaning psixotrop sedativ ta'siri, yutishning buzilishi, tish shifokori bilan nutq bilan aloqa-qilishning mumkin emasligi, sodir bo'layotgan va kelajak haqidagi ma'lumotlarning etishmasligi derealizatsiya va depersonalizatsiya paydo bo'lishiga yordam beradi.

Tish davolash paytida bemorning xatti-harakati ko'p jihatdan uning ruhiy holatiga bog'liq. Kuchli qo'rquv (fobiya) tufayli ko'plab bemorlar - patofiziologik va aqliy namoyishlar maksimal darajada rivojlanib, samarali davolanish imkoniyatlari kamayganda, tish shifokoriga murojaat qilishni oxirgi darajaga qoldiradilar.

Stressli, fobik, xavotirli, depressiv kasalliklarning yuqori tarqalishi va ahamiyati, shuningdek, tish bemorlarida isterik, ipoxondriya, gallyusional va boshqa ruhiy kasalliklar ehtimoli-psixiatriya va psixoterapiya bo'yicha stomatologlarning ma'lum tayyorgarligini talab qiladi.

Psixoterapiya ko'pincha turli xil tish kasalliklari bo'lgan bemorlarni kompleks davolash tizimida qo'llaniladi: orofasiyal og'riq, miyofasiyal temporomandibulyar buzilish, umumiy periodontit, shu jumladan bolalar bilan ishlashda.

Ushbu tamoyillarni amaliy amalga oshirish bemor bilan psixoterapevtik aloqani o'rnatish, unga qo'shilishning psixologik texnikasidan foydalanish bilan boshlanadi. Do'stona qarash, salomlashish, stulga taklif qilish, vazifani aniqlashtirish uchun bir nechta savollar berish. Siz mehribon, hamdard, kuchli, xotirjam, savodli, tajribali, ishonchli shifokor rolini qabul qilishingiz kerak. Buning uchun bemor hali nomlamagan alomatlarni nomlang, unga qiziqish bildiring va uning professionalligini ko'rsating. Intonatsiyalarda, pozada, imo-ishoralarda xotirjamlikni, ishonchni va nekinlikni saqlang. Shifokorning psixologik savodxonligi va psixoterapevtik kompetentsiyasini qabul qilish uning sog'lig'i, farovonligi va shaxsiyatining o'zini o'zi qadrlashi bilan ijobiy bog'liqdir.

ORTOKERATOLOGIK LINZALARNING OFTALMOLOGIYADAGI O'RNI

Xabibullayeva F.K.

Kirish. Elektron qurilmalardan erta foydalanish, o‘quv jarayonini kompyuterlashtirish va ta‘lim yuklamalarining ortishi, shuningdek, ko‘rish gigienasiga rioya etmaslik miyopiyaning keng tarqalishiga sabab bo‘lmoqda. Hozirda faol usullar nafaqat miopiyaning korektsiya qilish uchun, balki miyopiyaning rivojlanish tezligini kamaytirish maqsadida ham ishlab chiqilmoqda. Bunday usullardan biri - ortokeratologiya bo‘lib, u so‘nggi o‘n yilliklarda mashhurlikka erishmoqda. Ortokeratologik linzalar (OKL) yumshoq kontakt linzalarga (YKL) solishtirganda qo‘llanishida va rivojlanishi mumkin bo‘lgan asoratlarga nisbatan bir nechta afzalliklarga ega.

Yumshoq kontakt linzalarini ishlatgan ko‘pchilik odamlar quruq ko‘z sindromining tez-tez alomatlarini boshdan kechirishadi. Texnologiya rivojlanishiga va linzalarga namlovchi komponentlar qo‘shilishiga qaramay, bu masala hali ham dolzarbdir. Ko‘z yoshi o‘rnini bosuvchi va namlovchi vositalardan foydalanish dastlabki bosqichda yordam beradi.

Tadqiqot maqsadi. Yumshoq kontakt linzalar (YKL) va ortokeratologik linzalarning (OKL) shox parda va ko‘z yoshi plyonkasiga ta‘sirini solishtirish.

Materiallar va usullar. Biz so‘ngi o‘n yillikda va butun dunyoda o‘tkazilgan yumshoq kontakt va ortokeratologik linzalarning shox parda va ko‘z yoshi plyonkasiga ta‘sirini o‘rganuvchi tadqiqotlarni ko‘rib chiqdik. Ma‘lumotlar PubMed va Scopusdan olingan.

Natijalar. Pashtaev N.P., Bodrova S.G.ning olib borgan tadqiqotlarida YKLning turidan qa‘tiy nazar, konfokal mikroskopda shox pardada quyidagi morfologik o‘zgarishlarni aniqlagan: metaplaziya va epiteliyning deskvamatsiyasining kuchayishi, hujayradan tashqari matritsaning yengil shishishi va shox pardaning sitoarxitektonikasining buzilishi. Shox pardada sezilarli o‘zgarishlar ko‘proq darajada past gidrofil gidrogel linzalarni ishlatganlarda sodir bo‘ladi. Konfokal mikroskop ma‘lumotlariga ko‘ra, hujayralar deformatsiyaga uchragan va qiyshiq yo‘nalishda cho‘zilgan, ularning zichligi pasaygan, yadrosi kamaygan, bu esa epiteliyopatiyaning keskin kuchayganligini ko‘rsatadi.

Tarutta E.P. va boshqalar esa OKLni turli xil muddatda foydalangan bemorlarda shox parda gipoksiyasi belgilarini topdi. Biroq, bu o‘zgarishlar YKL ni uzoq muddat kunduzgi rejimda foydalangandan ancha kamroq.

Shox pardaning oldingi qatlamlarida birinchi oyga kelib, gistomorfologik ko‘rsatkichlarning namoyon bo‘lish darajasi oshdi, hujayradan tashqari matritsaning shaffofligi pasaygan zonalar aniqlandi, bu esa bir oy muddatda OKL ning applanatsion ta‘siri natijasida yuzaga keladigan vaqtinchalik va moslanuvchan xususiyatga ega bo‘lgan «stressli» reaktiv davrni ajratishga imkon berdi.

Yuqori darajali miopiyaga ega OKL foydalanuvchilarida shox pardaning HRT3 da shox parda moduli bilan qatlam-qatlam konfokal tekshiruv ikki yildan so‘ng epiteliy hujayralarining deskvamatsiyasi, polimorfizm va bazal epiteliy hujayralari chegaralarini turli xil qo‘shimchalar bilan qoplanganligi, ko‘p sonli Langergans hujayralarining ortishi, Boumen membranasining shaffofligining buzilishi, granulaga o‘xshash tuzilmalar sonining ko‘payishi, oldingi stromada ko‘plab faol keratositlar,

hujayra apoptozi mavjud bo'lgan joylar va keratositlar zichligining pasayishi, bu esa OKLni bekor qilishni talab qildi.

OKL ni bekor qilgandan so'ng shox parda hujayralarining regeneratsiyasi bemorlarda to'liq o'rganilmaganligi sababli, yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlarning qayta tiklanishi haqidagi savol ochiqlicha qolmoqda.

OKLni qo'llash boyicha besh yillik tajriba natijalariga ko'ra, asosiy asoratlar qo'zg'atilgan astigmatizm, adenovirusli konyunktivit va kech namoyon bo'ladigan epiteliopatiyadir. Foydalanuvchilarning 50% dan ko'prog'ida OK – korrektsiya natijasida astigmatizmning rivojlanishi kuzatilgan ($1,52 \pm 0,1$ dptr). Astigmatizm darajasi markazdan periferiyagacha ortadi va diametri 4,0 mm bo'lgan zonada maksimal bo'ladi («yig'ish zonasi»). Astigmatizmning yuqori ko'rsatkichlari linzalarning desentratsiyasini ko'rsatishi va protsedurani ehtiyotkorlik bilan takrorlashni talab qilishi mumkin.

Turli tadqiqotlarni tahlil qilgandan so'ng, yumshoq kontakt linzalarni foydalangan bemorlarda vaqt o'tishi bilan qadahsimon hujayralari sonining kamayishi aniqlandi. Agar bemor ortokeratologik linzalarga o'tsa, bu o'zgarishlar butunlay qaytarilishi mumkin. 2016 yilda Carracedo va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tadqiqotda OKL ning ikki guruh foydalanuvchilarga ta'siri o'rganildi. Bir guruh ilgari silikon gidrogel linzalarini foydalangan, ikkinchi guruh esa linzalardan foydalanmagan. Silikon gidrogel linzalardan foydalangan bemorlarda bir oylik ortokeratologik linzalarni taqishdan keyin qadahsimon hujayralar sonining sezilarli o'sishi va quruq ko'z sindromi belgilarining kamayishi aniqlandi. Tadqiqot xulosasi shuni ko'rsatadiki, ortokeratologik linzalar quruq ko'z sindromidan aziyat chekadigan silikon gidrogel linzalaridan foydalanuvchilar uchun samarali tanlov bo'lishi mumkin.

Kolorado L.H. va boshqalar 2016 yilda olti oy davomida har kuni gidrogel linzalaridan foydalangan bemorlarni tahlil qilishdi va ularni xuddi shu davrda linzalar taqmagan bemorlarning nazorat guruhi bilan solishtirishdi. Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, kontakt linzalar foydalanuvchilarida qadahsimon hujayra zichligi nazorat guruhi bilan solishtirganda pastroq bo'lgan. Ba'zi kontakt linzalaridan foydalangan bemorlar quruq ko'z belgilari haqida xabar berishdi va bu guruhda qadahsimon hujayralari sonining 29% ga kamaygani aniqlandi, ikkinchi guruhdagilarda quruq ko'z sindromi simptomlari kuzatilmadi, lekin qadahsimon hujayralari sonining 13% ga kamaygani aniqlandi.

Ma'lumki, OKLlar uyqu vaqtida ishlatiladi. Optimum Infinite kabi yangi materiallar, bu linzalarni yuqori kislorod o'tkazuvchanligiga ega, tez moslashishini ta'minlaydi va linzalarni suvsizlanishdan himoya qiladi. Uyqu vaqtida yopilgan konyunktiva bo'shlig'i ham ko'z yoshlarini bug'lanishiga to'sqinlik qiladi.

Shunday qilib, tahlillar natijasi shuni ko'rsatdiki, shox pardada keskin o'zgarishlar ko'pincha past gidrofil gidrogel linzalarni (8 yildan ortiq) qo'llanilishi oqibatida yuzaga keladi. **Kislorod o'tkazuvchanligi odatda 30 birlikdan oshmaydigan va bitta linzadan foydalanish muddati 6-12 oy bo'lgan YKL, ayniqsa** past gidrofil gidrogel linzalarni uzoq muddat kiyish surunkali gipoksiyaga, ya'ni osmotik nomutanosiblikka olib keladi, natijada to'qimalarning shishishi, tarkibiy va funktsional qayta tuzilishi (xususan, epiteliopatiya, keratositlarning deformatsiyasi,

immunokompetent Langergans hujayralarning paydo bo‘lishi va boshqalar), bu asta-sekin degenerativ o‘zgarishlarga olib keladi. Bundan tashqari, YKL lardan foydalanish kislorod o‘tkazuvchanligi va foydalanish muddatidan qa‘tiy nazar, surunkali gipoksiya natijasida shox pardaning turli qatlamlari (asosan epiteliy va stroma) dezorganizatsiyasi tufayli shox pardaning gisterezisini va chidamlilik omilini kamaytiradi.

Shu sababdan ham, yumshoq kontakt linzalardan foydalanganda quruq ko‘z muammosiga duch kelgan ko‘plab bemorlar samarali usul sifatida ortokeratologik linzalarga murojaat qilishadi. Ortokeratologik linzalar nafaqat yaxshi yaqin ko‘rishni ham ta‘minlaydi, balki quruq ko‘z sindromi alomatlarini kamaytirishga yordam beradi.

PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KOMORBID HOLATLAR

Yusupova Sh.B. 405 C guruh talabasi davolash ishi fakulteti TDSI

*Ilmiy rahbar: Alyavi S.F., dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasida dotsenti
Toshkent davlat stomatologiya instituti, Uzbekiston*

Hozirgi vaqtda zamonaviy rus tilidagi tibbiy adabiyotlarda "kommorbidlik" atamasi keng qo'llaniladi, bu odatda bitta bemorda patogenetik jihatdan o'zaro bog'liq bo'lgan yoki ularning har birining faoliyatidan qat'i nazar, vaqtga to'g'ri keladigan ikki yoki undan ortiq kasallikning mavjudligini anglatadi. Komorbidlikning asosiy sabablari zararlangan organlarning anatomik yaqinligi, kasallik rivojlanishining umumiy patogenetik mexanizmlari, sabab-ta'sir munosabatlari va asoratlarning rivojlanishi hisoblanadi.

Multimorbid teri kasalliklaridan biri toshbaqa kasalligidir. Psoriaz - bu irsiy moyillikka ega bo'lgan multifaktorial tabiatning surunkali qaytalanuvchi dermatози. Klinik va statistik ma'lumotlarga ko'ra, toshbaqa kasalligi dunyo aholisining 3 dan 7% gacha, Markaziy Evropa mamlakatlarida psoriazning aholi chastotasi 2 dan 4,7% gacha. So'nggi yillarda toshbaqa kasalligida patologik jarayonlarning rivojlanishi nafaqat teri va uning qo'shimchalari - tirnoqlarning shikastlanishi, balki turli organlarning disfunktsiyasiga olib keladi, degan fikr kuchaydi.

Psoriaz patogenetik yallig'lanish mexanizmlarining murakkabligi bilan tavsiflanadi va yurak-qon tomir kasalliklari, semizlik, qandli diabet, depressiya, bo'g'imlar va ichaklarning yallig'lanish kasalliklari kabi patogenezi murakkab bo'lgan boshqa kasalliklar bilan bir qator umumiy immunologik xususiyatlarga ega. Bir bemorda turli kasalliklar yoki holatlarning tabiiy ravishda tez-tez kombinatsiyasi komorbidlik deb ataladi va ko'plab yallig'lanish jarayonlarida yuzaga keladi. Taxminlarga ko'ra, qo'shma kasalliklarning rivojlanishi, ehtimol, qo'shma kasalliklarning umumiy patogenezigaga asoslanadi va turmush tarziga, tibbiy yordamga yoki iqtisodiy omillarga bog'liq emas va odatda yoshga qarab o'sish tendentsiyasiga ega. 65 yoshdan oshgan toshbaqa kasalligi bilan og'rigan bemorlarning deyarli yarmida kamida uchta kasallik mavjud, uchdan ikkisi esa ikkita yoki undan ko'p. Shunga o'xshash immunologik mexanizmlar bilan bir qatorda, psoriaz uchun umumiy genlar va u bilan birga keladigan kasalliklar ham aniqlandi.

Psoriazning og'irligi va yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish xavfi, periferik

qon tomir kasalliklari, serebrovaskulyar avariylar, osteoporoz, metabolik sindrom, yallig'lanishli ichak kasalliklari va yurak-qon tomir kasalliklari o'rtasidagi bog'liqlik ko'rsatilgan.

Shunday qilib, so'nggi o'n yil ichida toshbaqa kasalligining patogenezi haqidagi tushunchamiz tubdan o'zgardi, bu terapiya va yangi dori vositalarining yangi maqsadlari paydo bo'lishiga olib keldi. Preparatni tanlash kasallikning og'irligiga va psoriaz terapiyasining samaradorligini aniqlaydigan komorbid kasalliklarning mavjudligiga asoslanishi kerak.

LEFT VENTRICULAR REMODELINGIN OBESE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Abdulraheem Murshidha student of 3rd course.

Tutor: ass. department of Internal medicine Salyamova F.E..

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. In the 21st century, the problem of chronic heart failure (CHF) in Europe has acquired a global socio-economic character. Associated diseases of the cardiovascular system, often occurring against the background of metabolic disorders, make the main contribution to the structure of disability and overall mortality in the world. One of the aspects that affect the duration and quality of life after a myocardial infarction (MI) is the structural and functional state of the left ventricle (LV).

Purpose of the study. To evaluate the effect of obesity on cardiac remodeling in patients who have had a previous myocardial infarction.

Materials and methods of research. The study *был* included 82 patients with MI. The average age of patients in the general MI group was 56 years. Of the 82 patients, 64 were men (78 %) and 18 were women (22%). Patients were divided by body mass index (BMI) into two study groups: 60 (73.1 %) people without obesity ($BMI < 30 \text{ kg/m}^2$) and 22 (26.9 %) people with obesity ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), $p < 0.01$. The groups were initially comparable in age and gender composition. Obese patients were more likely to have diabetes mellitus ($p=0.008$), hypertension ($p=0.003$), and a longer history of coronary heart disease (CHD) ($p=0.018$). All patients underwent echocardiography (EchoCG) on admission to the hospital, 8-10 days after the onset of the disease, and 12 months after *ЭхоКГ*MI. Assessment of the percentage of fibrous tissue relative to healthy myocardium was performed using magnetic resonance imaging (MRI) 12 months after MI. Statistical analysis of the study results was carried out using the STATISTICA application software package version 10.0 (StatSoft).

Results. According to the results of ECHO-CG, LV systolic function improved in each group studied, significantly higher in both groups in dynamics as by the 8th-10th day of MI: *а* group 1 – LV EF [51 [47; 60] % and 56.5 [51; 63]%, $p=0.00$], 2 *а* Group 1 – LVEF 56 [54; 60] % and 58 [52; 63]%, $p=0.00$], and after one year: group 1-LVEF 61.5 [52.5; 65]%, ($p < 0.05$) and [KDO 147 [135; 173] ml and 154 [135; 173] ml and 147 [118; 160] ml, $p>0.05$]. Dynamics with systolic LV size and volume in MI and obese patients is similar to that observed in non-obese patients [CSR 3.9 [3.6; 4.3] cm and 3.8 [3.6; 4.1] cm and 3.7 [3.3; 3.9] cm, $p>0.05$] and [CSR 64 [54; 83] ml and 62 [54; 74] ml and 58 [44; 68] ml, $p>0.05$]. The median distribution of the

percentage of fibrous tissue in the myocardium in the general group of MI patients was 5 [1; 13]%. Among the studied groups: in the first – 4 [1; 10.5]%, in the second-11 [3; 18]%. In obese patients, the percentage of fibrotic to healthy myocardium is significantly higher ($p=0.04$). The clinical picture of chronic heart failure (CHF) was more severe in obese patients, the percentage of FC II and FC III was 86.2% and 3.5%, and among non-obese patients 71.2% and 1.7 %, respectively.

Conclusion. In patients with MI and concomitant obesity, the percentage of myocardial fibrotic remodeling was significantly higher, which affected the severity of chronic heart failure after one year.

EARLY PREDICTORS OF PARKINSON'S DISEASE AND PROGNOSIS IN RELATIVES

*Aktamova Madinabonu- student of 4th year in General Medicine at Tashkent
State Dental Institute.*

*E.I. Abduqodirov scientific supervisor, Associate Professor at the department of
Nervous Diseases. Folk Medicine.*

Parkinson's disease is a neurodegenerative hereditary disease of the nervous system and may have a family nature.

Objective. To study early clinical and biochemical markers of Parkinson's disease (PD) in relatives of Uzbek nationality.

Methods. The material in this study was 14 relatives. Of these, 2 have a definitive diagnosis of Parkinson's disease. The rest are all relatives, similar in type to take and sister. Conducted clinical and neurological, investigative-genealogical and biochemical studies. Determines the content of S100B in the blood serum by enzyme immunoassay performed with specific test systems developed on the basis of appropriate monoclonal antibodies on the analyzer Hospitex Diagnostics.

Results. We studied in detail family cases of PD, which do not have all the clinical manifestations. In 2 patients of which PD, the mixed form of the activity of the neuron specific protein S100B in blood plasma had 172.9 ng/l. In 4 relatives who experienced hyposmia, cognitive impairment and mild hypokinesia, this protein in the blood plasma had 212.1 ng/l and UPDRS of 36.5 points. 4 relatives of whom there are no early signs of 92.4-98.2 ng/l. In 4 relatives of which cognitive impairment, sleep disturbance, rest tremor, vegetative impairment and UPDRS 36.5 points the protein S100B amounted 102,1 ng/l. All relatives did not have any concomitant diseases and MRI pathology.

Conclusions. According to the data of this study, it can be concluded that non-motor manifestations can be predictors of Parkinson's disease, and studies of the level of a neuron of a specific protein gives information on the prognosis of the disease.

METHODS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH FRACTURED ORBITAL WALLS TAKING INTO ACCOUNT VISUAL FUNCTIONS

Dzhamaldinova R.I. student 402 gr. Dental Faculty, TSDI
Inomov Kh.L. clinical resident, TSDI

Scientific supervisor: Mirbabaeva F.A., Associate Professor of the Department of Ophthalmology
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Relevance . One of the most common midline facial injuries is orbital fractures, second only to damage to the nasal bones. According to P. Siritongtaworn et al (2001), orbital fractures account for 40% of all fractures of the facial skeleton. Three quarters of the victims are men. Isolated fractures of the orbit occur in about 35-40% of cases, and in 30-33% of victims, damage to two walls occurs. Fracture of three walls of the orbit is recorded in 15-20% of patients and in all four - in 5-10% of cases.

Traumatic deformities of the orbit cause not only significant cosmetic defects, but also visual impairment, up to and including loss of vision. The level of binocular vision impairment is especially high in fractures of the lower wall of the orbit, and this is the most common type among all fractures of the orbit. The need for the active participation of ophthalmologists in the rehabilitation of patients with orbital fractures is emphasized by many researchers.

The aim of our study is to study disorders of visual functions and methods of conservative treatment for early rehabilitation of patients with orbital fractures.

Material and research methods. The study included 44 patients with isolated and combined fractures of the lower wall of the orbit. Among the observed sick men were 32 (73%), women 12 (27%). The age of the patients ranged from 16 to 60 years, the average age was 38.7 years. Isolated injuries of the orbital walls were found in 14 (32.4%), combined injuries (zygomatic-orbital) in 30 (67.4%) patients. Concomitant orbital trauma included damage to the eyeball (12 patients), brain (TBI - 18 patients), ENT organs (nose - 14 patients). The paranasal sinuses were changed in all patients, since the complex of orbital trauma included fractures of the orbital walls, and, consequently, changes in the sinuses. According to the term, the orbital trauma was conditionally subdivided into the early period trauma (up to 1 month after the trauma) - 34 patients and the late period trauma (more than 1 month after the trauma) - 10 patients. 10 patients underwent conservative treatment - physiotherapy with proteolytic enzymes to eliminate binocular vision disorders. 34 patients underwent complex treatment (physiotherapy and surgical treatment). 34 patients underwent surgical treatment - reconstruction of the lower wall of the orbit. The follow-up period after surgery was 1.3.6 months.

Ophthalmological examination of patients. All patients before and after treatment (physiotherapeutic or surgical), at various times after (within 1,3.6 months after surgery), underwent a comprehensive examination of the organ of vision, which included the study of the state of the eyeball and the adnexa. Traditional ophthalmic research methods: visometry, refractometry, tonometry, perimetry, biomicroscopy, ophthalmoscopy. All patients underwent a comprehensive examination of the eyeball and orbit - echography and biometry of the eyeball (A and B-method), scanning of the orbital space. In addition to these methods, additional ophthalmological methods were used: a study of the sensitivity of the cornea and skin of the eyelids, electrophysiological studies with the determination of the thresholds of retinal

sensitivity, a study of the position of the eyeball, its mobility, and diplopia. The study of enophthalmos was carried out visually, as well as exophthalmometry according to Hertel. The study of the hypophthalmus was also performed visually, using a millimeter ruler. The mobility of the eyeball was assessed by the main directions of gaze, by the completeness of the volume and symmetry of mobility. The study of central diplopia was carried out on a spherometer, assessed in degrees of distance from the displaced image from the central point of the binocular vision field with the separation of the fields of view by color filters (red and green), instead of compensating for diplopia with prism diopters.

The main objectives of conservative treatment were the resorption of hemorrhages accompanying orbital fractures in the acute period after trauma, which is the prevention of scar formation and fibrous wrinkling of the orbital tissue with a loss of its volume. Proteolytic enzymes were used in the treatment. An important part of the treatment was active gymnastics for extraocular muscles and massage of eyelid scars, performed by patients repeatedly throughout the day throughout the course of conservative therapy and 2-3 weeks after its completion to stretch the scar tissue, reduce the contraction effect of fixing scars inside the orbit.

Conclusion. Conducting complex conservative and surgical treatment for patients with orbital wall fractures can improve the functional and cosmetic results of treatment, and shorten the rehabilitation period for patients.

ROLE OF SUTURE MATERIAL IN THE DEVELOPMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CARDIOVASCULAR AND ABDOMINAL SURGERY

Ismailov S.I.^{1,2}, Mardonov J.N.^{1,2}, Ochilov J.U.^{1,2}, Kirti Rana²

**State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical
Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov" ¹**

Tashkent State Dental Institute ²

The progress of various areas of surgery is inextricably linked with the development and introduction into clinical practice of various types of suture material. Suture material plays a very significant role not only in the implementation, but also in the outcome of any surgical operation. The use of threads appropriate for the purposes of the intervention allows us to adequately solve the tasks in any surgical field, both intraoperatively and in the immediate or long-term postoperative periods.

Material and methods. Using scanning electron and light microscopy, the spatial ultrastructure of a number of native (in vitro) surgical threads and knots made from them used in cardiovascular and abdominal surgery, as well as its interaction with biological tissues at different times after implantation in humans and experimental animals (in vivo). The study included suture material from manufacturers (or brand owners) in Russia, Germany, USA, Scotland, Sweden - AKKI, Premilene, Syntofil, Teflon-Polyester, Vitalon, Surgidac, Biosin, Surgipro, Monosoft, Polisorb, Cotton, Surgilene, Novafil, Ti-Cron, Dexon II, Maxon, Ethibond Exel, Ethibond Extra, Mersilene, Prolene, Vicril. 6 threads of each type and brand, taken randomly from the product batch, were studied.

Results. It has been revealed that the initial microstructural characteristics of synthetic materials that are homogeneous in structure and externally similar differ greatly from each other, especially when they are implanted into the body or when implantation processes are simulated. In this case, various defects of the above-mentioned samples subjected to mechanical or biochemical influences are revealed. The degree and nature of the defects that arise are very individual and depend on the type and composition of the synthetic material, as well as the manufacturer. Moreover, these defects begin to be detected already at the initial stage of application of the suture material before its use. As a rule, this is a varying degree of disintegration of the thread fibers and a violation of the integrity of their surface. These processes are much more pronounced in the nodes, where they range from minor deformation to complete destruction, which leads to inevitable failure of the seam. Braided absorbable sutures are most susceptible to disintegration processes, while synthetic monofilament sutures are the least susceptible. The stability and strength of the knot largely depend on the tight fit of the thread loops to each other and their long-term retention of their shape. In this case, the surface microrelief and the elasticity of the thread play a significant role. From this position, braided multifilament threads have an advantage over monofilament ones.

Suture material used in cardiovascular surgery is in direct contact with the blood flow in the lumen of the heart or vessel. Accordingly, its surface microrelief and physicochemical properties are a source of thrombus formation (or microthrombosis) before the thread is integrated into biological tissue. When studying braided threads coated or impregnated with silicone, it was revealed that when tying knots, this material deforms the surface of the thread, forming numerous bumps of different sizes and shapes. It is in these areas, as well as in places where the integrity of the thread surface is damaged, that fibrin deposition and the formation of blood clots or microthrombi in the early postoperative period were revealed. In cardiovascular surgery, the volume and linear dimensions of nodes protruding into the lumen of the heart or vessel are also important as a source of micro blood clots. Knots made from braided threads are closer in shape to a flattened sphere, while knots made from monofilament threads are closer to a cylinder or cone. Thus, the advantages of such suture material from the point of view of ease of use in surgery often become noticeable disadvantages when studying their three-dimensional structural organization. The nature of the interaction of artificial materials with recipient tissues and their integration into the cardiovascular system directly depend on the structure of the threads used and their electrostatic properties. Initial defects or damage that occur during use reduce the period of adequate functioning of the threads, increase the degree or risk of their destruction and the appearance of implant-specific complications, including disturbances of general and local hemodynamics, thrombosis or microthrombosis. The best results, however, were also observed with synthetic monofilament threads. The nature of the cut of the threads also attracts attention. Braided synthetic threads produce fringes of varying degrees of severity, which monofilament threads lack. The speed, degree and quality of integration of synthetic threads and knots into the recipient tissue are important factors. Braided sutures integrate faster and to a greater extent with biological tissues, while

monofilament sutures are encapsulated while maintaining their original structure.

Conclusion. To prevent or reduce the risk of various complications, each batch of suture material must undergo a thorough structural morphological analysis before use.

ENTEROSORPTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Jamoliddinov S.J., clinical resident, 2 year – General surgery

*Supervisor: Head of Department Surgery and MFS DSc, professor Baymakov S.R., associate professor of Department Surgery and MFS PhD Yunusov S.Sh.
Tashkent State dental institute*

Progression of AIO and peritonitis of various etiologies contributes to disruption of the gastrointestinal tract and metabolic processes in it with the development of intestinal paresis, the formation of toxic substances and overfilling with the toxic liquid contents of its lumen and lead to disturbances of microcirculation in the intestinal wall, have a detrimental effect on the nerve elements and musculature of the intestinal wall and together with other numerous pathogenetic changes in homeostasis cause the translocation of microorganisms and endotoxins from the lumen of the intestine to the systemic circulation

The purpose of our study was to evaluate the effectiveness of the use of naso-intestinal decompression with enterosorption in the complex treatment of patients with AIO.

Materials and research methods. The results of examination and treatment of 63 patients with non-tumor origin AIO, hospitalized in the surgical department base of the Surgery and Military field surgery in 2018-2023 are analyzed. The most common cause of AIO was adhesive intestinal obstruction - in 57.1% patients, strangulation IO in 28.6% and obturation IO in 11.1%. Depending on the treatment measures used, patients were divided into 2 groups: 25 patients made up a control group without sorbent, 38 patients with enterosorbent were included in the main group.

Patients of the main group received a complex of therapeutic measures supplemented with enterosorption. As an enterosorbent, a Zerotox preparation based on hydrolytic lignin of cottonseed husks (manufactured by the A. Sultanov Uzbek Scientific Research Chemical and Pharmaceutical Institute, Tashkent) was used. To do this, a suspension was prepared based on 10.0 g zerotox powder per 1000 ml of a 0.9% sodium chloride solution.

Results and its discussion. In patients of the main group after the application of enterosorbent, on the 3rd day after the operation in the exudate of the abdominal cavity the local factors of protection were restored, approaching the control values.

Analysis of the results of treatment showed that due to a differentiated approach to the treatment of AIO in the main group, postoperative complications occurred only in 5 (13.2%) patients 1 (2.6%) died of myocardial infarction.

Conclusion. After the application of enterosorbent, the quantitative and qualitative composition of the intestinal microflora is significantly improved, an earlier

cessation of exudation into the abdominal cavity is observed, as well as positive shifts of all local defense indicators already on the 3rd day after the operation, which significantly reduces the number of postoperative complications and lethality.

NEUROGENIC SHOCK AS ONE OF THE CONSEQUENCES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM (CNS) INJURY. SYMPTOMS, TREATMENT AND OVERALL RELEVANCE.

Kabulov Sarvarbek Bexzod ugli

*student of the group MED82E of the “General Medicine” faculty in
KIUT-Kimyo Intenatinal University in Tashkent, Tashkent, Uzbekistan
Scientific Advisor: Head of the “Clinical subjects” department, doctor of
medical science, professor Abdurahimova Lola Anvarovna*

Goal of the thesis:

To get the overall pathological, morpho-physiological picture of the Neurogenic shock, the way it manifests itself (symptoms an diagnosis) and the main steps in treatment.

Material and research methods:

The epidemiology of neurogenic shock is difficult to assess because it is based on limited statistical data and depends on the clinical criteria used. Compared to other types of circulatory failure, this type of shock is considered the rarest. For injuries of the cervical segment of spinal cord, an emergency condition is registered in 19-29% of patients, exceeding the figures for the thoracic and lumbar spine (7 and 3%, respectively). The incidence of shock in intracranial disorders remains unknown. The gender-age structure usually corresponds to that for spinal injuries; half of all cases occur between the ages of 16 and 30 years, with an 8-fold predominance in males.

The development of pathology is mediated by damage to the CNS, against the background of which there is a loss of sympathetic innervation of the cardiovascular system with an increase in vagal influence. This is accompanied by systemic vasodilation, a sharp increase in vascular capacity, and a decrease in venous return and cardiac output. The daily rhythm of blood pressure fluctuations is lost, hypotension and reflex bradycardia with the hyperreactivity of peripheral adrenergic receptors occurs

The clinical picture and severity of the pathology are largely determined by the location of the primary defect. Circulatory failure can occur against the background of complete or partial neurological deficit. A lesion above the Th1 segment disrupts the sympathetic regulation of many internal organs. Damage below C5 is accompanied by diaphragmatic breathing, and above C3 it stops. As the level of damage decreases, the severity of the disorders decreases.

The hemodynamic profile associated with peripheral vasodilation is complemented by hypotension with increased pulse pressure, relative bradycardia, redness, and warming of the skin of the extremities.

The cardiogenic form of shock is manifested by hypotension and rapid heartbeat. Peripheral vessels constrict, systemic venous resistance increases, and the skin becomes cold and moist. Myocardial dysfunction is accompanied by a decrease in cardiac output, a drop in stroke volume, dizziness, and pallor.

Research results:

Even after hemodynamic stabilization of the patient, autonomic dysregulation persists for a long time, and there is a risk of secondary complications and decreased quality of life. Preventive measures come down to timely diagnosis of neurological pathology, early and complete treatment of systemic disorders.

Conclusions:

Cases of severe neurogenic shock caused by spinal injuries or cerebral lesions with complete neurological deficit pose a clear threat to life. Delays in surgical correction further worsen an already formed very serious prognosis.

SERUM VITAMIN D IN PATIENTS SYSTEMIC LUPUS NEPHRITIS

Khusankhodzhaeva F. T.

Tashkent State Dental Institute

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation, Tashkent, Uzbekistan.

In addition to the well-known role of vitamin D in calcium homeostasis and bone metabolism, vitamin D plays an important role in immune system modulation and inflammatory processes. It has been reported that some immune cells express VDRs on their surface, and many immune cells synthesize the enzyme 1α -hydroxylase, which is responsible for the synthesis of the active form of VD in the microenvironment of lymphatic tissues. These data indicate that VD is involved in immunomodulation.

Purpose: to determine the level of vitamin D in serum in patients with LN and its relationship with clinical and laboratory parameters of the disease.

Materials and methods: Serum vitamin D status in 30 SLE patients with nephritis and 30 SLE patients without nephritis and 30 control group of healthy people. Vitamin D was rated lower at 10 and 30 ng/mL as deficient and deficient, respectively. Collected clinical and laboratory data to assess disease activity in all patients.

Results: Vitamin D deficiency and insufficiency was observed to a greater extent in patients with SLE/LN (25.3% and 65.3%), compared with SLE without LN (18% and 61.2%, respectively), in the control group (13.3 and 42.2%, respectively) ($p=0.013$). There was an inverse correlation between the SLE-DAI score and serum vitamin D levels in patients with SLE/L ($p=0.012$) and in patients with SLE/without VL ($p=0.037$). Patients with SLE/LN had low VR with proteinuria and high levels of anti-dsDNA. In addition, SLE/LN and SLE/non-LN patients with low vitamin D levels were inversely correlated with patient scores).

Conclusions: Deficiency and insufficiency of VD prevail in patients with SLE and more often in patients with SLE/LN. Low serum vitamin D levels are significantly correlated with higher disease activity and ESR. Low serum vitamin D levels are strongly associated with fatigue and photosensitivity. The strongest factors determining the level of VD in the blood serum of patients with SLE were the presence of VL and photosensitivity.

Keywords systemic, lupus nephritis, lupus nephritis, vitamin D, disease activity assessment.

PAYAL DUA STUDENT OF 6 COURSE TSDI

Scientific adviser Kudratova D.Sh., PhD, assistant of department obstetrics and gynecology

Comprehensive analysis of the causes and risk factors of prenatal causes of fetal anomalies in the Bukhara region.

In modern obstetrics, the number of pregnancy complications has increased; the overall incidence of newborns has increased. The statistics on the structure of early childhood morbidity and mortality has significantly worsened due to the increased role of perinatal factors.

The purpose of the study: to analyze the effectiveness of the work of the prenatal consultation and the reasons for missed CM.

Research material and methods: The ultrasound diagnostic room is equipped with the following equipment: Voluson-i (2012), Logic-5 (2014), Mindray-DP9900 (2010). 4 doctors work on this equipment. In order to improve prenatal diagnosis in the prevention of hereditary and congenital diseases in children, to prevent the growth of childhood disability in 2021, a prenatal council was created at the OPC in the Bukhara region.

Diagnosed in the early stages of gestation, MF accounted for 8 (10.5%) of the total number identified MF. Of the 8 identified defects, 6 were interrupted, 2 refused to interrupt. All this shows the high importance of screening echography in the first trimester, when the elimination of the fetus in the presence of anomalies incompatible with life is the least traumatic. During the second screening, 38 congenital malformations were detected, of which 29 were interrupted for medical reasons, 1 child died in utero at 17 weeks (non-immune fetal hydrops), 8 pregnant women prolonged pregnancy. Fetal heartbeat - When examining the heart, its location is assessed, the presence of four chambers of the heart is established - two atria and two ventricles, and their symmetry is assessed. The heart rate is measured. A heart rate of less than 110 in the early first trimester is also indicative of a risk of developing UA.

Conclusion. Thus, the reserve for the qualitative reduction of perinatal losses are the following measures:

- obligatory certification of doctors conducting ultrasound diagnostics in obstetrics - admission to ultrasound in obstetrics of doctors who have undergone special training in perinatal echography;
- conducting a thematic improvement in fetal echocardiography;
- to improve the equipment of offices with high and expert class devices for perinatal echography;
- wide introduction in the region of modern technologies (Doppler sonography, color Doppler mapping) and invasive prenatal technologies;
- training of qualified personnel for the prenatal diagnostics service (training of II level specialists).

INFLUENCE OF ANTIOXIDANT THERAPY ON CYTOKINE DYNAMICS IN CORONAVIRUS-ASSOCIATED NEPHROPATHIES

Studies conducted in recent years have shown that the main risk factors for developing coronavirus infection are old age, comorbidities, male gender and socio-economic disadvantage. As a result of clinical observations and scientific research, it has been established that coronavirus causes an excessive, unregulated immune response in the human body - cytokine release syndrome. It is becoming increasingly clear that this pathophysiological stimulation of the immune system is an integral part of the development of organ dysfunction and a major factor worsening the prognosis of the disease (increases mortality). Therefore, in our study, we considered it necessary to conduct a scientific study of the effectiveness of N-acetylcysteine by testing interleukins in the blood serum of patients with coronavirus-associated nephropathy and monitoring the dynamics of cytokines.

Purpose of the study. Assessing the effectiveness of N-acetylcysteine by monitoring the dynamics of interleukins and cytokines in patients with coronavirus-associated nephropathy.

Materials and methods: For the study, 101 patients with coronavirus-associated nephropathies who were being treated at the TTA multidisciplinary clinic and nephrology departments of RINvaBTIATM were selected. They were randomly divided into two study groups. Group 1 (n=51) was treated only according to the standard recommended routine treatment for Covid-19 infection. Group 2 (n=50) was prescribed additional N-acetylcysteine to the standard recommended routine treatment for Covid-19. The age of patients ranges from 19 to 65 years, the average age of patients in group 1 is 48.7 ± 2.89 ; In group 2 it is 49.4 ± 2.97 years. All patients were examined for serum levels of IL-1 β and IL-6 at baseline and 30 days after treatment.

Results and its discussion. IL-1b in group 1 at the beginning of treatment was 13.8 ± 0.60 pg/ml, and after a month of treatment the amount of this cytokine significantly decreased to 7.9 ± 0.42 pg/ml ($r < 0.001$). In patients of group 2 who received antioxidant drugs together with standard treatment, IL-1b at the beginning of treatment was 13.7 ± 0.63 pg/ml, and after a month it significantly decreased to 7.8 ± 0.52 pg/ml ($r < 0.001$). decreased. The dynamics of the cytokine IL-6 in patients of group 1 at the beginning of treatment was 18.7 ± 0.68 pg/ml, and after 1 month of treatment its serum level was 16.5 ± 0.59 pg/ml ($r < 0.05$) decreased less reliably. In group 2, IL-6 at the beginning of treatment was 19.1 ± 0.68 pg/ml, and after a month it significantly decreased to 11.7 ± 0.49 pg/ml ($r < 0.001$). Thus, IL-6 increases in coronavirus-associated nephropathy, which determines the severity of the disease. The use of N-acetylcysteine in patients with coronavirus-associated nephropathy reduces the level of IL-6 in the blood serum to normal values.

Conclusion

1. The amount of IL-1b, IL-6 in the blood serum of patients who have had coronavirus-associated nephropathy increases, which determines the severity of the disease.

2. The use of N-acetylcysteine in patients with coronavirus-associated

nephropathy leads to a decrease in serum IL-1b to normal and IL-6 to normal.

Literature:

1. Ghezzi P., Ungheri D. Synergistic combination of N-acetylcysteine and ribavirin to protect from lethal influenza viral infection in a mouse model // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 2004. Vol. 17. № 1. P. 99–102
2. Jabbarov, O. O., Tursunova, L. D., Tashpulatova, M. X., Daminov, B. T., Boboev, K. T., & Maksudova, L. I. (2020). Associations of polymorphic markers aluins/deli> D Ace T-786C gene Enos3 in diabetic nefropate progressing for type 2 diabetes mellitus. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences, 11(4), 6028-6032.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=7UUm1gkAAAAJ&citation_for_view=7UUm1gkAAAAJ:8k81kl-MbHgC
3. Daminova L. T., Sh A. D. MARKERS OF INFLAMMATORY AND HYPERCOAGULATION SYNDROMES IN PATIENTS WITH LIVER DAMAGE IN THE REHABILITATION PERIOD OF COVID-19 //European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. – 2022. – T. 2. – №. 10. – C. 111-116.
4. Sultonov, N. N., Sabirov, M. O., Tashpulatova, M. H., & Maksudova, L. I. (2020). Evaluating the effectiveness of antiplatelet therapy of the patients with kidney disease. European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 7(8), 1500-1505.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=7UUm1gkAAAAJ&citation_for_view=7UUm1gkAAAAJ:5nxA0vEk-isC

STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CONGENITAL MALFORMATIONS AND CHILDHOOD DISABILITY.

Malikov I.R. , Abdukarimov D.I., Mirsovurova N.R.

Tashkent State Dental Institute

Annotation: *With the development of high technologies and prenatal diagnostics, the incidence of childhood disability has decreased in recent years. But the most pressing cause of childhood disability, newborn mortality, and childhood diseases is congenital malformations. Currently, the incidence of congenital malformation in newborns is 5-6 cases per 1000 newborns. Their influence on the frequency of child deaths is 23%.*

Introduction

A large number of newborns who died in the perinatal period (26.5%) suffered from congenital malformation, and of all stillborns, 18% suffered from congenital malformation. Those children who survive need constant social and medical assistance. According to WHO, mortality and morbidity from congenital malignancies in developed countries have a higher percentage than infectious diseases. Detecting the cause of congenital malformation in each individual case will reduce the risk of having a baby with the same disease.

The purpose of the study is to study the current incidence and determination of the role of congenital malformations in the development of childhood disability.

Materials and methods

The number of disabled children on average annually is from 12,656 (2021). Of these, 7301 are the female half of the population, and 5355 are the male half of the population worldwide. Having analyzed data on the health status of disabled children, their medical condition. services by year, clinics in the city of Tashkent, made it possible to select bases and facilities.

The main factors of childhood disability were studied using continuous methods in family clinics located on the territory of Yakkasaray , Sergeli, Parkent and Yashnabad districts of Tashkent . One of the main reasons for conducting research in different areas is the need to determine the reasons that determine these differences and the reserves for reducing childhood disability.

Results and its discussion

The main factor in the disability of the child population and its indicator is prevalence is congenital anomalies amounting to 19.9 per 15 thousand child population. It should be noted that if the cause of childhood disability in 62.8% is 5 classes of diseases, but at the same time, almost 48% of the causes of childhood disability are observed in only 2 classes of diseases: diseases of the central nervous system and congenital anomalies. To this day, one of the most important health problems is the occurrence and spread of congenital anomalies in the population, despite significant advances in genetic principles. In the city of Tashkent, congenital malformations have consistently ranked third among the causes of infant mortality for 10 years. Firstly, as the frequency of somatic diseases decreases in the structure of causes of perinatal and neonatal morbidity and mortality, the proportion of congenital diseases has increased significantly anomalies. Secondly , congenital and hereditary pathologies make a significant contribution to childhood disability . Congenital anomalies (developmental defects, chromosomal abnormalities). Despite this, the prevalence of congenital malformation in Tashkent was 19.9%. (Table 1)

From the above it follows that the development of the parotid salivary gland occurs as a result of the implementation of its genetic program . The parotid salivary gland, the paths of its innervation and blood supply, develop along converging trajectories, which are combined in their last, third, stage of development, the stage of late organogenesis, when the organ with its parenchyma and stroma is formed.

The most common among congenital defects are congenital dislocations of the hip (3.3), followed by cleft lip and palate (cleft lip), cleft palate (2.2), Down syndrome and chromosomal diseases (2.6), congenital anomalies of the eye and ear (1.9), microcephaly (1.5). It should be noted the leading role of age in all of the listed nosological forms of diseases, the development of which is mainly established at the age of 0 to 5 years, with the exception of congenital anomalies of the eye and ear, which are mainly detected at the age of 6-7 and 8-15 years. Congenital dislocation of the hip, microcephaly, cleft lip and palate (cleft lip),

cleft palate are the most common disabilities among girls, and congenital anomalies of the eye and ear, congenital heart disease, Down syndrome and chromosomal diseases among boys. Currently, first of all, health authorities must carry out a set of preventive measures aimed at early detection of VA by introducing monitoring programs, screening for the course of pregnancy and childbirth, and the state of fetal health. In turn, the quality of medical examinations of the younger generation is important, medical and genetic counseling is mandatory for all married couples with careful monitoring of their health, and to ensure that early, consanguineous marriages are not allowed. It is necessary to expand prenatal diagnosis, neonatal screening of VA development and hereditary pathology.

Timely detection and treatment of children with psycho-neurological disorders must be carried out already in maternity complexes through the mandatory implementation of therapeutic measures for all newborns through the efforts of psycho-neurological specialists in the neonatal period and in early childhood, since at older ages therapeutic measures are no longer effective.

The results of the conducted studies prove the real socio-medical significance of pathologies caused by congenital anomalies, chromosomal diseases, and their importance in perinatal pathology and childhood disability. To eliminate and further reduce the incidence of diseases, VA should strengthen the prevention of these diseases in two directions - genotypic and phenotypic: a) prevention of early and consanguineous marriages, increasing intergenetic intervals (up to 3 years); b) restriction of childbearing in cases of high risk of hereditary and congenital pathology; c) elimination of a genetically affected fetus in the early stages of pregnancy if there are possibilities for prenatal diagnosis of fetal pathology.

OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSIS OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Narzikulova K.I.¹, Sayfiddinov F.A.²

¹Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Ophthalmology, Tashkent Medical Academy, Uzbekistan.

²Master's student, Department of Ophthalmology, Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Introduction. Glaucoma remains one of the main causes of blindness and visual impairment in many countries and is currently one of the most pressing problems of ophthalmology. Open-angle glaucoma (POAG) ranks second in disability, determined by the pathology of the organ of vision. The probability of blindness: in one eye (20 years after detection and initiation of treatment) is 27%; in both eyes – 9%.

In the world, for every 10 years, there is a tendency to increase the frequency of detection of glaucoma patients. Open-angle glaucoma develops imperceptibly: the patient does not experience pain and other discomfort, Subjective symptoms of open-angle glaucoma appear with the death of 30% of the optic nerve fibers.

Lost visual functions in glaucoma pathology are not restored even with adequate therapy. This feature – unnoticeable symptoms of primary open-angle glaucoma in the initial stages and irreparable loss of vision - makes early diagnosis of glaucoma the most important task of medical examination of people over 40 years old. It is possible to suspect the disease only on the basis of increased IOP. In addition, to confirm the initial stages of glaucoma, it is important to monitor the state of optic disc.

The purpose of the study: To develop a system for comprehensive early diagnosis of primary open-angle glaucoma based on data from daily monitoring of IOP using a portable Icare tonometer and OCT-angio indicators.

Research materials and methods: The study involved 30 patients with early stages of primary open-angle glaucoma in the Department of Ophthalmology of the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy. All patients underwent both general ophthalmological examination methods (visometry, perimetry, biomicroscopy, IOP measurement, ophthalmoscopy) and special methods (daily IOP monitoring using the Maklokov method, daily IOP monitoring using a portable Icare tonometer; optical coherence tomography, optical coherence tomography with angiography module). The patients were divided into 2 groups: the main group and the control group.

The control group consisted of 17 patients (34 eyes) with early stages of primary open-angle glaucoma, daily IOP monitoring was performed using an Icare portable tonometer. The main group consisted of 18 patients (36 eyes) with early stages of primary open-angle glaucoma, who underwent daily monitoring of IOP using a Maklakov tonometer. In addition, the sensitivity of OCT-angio parameters was studied in all these patients (30).

Results. Analyzing the survey data, we found that during daily monitoring of IOP in patients with early stages of primary open-angle glaucoma, the iCare tonometer readings were most comparable to those of the Maklakov tonometer and in isolated cases there was a low IOP index, the range of deviations in these cases was 2mm Hg. in the direction of overestimation and only 1 mm Hg. the ct is in the downward direction. During the visual assessment of OCT angiograms, we noted a weakening of the microvascular pattern of optic disc in patients with early stages of primary open-angle glaucoma. The blood flow index in the group of patients with POAG was 0.135 ± 0.017 .

The revealed decreases in the blood flow index and weakening of the microvascular pattern in the group of patients with primary open-angle glaucoma confirm the ischemic nature of damage to the spinal cord during the development of this disease.

Conclusions. Thus, the results of the conducted studies showed that the data of ophthalmotonus in patients with early stages of primary open-angle glaucoma according to the indications of the iCare tonometer are approximately identical with the indicators of tonometry according to Maklakov. There were no significant differences between the methods performed. OCT angiography with the Index flow function allows quantifying the hemoperfusion of optic disc and can become an important clinical tool in the diagnosis, dynamic monitoring and quality control of

treatment of patients with POAG.

EPIDEMIOLOGY OF SKIN MELANOMA IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Polatova D.Sh. Ibragimova D.A. Sabirova M.B. Yunuskhodjayeva N.B.

Tashkent State Dental Institute,

Children's hematology, oncology and clinical immunology scientific-practical medical center

Relevance: Despite the fact that the development of medicine is closely related to the development of mankind, many medical problems are waiting for their solution. One of such urgent problems is malignant tumors, skin melanoma: its epidemiology, clinic, diagnostic and treatment methods, preventive methods. The problematic aspect of cutaneous melanoma (TM) is the diversity of this disease and, at the same time, the disease is encountered in the majority of the working-age population, it has an aggressive course, rapid progression, distant metastases, rapid recurrence, and poor treatment results. Despite the fact that scientific research dedicated to the study of T M is currently being conducted all over the world, the study and analysis of the epidemiology and risk factors of the disease at the national level is one of the urgent problems.

The purpose of the study: To study the level of incidence of skin melanoma in the population and to determine the leading risk factors leading to the disease.

Materials and methods: In the study, the incidence rate of skin melanoma in our republic was analyzed in depth in the period 2015-2022. In particular, the dynamics of the disease, age- and gender-related characteristics, and the main risk factors of the disease were studied. The object of the study is the Republican Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, its branches, and 983 patients who received inpatient treatment in it. 511 (52%) of these patients were women, and 472 (48%) were men. A case-control method, one of the modern methods of evidence-based medicine, was used to study the factors causing the development of skin melanoma. For this purpose, 100 TMSI patients (cases) and 100 healthy individuals were selected and an interview was conducted between them in the form of a questionnaire. The obtained results were analyzed statistically.

The obtained results and their discussion. According to the results of the analysis, the incidence rate of skin melanoma in 2015 was 0.43 per 100,000 population; 2016 0.41; 2017 0.40; 2018 0.37; 2019 0.44; 2020 0.30; 2021 0.24; 2022 was 0.35. The dynamics of morbidity from TM of the population has a wave character, and compared to 2015, it decreased by 18.6% in 2022. During 2015-2022, a total of 983 individuals were diagnosed with TM. According to the age analysis of the patients, 1.2% (12) of children under 0-14 years of age, 23.2% (228) of 18-44-year-olds, 45-64-year-olds 42.7% (420 cases), 32.8% (323 cases) of people over 65 years of age, in particular, a high incidence of the disease was noted in people over 45 years old. These indicators provide a basis for screening for the prevention of cutaneous melanoma (TM) in the population over 45 years of age. In the gender-specific analysis of TM incidence, more cases were reported in women than in men, 48.1% and 51.9%, respectively. However,

the opposite can be seen in those over 65 years of age, that is, a higher rate was found in men than in women, 34.5 and 31.1%, respectively. In particular, the incidence of TM was higher in women aged 18-44, and higher in men over 65 years of age.

In 2022, 128 new cases of skin melanoma were detected. The incidence rate of TM is 0.4 per 100,000 population. The 5-year survival rate of TM after diagnosis is 34.5%. The detection rate in severe stages of TM is 35.9%. The highest frequency of detection of skin melanoma in stages III-IV was recorded in Syrdaryo (100 percent), Jizzakh (71.5 percent), Khorezm (42.9 percent) regions and Tashkent city (48.7 percent). However, the 5-year survival rate of patients with stage IV skin melanoma drops dramatically, which is 13.3%. Often, these metastases are detected only during control examinations, because they are clinically asymptomatic in the early stages of development. The appearance of these foci in itself indicates that the outcome of the disease is worse.

Summary.

1. In our republic, in the period 2015-2022, the dynamics of the incidence of skin melanoma in the population has a wave-like character, and compared to 2015, it has decreased by 18.6% in 2022.

2. In the analysis of the incidence of TM by gender, more cases were recorded in women than in men, but the opposite can be seen in those over 65 years of age, that is, a higher rate was found in men than in women.

3. The fact that the disease is more common in people older than 45 years is the basis for screening for the prevention of cutaneous melanoma (TM) among people older than 45 years.

THE IMPACT OF ALCOHOL CONSUMPTION ON LIVER ENZYME LEVELS

Sharodiya Das, Sultanova M.X.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Alcohol consumption is a common lifestyle factor that has been linked to various health outcomes, including liver dysfunction. One of the key indicators of liver health is the level of liver enzymes, such as alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST), in the bloodstream. Elevated levels of these enzymes can indicate liver damage or inflammation, which may be attributed to alcohol consumption. This study aims to investigate the relationship between alcohol consumption and liver enzyme levels in a sample population.

Aim: The aim of this study is to assess whether there is a significant difference in liver enzyme levels between individuals who consume alcohol and those who do not.

Materials and Methods:

- Study Population: A total of 54 participants were recruited for the study, comprising individuals with varying alcohol consumption habits, at ILS hospital, Howrah city, India.

- Data Collection: Liver enzyme levels (ALT and AST) were measured using standard laboratory procedures for each participant.

- Alcohol Consumption Assessment: Participants were categorized into three groups based on their reported alcohol consumption habits: non-drinkers, moderate drinkers, and heavy drinkers.

- Statistical Analysis: T-tests were performed to compare mean liver enzyme levels among the different groups of alcohol consumers. A significance level of $p < 0.05$ was used.

- Ethical Considerations: Informed consent was obtained from all participants.

Results: The study findings revealed notable disparities in liver enzyme levels between drinkers and non-drinkers. Specifically, drinkers exhibited a higher mean alanine transaminase (ALT) level compared to non-drinkers (45 U/L vs. 28 U/L, respectively). Similarly, the mean aspartate transaminase (AST) level was elevated in drinkers compared to non-drinkers (38 U/L vs. 30 U/L, respectively). Upon conducting a t-test analysis, the calculated t-statistic was determined to be 2.76, with 32 degrees of freedom. The resulting p-value was found to be 0.009, indicating a statistically significant difference in liver enzyme levels between the two groups. These findings underscore the association between alcohol consumption and liver enzyme elevation, suggestive of potential liver damage among drinkers.

Conclusion: The results of the t-test analysis revealed a statistically significant difference in mean liver enzyme levels between drinkers and non-drinkers. Specifically, drinkers exhibited higher mean ALT levels compared to non-drinkers. These findings suggest that alcohol consumption may be associated with elevated liver enzyme levels, indicating potential liver damage or inflammation. Further research is warranted to explore the long-term effects of alcohol consumption on liver health and to develop strategies for mitigating alcohol-related liver dysfunction.

MODERN LABORATORY TECHNOLOGIES

Yuldashova Sogdiyona Utkirjanovna, a student of the 507th group of treatment faculty of the Tashkent Medical Academy.

Scientific director: Bekchanova Nazokat Ikrom qizi

ANNOTATION

This article about the patient is allowed to make the correct diagnosis and choose the right treatment method, determine the prognosis of the disease, we offer more than 400 types of research that will help monitor the effectiveness of therapy and develop appropriate preventive measures.

Key words: medicine, rapid analysis is always relevant, laboratory

Modern medicine cannot be imagined without a laboratory diagnosis. 80% of information on the state of human health is provided through laboratory tests, therefore, qualitative and rapid analysis is always relevant for both the doctor and the patient. The Medical-As laboratory is equipped with the most modern equipment produced by the world's leading companies in the field of laboratory equipment and analytical technologies, under the supervision of a special laboratory information system (LIS), high-precision equipment of the latest generation allows automatic research, which reduces the likelihood of errors.

We the patient is allowed to make the correct diagnosis and choose the right

treatment method, determine the prognosis of the disease, we offer more than 400 types of research that will help monitor the effectiveness of therapy and develop appropriate preventive measures. The technological process for carrying out laboratory tests is automated, ranging from marking tubes, sending test material and obtaining results from the analyzer in Lis, ending with the transfer of results to the patient, and for convenience, the results can be obtained by Telegram or nutrition without leaving the house mail.

The disposable closed vacuum system ensures the safety of patients and medical personnel, which allows the vessels to draw blood in several tubes using a single puncture. With LIS, you can be sure that your analyzes will be very accurate and confidential. Many years of experience, qualified specialists and the constant introduction of innovative solutions make Medical-your health a reliable partner.

In accordance with the general technical regulation "on electromagnetic compatibility of technical means" in our republic, an assessment of the electromagnetic compatibility of products of electrical machines, electrical equipment, computing equipment, automotive tools, radio-electronic equipment, medical equipment is established.

The agency "uzstandart "in this regard, in cooperation with the Czech company" EXPORTA", a testing laboratory was created.

"Center for Electromagnetic Compatibility" operating in the Republic of Uzbekistan in this area and "UNICON.UZ " a meeting was held in the building of a new laboratory with the participation of employees of the science and Research Center.

The adoption and implementation of international standards mastered by the laboratory, determination of laboratory capabilities and further accreditation of the laboratory at the international level and other issues were discussed.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Абдувалиева Н.А. студентка 501С группы леч.фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Туйчибаева Д.М. доктор медицинских наук,
доцент кафедры офтальмологии, Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан*

Актуальность. Стремительное развитие лазерных рефракционных технологий - одно из наиболее значимых событий в офтальмологии за последнее десятилетие. Ведущим методом при аномалиях рефракции является лазерный *in situ* кератомилез (ЛАСИК) с формированием роговичного лоскута. В этой связи следует подчеркнуть, что на данный момент существуют два основных метода создания роговичного лоскута - с использованием механического микрокератома, создающего «менискообразный» лоскут и с помощью фемтосекундного лазера, формирующий однородный по толщине лоскут.

Цель исследования. Целью данного исследования явилась сравнительная оценка динамики радиуса кривизны роговицы (в качестве показателя биомеханической реакции) при использовании двух технологий формирования лоскута с использованием механического микрокератома или фемтосекундного лазера.

Материалы и методы: Для сравнительного анализа эффективности с целью определения эффективности выбранного метода лазерной коррекции нами рассмотрено 2 клинических случая – студентки 4 курса ТГСИ, в возрасте 22 лет с исходной близорукостью от -2,5 дптр до -4 дптр. Первой пациентке был проведен ЛАСИК при помощи механического микрокератома «Moria-2, второй пациентке - с использованием фемтосекундного лазера «Intralase». При первичном определении пациентам было выполнено топографическое обследование роговицы. Комплексное обследование пациентов выполнялось перед операцией и через 2 года после коррекции. При этом подсчет биомеханического «ответа» роговицы осуществлялся в виде процента изменения радиуса её кривизны по следующей формуле:

$$C = (R_{\text{post}} - R_s) / R_s \times 100$$

где C – коэффициент изменения кривизны роговицы, R_{post} - постхирургический радиус роговицы; R_s - хирургический радиус роговицы, измеренный до операции. R_s - планируемый радиус роговицы.

Результаты и обсуждение. В обеих группах пациентов оцениваемый коэффициент « C » был отрицательный, что указывает на некоторую недокоррекцию, при этом указанные изменения были статистически значимо ($p < 0,05$) менее выражены в группе после применения фемтосекундного лазера по сравнению с использованием механического кератома. Данный эффект объясняется тем, что для создания лоскута механическим микрокератомом прилагается больше давления на роговицу, что влечет большие изменения радиуса её кривизны. Таким образом, вследствие биомеханического «ответа» роговицы в обеих группах пациентов наблюдалась постоперационная недокоррекция, которая была статистически значимо ниже в группе

фетосекундного лазера. А также полученные нами данные кератотопографии в целом хорошо согласуются с результатами ранее проведенных исследований, направленных на сравнительную оценку качества лоскута роговицы по показателям оптической когерентной томографии, показавшие преимущества методики ФемтоЛАСИК по сравнению с МехЛАСИК. При этом в общем виде следует подчеркнуть, что применение фемтосекундного лазера обеспечивает практически плоский лоскут как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях, параметры которого соответствуют прогнозируемым. В противоположность этому, лоскут при использовании микрокератома приобретает форму симметричного в горизонтальном и вертикальном меридианах мениска, что (в отличие от плоской формы) может служить фактором риска изменения биомеханических свойств роговицы. Для клинической практики представляется очевидным, что применение фемтосекундного лазера обеспечивает пациенту более качественные (с точки зрения морфологии роговицы) возможности для зрительного восприятия.

Закключение. Проведенное нами исследования показала преимущества фемтосекундного лазера по сравнению с механическим микрокератомом, что подтверждается высокой, статистически подтвержденной прогнозируемостью биомеханического «ответа» роговицы на лазерное воздействие.

РАЗРАБОТКА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ

Абдуллаев А.У., Кодиров Б.Н., студенты 401а группы факультета МО ЛД ТГСИ

Научный руководитель: Ибрагимова Н.С, PhD, доцент кафедры предметов терапевтического направления N4

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. На сегодняшний день аллергические заболевания это актуальная проблема практической медицины, в мире стремительно растет количество больных крапивницей, экземой, нейродерматозами, осложненных грибковой инфекцией. Частота осложнения атопического дерматита вторичной грибковой инфекцией наблюдается в 25-40 % случаев, что требует совершенствования терапии. Поэтому разработка комбинированного отечественного негормонального препарата в виде мягкой лекарственной формы на гидрогелевой основе, обладающей противогрибковым и противоаллергическим свойствами, является актуальной задачей.

Цель: разработка препарата наружного действия для лечения аллергических дерматозов, осложненных грибковой инфекцией.

Материалы и методы: институтом Биоорганической химии АН РУз был разработан препарат наружного действия для лечения аллергических дерматозов, осложненных грибковой инфекцией. Были выбраны два препарата - антигистаминного действия-димедрол, противогрибкового действия - флуконазол. Аллергический контактный дерматит вызывали двукратной аппликацией 5% спиртово-ацетонового раствора 2,4 – динитрохлорбензола (ДНХБ) на морских свинках массой 400-500 г по методу Е.Я. Ивлевой и А.С.

Рабина. Очаг создавали на участке спины площадью 900 мм² (3х3 см), с которого предварительно удалили шерстяной покров. ДНХБ наносили в дозе 0,1 мл 5% спиртово-ацетонового раствора (2:1). Сравни

Результаты: при изучении лечебного действия препаратов, на течение аллергического дерматита вызванного введением ДНХБ, 1% гель преднизалона и препарат сравнения таблетки преднизалона, подопытным морским свинкам начинали применять через сутки после второй аппликации аллергена. Лечение препаратом проводили в течение 28 дней. Систематически на 1, 7, 14, 21 и 28 сутки после последней аппликации аллергена наблюдали за изменениями кожного покрова. О тяжести развития дерматита судили по общему состоянию и поведению животных.

Вывод: Результаты экспериментальных исследований указывают на возможность применения отечественного препарата у больных контактными аллергическими дерматитами, экземой, нейродерматозами, осложненными вторичной микотической инфекцией, а также у больных микозами кожи и слизистых, сопровождаемых аллергической реакцией.

ТУРЛИ ДАРАЖАДАГИ ОҚСИЛ ИСТЕЪМОЛИ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ГЕМОДИАЛИЗ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Абдуллаев И. Ж.¹, Сабилов М. А.², Бабажанова Н.Р.³

Фаргона жамоат саломатлик институти, Фаргона, Ўзбекистон

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак

трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази² Тошкент, Ўзбекистон

Тошкент давлат стоматология институти³ Тошкент, Ўзбекистон

Режали гемодиализ терминал буйрак етишмовчилигини даволашда қўлланиладиган энг кенг тарқалган буйрак ўринбосар терапия услуги ҳисобланади. Ҳозирда замонавий диализ технологияларнинг мавжудлигига қарамай мазкур беморлар орасида леталлик умумий популяцияларга нисбатан ўнлаб баравар юқори эканлиги кузатилади. Шундай экан биз ўз тадқиқотларимизда режали гемодиализ беморларидаги нутритив статусга боғлиқ ҳолда муайян тадқиқот гуруҳларида экстрокорпорал терапияни самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий изланишларни олиб бордик.

Тадқиқот мақсади. Режали гемодиализ беморларидан иборат тадқиқот гуруҳларида нутритив статусга боғлиқ ҳолда экстрокорпорал терапияни самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Фаргона вилоят кўп тармоқли тиббиёт мазкази Экстракорпорал детоксикация бўлимида режали гемодиализ тадбирларини бошидан кечираётган 107 нафар беморлар танлаб олиниб, улардан иккита гуруҳи шакллантирилди. 1-гуруҳ (n-57) № 7 Г парҳез дастурхони асосида овқатланадиган режали гемодиализ беморларидан иборат. 2-гуруҳ (n-50) № 7 Г парҳез дастурхони бўйича оқсил чекланмаган, яъни оқсилга бой маҳсулотларни кунига 100 гр.дан ортиқ қабул қилиб юрадиган режали гемодиализ беморларидан ташкил топган. Тадқиқот гуруҳларида экстрокорпорал терапия самарадорлиги URR ни ҳисоблаш ва Kt/V қийматини ўрганиш билан баҳоланди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўтказган изланишларимиз асосида олинган натижаларга кўра, 1-гурухда $URR57,5 \pm 2,07$ % ҳисобланди, 2-гурухда эса у $65,82 \pm 1,74$ % ни ташкил этди. Сунъий буйрак аппарати кўрсатган Kt/V натижасига кўра 1-гурухда у $1,17 \pm 0,034$ қийматдаги меёрдан паст натижани акс эттириб, 2-гурухда эса $Kt/V1,32 \pm 0,03$ меёрий қийматни ташкил этди. Бу ўринда ҳам натижалар статистик таҳлил қилинганида 1-гурухга нисбатан 2-гурухда Kt/V қийматини ишончли ($p < 0,01$) ўзгарганлиги аниқланди.

ХУЛОСА.

1. Гемодиализ даврида нутритив статуснинг бузилиши туфайли юзага келадиган гипопротеинэмия оқибатида дислипидемия жадаллашади.
2. Нутритив статуснинг бузилиши гемодиализ самарадорлигини пасайтиради ва у URR ва Kt/V ни пасайиши билан намоён бўлади.
3. Экстрокорпорал терапия самарадорлигини таъминлаш учун режали беморларда нутритив статусни мувофиқлаштириб уларга етарли энергетик каллорияни етказиш лозим бўлади.

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГ

*Абдуллаева М.М. клинический ординатор 1 курса кафедры нервных
болезней. Народной медицины*

*Научный руководитель: Абдуллаева М.Б.- доцент кафедры нервных
болезней. Народной медицины*

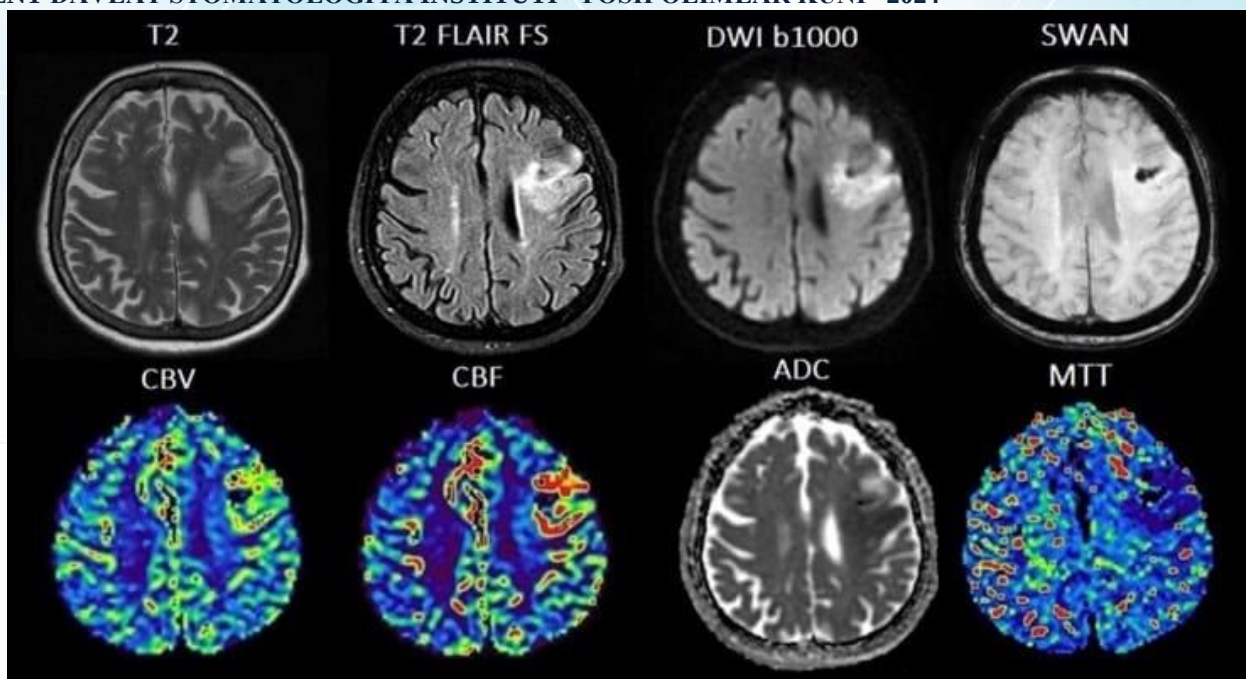
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность

В последние годы особое внимание уделяется деструктивным заболеваниям головного мозга. Деструктивные изменения головного мозга проявляются как поражениями в органах и тканях организма, так и общемозговыми изменениями. Цель исследования: Ранняя диагностика болезней и своевременное предотвращение осложнения течения заболеваний.

Учёными установлено, что причинами развития необратимых изменений в клетках головного мозга могут стать такие заболевания как: Острое нарушение мозгового кровообращения как по ишемическому так и по геморрагическому типу, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, объёмные образования головного мозга и др.

Главная опасность дегенеративных заболеваний ЦНС состоит в том, что их сложно предвидеть. В данном случае нам необходимы методы нейровизуализации, Такие методы как МРТ В 1,5 тесла – T1, T2 режимы, режим FLAIR, DWI режим; МСКТ головного мозга, которые играют важнейшую роль в диагностике и лечении нейродегенеративных и деструктивных заболеваний головного мозга. Чем раньше будет выявлено заболевание, тем больше шансов замедлить прогрессирование дегенеративных процессов в головном мозге.



Клинический пример

Пациентка С., 59 лет, привезли на скорой с подозрением на ОНМК и клиникой: сознание – ступор, парез взора влево, анизокория, моторная афазия, правосторонний гемипарез на 2-3 балла. После проведения магнитно-резонансной томографии выдали заключение ОНМК по гемморагическому типу в бассейне СМА слева. В анамнезе рак молочной железы, операция по поводу удаления образования не проведена.

После оценки невро статуса пациентки и детального исследования МРТ был поставлен диагноз: «Метастатическое повреждение головного мозга. ОНМК по ишемическому типу?» Для устранения основного заболевания пациентка была направлена на консультацию онколога.

Заключение На сегодняшний день процентные показатели онкологических заболеваний среди населения очень возросли и омолодились. К большому сожалению проявления онкологических заболеваний маскируются под симптоматикой различных системных заболеваний и в том числе и неврологических. В клинической практике очень много спорных моментов и для дифференцировки заболеваний нам помогают нейровизуализационные методы исследования. Также очень важно учитывать жалобы больного, его анамнез жизни, невростатус и провести объективный осмотр самого пациента которые помогают нам с постановкой точного диагноза. Ведь мы можем предотвратить дальнейшее развитие, прогрессирование заболевания и тем самым предотвратим ухудшение состояния больного.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Абдумаликова М.И. клинический ординатор, ТГСИ

Иномов Х.Л. клинический ординатор, ТГСИ

Научный руководитель: Мирбабаева Ф.А., доцент кафедры

Резюме. В данной научной работе изучались результаты больных с центральной серозной хориоретинопатией, которым было проведено лазерное микроимпульсное воздействия. В наше исследование было включено 39 человек, которых наблюдали в течении от 1 до 6 месяцев после проведенного лечения.

Введение. По данным многих авторов и проведенных исследований, имеется очень множество заболеваний макулярной части сетчатки, в частности центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ), которые приводят к снижению остроты зрения, вплоть до слепоты. До настоящего времени причины возникновения ЦСХ окончательно не были установлены. Статистика показывает, что чаще всего данным заболеванием страдают мужчины работоспособного возраста, которые больше подвержены к эмоциональным стрессам, вплоть до развития психических расстройств. ЦСХ нередко развивается при длительном применении гормональных препаратов, например кортикостероидов (чаще при аутоиммунных заболеваниях, бронхиальной астме и др.). Также фактором риска является вирусная нагрузка на организм, при котором лежат нарушения на клеточном уровне ретинального пигментного эпителия (ПЭ) и хориоидеи (гиперпроницаемость сосудов). В результате чего, наблюдается увеличение проницаемости сосудов хориоидеи и накопления серозного экссудата между слоями нейроэпителия (НЭ), хориокапилляров и пигментного эпителия сетчатки. ЦСХ имеет две клинические формы: острую и хроническую. Острая форма встречается чаще в молодом возрасте, и как правило, имеет благополучный исход. При остром течении возникает идиопатическая отслойка нейроэпителия. Около 80% случаях наблюдается самостоятельная резорбция субретинальной жидкости и прилегания нейроэпителия. В отличии от острой формы, хроническая форма встречается во взрослом возрасте, у лиц старше 45 лет и имеет двухсторонний процесс. Для этой формы характерно возникновение необратимых атрофических изменений в макуле и нарушения зрительных функций.

Были проведены достаточное количество исследований, где доказано, что у больных пролеченных методом лазеркоагуляции, риск возникновения рецидивов встречается реже. Но не смотря на это, метод надпороговой лазеркоагуляции точек фильтрации, имеет ряд осложнений, таких как неоваскуляризация хориоидеи и образование скотом. С появлением новой технологии намного расширились возможности лазерной терапии — микроимпульсного лазерного воздействия (МИЛВ), в основе его механизм лежит сублетальное умеренное повышения температуры в клетках ретинального ПЭ без повреждения нейросенсорной сетчатки, что даёт возможность избежать появления скотом, хориоретинальных повреждений (лазериндуцированных), а также дает возможность использовать данный метод при субфовеальной локализации точек просачивания.

Цель исследования – изучение в динамике эффективности микроимпульсного лазерного лечения больных с ЦСХ.

Материалы и методы исследования: обследование было проведено у 39 больных (39 глаз) с ЦСХ, из них мужчин – 33, женщин – 6, средний возраст больных составил 33,5 года. Пациенты были под наблюдение от 1 до 6 месяцев. Пациенты были разделены на две группы и было проведены стандартные офтальмологические методы исследования: визометрия с коррекцией аметропии, тометрия, тонография, биомикроскопия, оптическая когерентная томография. Все данные выше указанных методов исследования в дальнейшем использовали при проведении лазерной терапии и в динамике наблюдения больных.

Основной группы составили 17 пациентов, которым было выполнено микроимпульсное лазерное воздействие длиной волны 810 нм. Группу сравнения (контрольную) составили 22 больных, с естественным течением процесса.

Результаты: Пройдя 1 месяц после лечения все больные основной группы отметили повышение остроты зрения с $0,4 \pm 0,079$ до $0,8 \pm 0,034$. Данные оптикокогерентной томографии показали что отслойка нейроэпителия стала более плоской, высота сетчатки снизилась в среднем с 451 до 339,3 мк. На 3 месяце наблюдения у всех больных было отмечено полное прилегание сетчатки, центральное зрение повысилось до 0,9-1,0. У 3 больных с хронической формой, после проведения микроимпульсного режима лазерного лечения был выявлен рецидив заболевания, где точка фильтрации была обнаружена в другой части сетчатки в виде развития серозной отслойки нейроэпителия, так же отмечено снижения остроты зрения, что потребовало проведения дополнительного сеанса микроимпульсного лазерного воздействия.

Выводы. Установленно, что использование в лазерной терапии микроимпульсного режима позволяет проведение лазерного вмешательства без функционального повреждения пигментного эпителия и нейроэпителия при минимальном риске рецидивирования и неоваскуляризации хориоидеи. Случаи рецидивирования процесса говорит о необходимости доработки энергетических параметров воздействия.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНОПРОТЕКТОРОВ В ТЕРАПИИ ВОЗРАСТНЫХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА

Абдумаликова М.И. клинический ординатор, ТГСИ

*Махкамов Р.А. студент 513 гр. Международное образование, направление
стоматология, ТГСИ*

Назаров Х. студент 401 гр. Лечебный факультет, ТГСИ

Научный руководитель: Мирбабаева Ф.А., доцент кафедры
офтальмологии

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Дистрофические заболевания глаза, такие как глаукома,

возрастная макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, являются основными причинами слабости зрения и слепоты у лиц пожилого возраста. Кроме того, наблюдается тенденция к росту частоты данных заболеваний, как у пожилых, так и в молодом возрасте. Поэтому поиск лекарственных средств, позволяющих осуществить патогенетически обоснованную, эффективную, безопасную терапию и реабилитацию пациентов с различными заболеваниями сетчатки и зрительного нерва, является актуальной задачей современной офтальмологии. Достойное место в клинической практике занимают биогенные пептиды.

Ретиналамин, входящий в эту группу, представляет собой комплекс водорастворимых полипептидных фракций. Механизм действия препарата определяется его метаболической активностью: он улучшает обмен веществ в тканях глаза и нормализует функции клеточных мембран, улучшает внутриклеточный синтез белка, регулирует процессы перекисного окисления липидов, способствует оптимизации энергетических процессов.

Целью данной работы является, изучить эффективность применения препарата ретиналамин при лечении пациентов с дегенеративно – дистрофическими изменениями сетчатки различного генеза у людей пожилого возраста. Сравнить результаты лечения с применением ретиналамина и традиционными средствами лечения.

Материалы и методы. Исследования проводились в двух рандомизированных группах. В основную группу вошли 36 пациентов (68) глаз, которые наряду с традиционным лечением получали ретиналамин по 0,5 мл, в виде парабультбарных инъекций. Пациенты контрольной группы 35 человек (65 глаза) получали традиционное консервативное лечение. Возраст больных варьировал от 60 до 82 лет. Больные лечились стационарно, курс лечения составлял 10 дней.

У пациентов основной группы и контрольной группы показатели визиометрии, периметрии до лечения были практически одинаковыми.

Результаты. После курса проведенного консервативного лечения больных, нами были отмечены следующие клинические изменения: повышение остроты зрения на 82,3%, в контрольной группе – на 45,3%, расширение суммарного поля зрения в 98% случаев, в контрольной группе – у 70% больных с данной патологией. Улучшение офтальмологического статуса при применении ретиналамина наблюдалось у больных с кровоизлияниями и отеками в макулярной области. В результате проведенной терапии у 99% пациентов было достигнуто клиническое улучшение. В контрольной группе наблюдалось статистически не достоверное улучшение клинических показателей.

Вывод. Таким образом, применение ретиналамина в комплексном лечении больных с дистрофическими изменениями сетчатки, приводит к улучшению офтальмоскопической картины глазного дна, значительно повышает остроту зрения, расширяет периферическое поле зрения. Комплексную терапию с применением ретиналамина можно проводить в амбулаторных условиях, без значительных экономических затрат связанных с госпитализацией больного, что так же является немаловажным.

ПРИЧИНЫ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абдумуталов Сардорбек, Мирзаахмедов Мухаммадзиё -

студенты 402 группы лечебного факультета Ташкентского государственного
стоматологического института,

Г.Б.Утепова -

научный руководитель доцент кафедры предметов терапевтического
направления №1

Ташкентского государственного стоматологического института

«Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» (Р. С. Немов).

В психологии тревожность – склонность человека к частым интенсивным переживаниям, т.е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Рассматривается как личностное образование или как свойство темперамента, обусловленное слабостью нервных процессов. Очень высокая тревожность является субъективным проявлением психологического неблагополучия. Она может быть вызвана невротическим конфликтом, эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими заболеваниями. Высокая тревожность может быть связана также с переживаниями угрозы здоровью, самооценке, самоуважению человека. Как устойчивая черта личности — это повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей.

Актуальность.

В настоящее время отмечается увеличение количества детей с тревожными проявлениями, проявляющих повышенное беспокойство, неуверенность и эмоциональную нестабильность. Появление и укрепление тревожности часто связаны с недостаточным удовлетворением возрастных потребностей ребенка.

Цель состоит в выявлении факторов способствуют возникновению тревожности у детей.

Задачи.

Выявление уровня тревожности среди школьников, выявление соматических заболеваний у детей с высоким уровнем тревожности, а также других социальных факторов, связанных с формированием тревожных состояний у школьников.

Методы. Были изучены исследования, проведенные различными авторами по изучению тревожных состояний у детей. Также были изучены факторы, приводящие к тревожным состояниям, и нарушениям психологического здоровья детей.

Результаты.

Существует множество причин тревожности у детей. Предпосылкой для возникновения тревожности является повышенная восприимчивость. Однако не все дети с повышенной восприимчивостью становятся тревожными. Многие

авторы считают, что одной из основных причин роста тревожности у дошкольников и младших школьников является то, как воспитывают детей в детстве, дисгармония в детско-родительских отношениях. Многие авторы считают, что дети должны расти в эмоционально теплом и стабильном окружении, чтобы стать полноценными людьми. Если эмоциональные связи с близкими взрослыми и окружающими прерываются, у детей может возникнуть ощущение, что они живут на "вражеской" территории. В такой ситуации ребенок чувствует себя подавленным, его ожидания от будущего становятся пессимистичными, и он часто чувствует себя слабее и не любимее других. В результате самооценка становится очень низкой, и возникает чувство неполноценности. По сути, тревога, возникающая в детстве, — это устойчивое психологическое состояние. Во многом она зависит от того, как родители общаются со своими детьми. Тревожность ребенка во многом зависит от отношения к нему матери, особенно в дошкольном возрасте. Это связано с тем, что в этом возрасте симбиотическая связь между матерью и ребенком еще в значительной степени выражена, то есть отношения очень близкие. Поэтому, если мать воспитывает ребенка с излишней опекой, у него может развиваться высокий уровень тревожности. В такой ситуации, когда общение между взрослыми и ребенком носит авторитарный характер, ребенок теряет уверенность в себе и своих способностях, часто боится негативных суждений и начинает переживать, что сделал что-то не так. К формированию таких отношений с детьми склонны родители с определенными чертами характера - неуверенностью, недоверием и нестабильностью. Такие родители способствуют формированию неуверенности в себе у детей, вступая в тесный эмоциональный контакт с ними, заставляя их бояться своих родителей. Забота матери о своих детях полностью занята предчувствиями, страхами и переживаниями, что также является средством распространения тревоги. Родительское подавление эмоциональных проявлений ребенка перед лицом многочисленных предупреждений, опасностей и тревог также часто способствует возникновению у него страха. Чрезмерная родительская суровость также может способствовать возникновению страха. Другими словами, чем строже мать с дочерью или отец с сыном, тем больше вероятность того, что ребенок начнет бояться. Родители детей со стрессовыми расстройствами могут предъявлять завышенные требования, которые совершенно невыполнимы для ребенка. Это может быть вызвано их неудовлетворенностью собственной ситуацией или желанием исполнить свои нереализованные мечты в отношении ребенка. Завышенные требования родителей могут быть связаны и с другими причинами. Родители не хотят, чтобы их дети становились "неудачниками" при достижении ими более высокого социального статуса или материального благополучия, но при этом могут заставлять детей перетруждаться. Кроме того, нередко родители сами бывают крайне тревожными, в результате чего даже малейшая неудача воспринимается ими как катастрофа, и они не потерпят никакого провала. Такие родители лишают своих детей возможности учиться на собственных ошибках. Некоторые родители также прививают своим детям чувство незащитности перед опасностями окружающего мира,

Вывод:

Изучение проведенных исследований позволили сделать вывод о том, что примерно 52% детей испытывают высокий уровень тревожности, 30% - средний и только 18% детей имеют низкий уровень тревожности. Анализ данных по тесту Люшера подтверждает результаты теста детской тревожности. В процессе исследования выявлены основные источники тревожности у детей. Все они указывают на семью как основную, ведущую причину их страха. Ситуация неблагополучия в семье, напряженные отношения с родителями — все это служит основой личностной тревожности детей. Данная ситуация показывает высокую актуальность разработки индивидуальных подходов и стратегии в воспитании детей, в зависимости от социального окружения и психологической атмосферы в семье.

Библиографическая ссылка

Парукова Л.В. СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 1. – С. 88-89;

URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=5658> (дата обращения: 14.04.2024).

URL: <https://www.unicef.org/uzbekistan/media/5181/file>

ДИМЕКСИД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

Абдураимов Ш. клин ординатр 1 курс. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Шарипова А.У., доцент кафедры анатомии

Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель исследования Поиск эффективных препаратов для лечения острого ларинготрахеита (ОЛТ) у детей необходим в связи с тем, что при этом заболевании часто развивается пневмония, нередко с неблагоприятным исходом.

Материалы и методы; Препарат димексид обладает выраженным противовоспалительным, антимикробным, обезболивающим, антикоагулянтным, иммуностимулирующим действием. Препарат быстро проникает через различные биологические мембраны, не вызывая их повреждения, и транспортирует через них различные лекарственные средства. В детской лор-клинике Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи., применяли 10% раствор димексида у 40 больных в возрасте от одного до 2 лет в комплексном лечении ОЛТ при различных стадиях стеноза гортани.

Результаты и обсуждение; Способы применения были следующие: 1) аппликации на гортань и грудную клетку в смеси с гидрокортизоном, эуфиллином, протеолитическими ферментами на два часа, 2-4 раза в день; 2) ингаляции в смеси с гидрокортизоном, адреналином. Для сравнения взята контрольная группа больных (40 человек), где димексид не назначался, а проводилась только общепринятая комплексная терапия ОЛТ. В группедетей,

пролеченных комплексно в сочетании с димексидом, явления стеноза гортани купировались значительно быстрее, сокращались сроки клинического выздоровления, и лишь у одного ребенка (со стенозом III ст.) развилась пневмония. В контрольной группе больных с аналогичным диагнозом, но не получавших димексид, заболевание протекало как обычно, а у 12 детей осложнилось пневмонией. Учитывая значение иммунологического статуса в возникновении осложнений при ОЛТ, проводилось исследование иммуноглобулинов сыворотки крови, Тi В лимфоцитов. В группе больных, где применялся димексид, функциональная активность Тi В лимфоцитов оставалась стабильной, динамика содержания иммуноглобулинов А, М и была характерной для неосложненных форм ОЛТ. На основании наших наблюдений можно прийти к выводу, что применение димексида повышает эффективность комплексного лечения ОЛТ у детей и способствует профилактике пневмонии.

МИКРОИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

*Адхамова Л.А. Свободный соискатель кафедры Офтальмологии, ТГСИ
Научный руководитель: доцент кафедры офтальмологии д.м.н., доцент
Туйчибаева Д.М.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Заболевания макулярной области включают в себя значительную группу патологии, к которой можно отнести центральную серозную хориоретинопатию (ЦСХ), характеризующуюся отслойкой нейроэпителия (НЭ) с трансформациями в пигментном эпителии (ПЭ) локального, либо диффузного характера. Лазеркоагуляция – это метод выбора при лечении ЦСХ, который считается общепринятым и высокоэффективным. Выполнение лазеркоагуляции в индивидуально подобранные сроки способствует закрытию дефекта в ПЭ, рассасыванию субретинальной жидкости и прилеганию отслойки нейроэпителия. Прямая лазеркоагуляция возможна при локализации точек фильтрации на расстоянии более 500 мк от фовеолярной точки фиксации взора по данным ФАГ. Отрицательные стороны лазеркоагуляции – нежелательные побочные эффекты, к которым относятся лазериндуцированные поражения, а именно: центральные и парацентральные скотомы (гибель фоторецепторов), прогрессирующее расширение лазерных хориоретинальных рубцов (спаек) – «ползучая атрофия», хориоидальная неоваскулярная мембрана. Следовательно, при локализации точки просачивания субфовеолярно возникают определенные проблемы и трудности, которые обусловлены высокой чувствительностью фоторецепторов к лазерному воздействию.

Цель исследования. Определить эффективность применения микроимпульсного лазерного воздействия (МИЛВ) в лечении центральной серозной хориоретинопатии с локализацией точки фильтрации субфовеолярно.

Материал и методы В этом проспективном рандомизированном

исследовании проанализировано Проведен анализ историй болезней 39 человек (39 глаз) с односторонним течением центральной серозной хориоретинопатии. Мужчин – 28, женщин – 11. Средний возраст пациентов – 33,8 года. Сроки наблюдения составили от 4 до 32 недель. Пациентов распределили на две группы. 12 человек (12 глаз), которым выполнялось микроимпульсное лазерное воздействие на диодном лазере с длиной волны 810 нм, находились в основной группе. Сюда вошли пациенты, которые при наблюдении в течение 12 недель не получили самостоятельной ремиссии заболевания и повышения зрительных функций. В контрольной группе было 27 человека (27 глаз) с естественным течением процесса и самостоятельной ремиссией заболевания.

Результаты и обсуждение. После проведенного лазерного лечения у пациентов в основной группе с использованием инфракрасного лазера в микроимпульсном режиме офтальмоскопических изменений на сетчатке замечено не было, жалоб никто не предъявлял, дискомфорта в процессе МИЛВ не отмечено. По оценке клинико-функциональных результатов лечения пациентов основной группы, зафиксирована положительная динамика уменьшения среднего значения высоты отслойки НЭ с 438 мкм до начала лечения до 356,5 мкм и 128 мкм через 4 и 16 недель соответственно. Что в свою очередь объясняет и повышения остроты зрения (МКОЗ) с $0,5 \pm 0,093$ до $0,7 \pm 0,041$ и в сроке наблюдения 4 месяца – 0,9 - 1,0. На ФАГ – закрытие дефекта пигментного эпителия, отсутствие фильтрации. Пациенты основной группы отметили исчезновение «пятна» и искажения перед глазом, а также повышение зрительных функций. У 3 пациентов в сроке наблюдения 16 недель произошло рецидивирование заболевания с возникновением точки просачивания на другом участке глазного дна – экстрафовеолярно, развитием серозной отслойки нейроэпителия, ухудшением остроты и качества зрения (среднее значение некоррегированной остроты зрения составило 0,6). В данных случаях возникла необходимость в дополнительном сеансе МИЛВ, который был проведен по вышеописанной методике. Интервал между сеансами в среднем составил 12 недель. На сроке наблюдения 16 недель у всех пациентов отмечается полное прилегание нейросенсорной сетчатки (по данным ОКТ), повышение остроты зрения до 0,9–1,0.

Закключение. При лечении центральной серозной хориоретинопатии с субфовеолярной точкой просачивания методом выбора является микроимпульсное лазерное воздействие (МИЛВ), которое зарекомендовало себя как высокоэффективный и безопасный метод лечения. Отсутствие самостоятельного выздоровления требует применения лазерного лечения. С применением микроимпульсного режима работы инфракрасного диодного лазера стало возможным выполнять лазерные вмешательства даже в 500 мкм от фовеолярной аваскулярной зоны без функционального повреждения ретинального ПЭ и НЭ, с минимальным риском рецидивирования, без лазериндуцированных повреждений и развития ятрогенной хориоидальной неоваскулярной мембраны, что подтверждается офтальмоскопически и данными оптической когерентной томографии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

*Азизкулов Т.М. клинический ординатор 2 года обучения кафедры
оториноларингологии ТГСИ, Исмоилов И.И. кафедра оториноларингологии
ТГСИ*

*Научный руководитель: Исмоилов И.И. ассистент кафедры
оториноларингологии ТГСИ*

Актуальность. Хронический синусит - одно из самых распространенных заболеваний в патологии верхних дыхательных путей. Симптомы синусита значительно снижают качество жизни пациентов. Появляются такие жалобы, как затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль, изменяется обоняние, нарушается сон, снижается трудоспособность.

Актуальность изучения проблемы обусловлена тем, что рост числа риносинуситов сопровождается увеличением заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой, и эту тенденцию не удастся нарушить

Целью исследования является совершенствование методов лечения хронических заболеваний носа и околоносовых пазух после эндоскопических операций на околоносовых пазухах.

В задачи исследования входит изучение клинического течения хронического синусита в послеоперационном периоде, исследование функции слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух до и после операции, а также выявление особенностей микробного пейзажа

Материал и методы: исследование проведено на базе кафедры оториноларингологии ТГСИ. Всего обследовано 35 пациентов, страдающих хроническими риносинуситами. Пациентам были проведены следующие методы исследования: эндоскопическое исследование полости носа, сахариновый тест, микробиологическое, исследование слизистой полости носа, рентгенологическое исследование околоносовых пазух.

Результаты исследования. С целью определения мукоцилиарного транспорта мы пользовались стандартным сахариновым тестом, методика которого заключается в следующем. На слизистую оболочку нижней носовой раковины, отступя примерно 1 см от ее переднего конца, наносили кусочек сахара диаметром примерно 1 мм и секундомером засекали время до того момента, когда обследуемый почувствует сладкий вкус во рту. Во время исследования пациент не должен чихать, кашлять, сморкаться и форсировать носовое дыхание и должен делать примерно одно глотательное движение в минуту. Перед исследованием нельзя анемизировать слизистую оболочку и вводить в полость носа любые лекарственные препараты.

При проведении сахаринового теста перед операцией у 8 пациентов время мукоцилиарного транспорта составило в среднем 27,4 минут; у 36 пациентов сахариновое время было значительно больше 30 минут, что скорее всего обусловлено патологией внутриносовых структур, наличием полипозных разрастаний и развитием хронического воспаления слизистой оболочки носа. Через 2 недели после операции время мукоцилиарного транспорта у всех

пациентов составило больше 30 минут (средний показатель 37.4 мин.) И только через 2 месяца у пациентов, время мукоциллиарного транспорта которых до операции было меньше 30 минут, восстановилось до прежних цифр. В контрольной группе у 20 больных с искривлением носовой перегородки время мукоциллиарного транспорта составило 14.4 ± 1.2 , необходимо отметить, что 2 больных с грубой деформацией носовой перегородки было больше 20 минут. В послеоперационном периоде после выполнения септопластики время МЦТ также было больше 30 минут и восстановилось до прежних цифр в среднем через 2-2,5 месяца.

Выводы. Полученные результаты данного исследования позволят определить сроки восстановления слизистой оболочки полости носа у больных после эндоскопических операций на околоносовых пазухах, разработать рекомендации врачам для ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Шамсиев Д. Ф. (2005). Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении. *Stomatologiya*, (1-2 (27-28)), 51-53.
2. Шамсиев Д. Ф. (2003). Эффективность различных хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах. *Российская ринология*, (№2), 44.
3. Шамсиев Д. Ф., Миразизов К. Д. (2002). Эндоскопическая гайморотомия. *Вестник оториноларингологии*, №4, 39-40.
4. Шамсиев Д., Исмоилов И., Чакканова М., Каримов О., Соатов С. (2019). Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита. *Stomatologiya*, 1(1 (74)), 75-78.
5. Шамсиев Д., Рузматов К. (2018). Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны. *Stomatologiya*, 1(4 (73)), 87-89.
6. Шамсиев Ж. Ф. (2015). Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фуқционал хусусиялари. Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 103-104.
7. Шамсиев Д. Ф. (2009). Особенности диагностики и хирургического лечения хоанальных полипов. *Журнал «Вестник оториноларингологии*, № 5, 37-39.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА.

Акбарова Мунира студентка 404 а группы Международный факультет
направление стоматология ТГСИ

Научный руководитель: Курбаниязова Ш.Э. ст. преподаватель кафедры
предметов терапевтического направления № 3.

Ташкентский государственный стоматологический институт

РАС (расстройства аутистического спектра) – тип общего нарушения развития, который определяется наличие аномалий и задержек, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет; психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно. Эти специфические,

диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность

Степень проявления симптоматики при аутизме у детей может существенно отличаться: от полной неспособности контактировать с другими людьми до определенных «странностей» в поведении, таких как навязчивые движения, слишком узкий круг интересов или нестандартная манера речи. Более склонны к расстройству аутического спектра мальчики: они сталкиваются с заболеванием в общей сложности в два-три раза чаще, чем девочки.

У детей с аутизмом часто бывает повышенная тактильная чувствительность. Поэтому родителям сложно поддерживать хороший уровень домашней гигиены, а визит малыша к стоматологу может вызвать сильную негативную реакцию.

На первичной консультации доктор постарается получить максимум информации: все сопутствующие заболевания, какие препараты принимает ребенок с аутизмом, какие факторы его могут раздражать и вывести из равновесия. Это поможет подобрать верную тактику общения с ребенком

Перед лечением во сне обязательно проводим консультацию с анестезиологом-реаниматологом - с оценкой физического статуса, подбором общей анестезии, рекомендациями по дополнительному обследованию.

Используем только оригинальные препараты для наркоза Препараты Севоран (детям с рождения), Супран (детям с 7 лет).

Стоматологическое лечение детей с РАС не ограничивается санацией полости рта. Им необходима помощь узких специалистов: ортодонта, логопеда, фо-ниатра. Работая совместно, эти специалисты выявляют и устраняют вредные привычки, разрабатывают комплекс миогимнастики и лечебной физкультуры для мышц языка, жевательной и мимической мускулатуры

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Алманова А.Ш., Бекметова Ф.М.

Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии

Актуальность. В настоящее время проблема диагностической оценки нестабильности атеросклеротической бляшки остается до сих пор нерешенной, поскольку существующие методы визуализации, включая ультразвуковое исследование в В-режиме и компьютерную томографию в силу различных причин не обеспечивают достаточной степени чувствительности и специфичности.

Цель исследования. Определить качественные признаки нестабильности атеросклеротической бляшки сонных артерий на основании применения метода компрессионной эластографии.

Методы. Под наблюдением находились 50 пациентов с атеросклерозом сонных артерий, которым проводилась предоперационная оценка атеросклеротической бляшки методами ультразвукового триплексного (color, spectral and B-modes) сканирования и компрессионной эластографии. Хирургическое лечение пациентов проводилось в Республиканском

специализированном центре ангионеврологии. После проведения хирургического лечения (каротидной эндоатерозктомии) во всех случаях проводилось гистологическое исследование компонентов атеросклеротической бляшки для подтверждения признаков нестабильности – признаков воспаления или кровоизлияний в бляшку (согласно критериям Американской ассоциации кардиологов).

Результаты. Результаты анализа данных триплексного сканирования и компрессионной эластографии, а также их сравнения с результатами гистологического исследования, позволили установить качественные ультразвуковые признаки нестабильности атеросклеротической бляшки. Результаты показали, что при проведении ультразвукового исследования в В-режиме за основной признак нестабильности бляшки принято считать наличие гипоехогенного компонента в бляшке. Сравнение результатов триплексного сканирования с результатами гистологического исследования показали, что данный признак является неоднозначным, поскольку в 24% случаев были установлены разночтения и бляшки, имеющие гипоехогенный компонент не показали при гистологии признаки воспалительных изменений тканей. При проведении компрессионной эластографии мягкотканые элементы бляшки соответствовали разным цветовым спектрам: кровоизлияния, тромботические наложения - красному, зоны воспалительной инфильтрации - желтому, в то время как твердые элементы, такие как детрит и липиды - зеленому, а кальцинату и фиброз соответствовали синему цвету. При сравнении результатов было установлено, что наличие мягкотканых компонентов бляшки, которые были расценены в качестве признаков нестабильности бляшки, в 88% случаев согласовывались с результатами гистологического исследования бляшек. Это позволяет определить данный признак – окрашивание компонентов бляшки в красный, зеленый или желтый цвет, выявляемый при компрессионной эластографии, как качественный признак нестабильности атеросклеротической бляшки сонной артерии, который превосходит по своей достоверности исследование в В-режиме.

Вывод. Изменение цветовой составляющей атеросклеротической бляшки с превалированием красного и желтого компонентов на компрессионной эластографии свидетельствует о воспалительных изменениях, тромботических наложениях и кровоизлияниях, являясь качественным признаком нестабильности бляшки.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПРОЦЕССАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А.Л. Научный руководитель, руководитель лаборатории «Кардиология» ГУ «Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр Терапии и медицинской реабилитации», д.м.н., профессор, академик АН РУз

Туляганова Д.К. заведующая отделением кардиологии ГУ «Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр Терапии и

Актуальность. В настоящее время наиболее частой причиной смерти взрослых являются сердечно-сосудистые заболевания. Поэтому надежные и эффективные маркеры, в целях мониторинга ишемической болезни сердца, а также для терапевтического контроля, являются одной из самых приоритетных задач медицины.

Цель исследования.

Изучить особенности дисфункции и типы ремоделирования левого желудочка у больных ИБС

Оценить взаимосвязь между параметрами эндотелиальной дисфункции и процессами ремоделирования левого желудочка у больных ИБС

Материалы и методы. В исследование включены 52 больных ИБС, перенесших в прошлом инфаркт миокарда, находившихся на стационарном лечении в РСНПЦТ и МР МЗ РУз. Средний возраст больных составил $55,94 \pm 1,29$ лет, рост – $168,24 \pm 1,12$ см, вес – $77,72 \pm 1,79$ кг. В качестве контрольной группы (КГ) в исследование включены 20 здоровых добровольцев без признаков поражения сердечно-сосудистой системы, сопоставимого возраста и антропометрических характеристик. ЭхоКГ обследование проводилось на ультразвуковом сканере Philips Affiniti 50G.

Результаты и обсуждение. Исходно ЭхоКГ исследование выявило, что у больных ИБС по сравнению с КГ отмечалась дилатация всех камер сердца: увеличение ЛП (левого предсердия) у больных ИБС по сравнению с КГ составило 60%, ЛЖ (левого желудочка) – на 41,2%, ПЖ (правого желудочка) – на 30% и ПП (правого предсердия) – на 51,7% (достоверность межгрупповых различий для всех показателей - $p < 0,05$). Толщина МЖП (межжелудочковая перегородка) у больных ИБС была достоверно большей (на 10,72%) по сравнению с КГ ($p < 0,01$), что отражает гипертрофию миокарда в ответ на ишемический апоптоз. Толщина ЗСЛЖ (задняя стенка левого желудочка) в группах не отличалась. Преобладание дилатации над гипертрофией привело к достоверному снижению показателя ОТС (относительная толщина стенок левого желудочка) у больных ИБС (на 16,3%, достоверность межгрупповых различий - $p < 0,001$). Масса миокарда ЛЖ у больных ИБС была увеличена по сравнению с КГ на 95,3% ($p < 0,001$). Так, в группе больных ИБС у большинства (48 человек – 85,7%) отмечалась гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) 110 г/м^2 и более. Систолическая функция ЛЖ у больных ИБС характеризовалась увеличением ИНРС (индекс нарушения регионарной сократимости), что отражает регионарные нарушения контрактильности, по сравнению с КГ (на 55%, $p < 0,05$), а также снижением показателя общей систолической функции – ФВ (фракция выброса) ЛЖ (-14,00% по отношению к показателю КГ, $p < 0,05$). В процессе наблюдения в обеих группах отмечалась однонаправленная описанная выше положительная динамика. Снижение концентрации VEGF (фактор роста сосудистого эндотелия)

было более выраженным в группе Т (триметазидин), ЭТ-1 (эндотелин-1) – одинаково в обеих группах, как среди больных с высокой, так и с низкой концентрацией маркера VEGF, при этом внутри обеих терапевтических групп большая относительная динамика отмечалась у больных с концентрацией VEGF выше медианы ($p < 0,001$ достоверность различия относительной динамики концентрации ЭТ-1 между группами с высокой и низкой концентрацией VEGF обеих терапевтических групп сравнения и концентрации VEGF группы А (L-аргинин), $p < 0,01$ различия концентрации VEGF в группе Т).

Закключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных ИБС отмечается нарушение структурно-функционального состояния миокарда. Ишемическое ремоделирование миокарда характеризуется дилатацией камер, увеличением массы миокарда ЛЖ, нарушением диастолического наполнения желудочков, снижением контрактильности миокарда и увеличением давления в ЛА. В исследовании обосновано, что использование ЭхоКГ является маркером для выявления ЭхоКГ особенностей больных, перенесших инфаркт миокарда и корреляции с клинической картиной, а также критерием мониторинга терапевтического эффекта применяемой терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЖИРЕНИЯ НА ГОМЕОСТАЗ ГЛЮКОЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА DXA

Анварова С.Ш.- базовый докторант РСНПЦ Эндокринологии.

Научный руководитель: д.м.н.. Наримова Г.Д

*Республиканский специализированный научно-практический центр
эндокринологии имени Туракулова. Ташкент, Узбекистан.*

Актуальность. DXA может быть использована для оценки общего процента жира в организме, а также для определения доли жира в различных частях тела, таких как брюшная область, бедра, и верхняя и нижняя конечности. Исследования показывают, что накопление жира в брюшной области, то есть вокруг внутренних органов, связано с более высоким риском развития инсулинорезистентности, метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования - определение влияния показателей ожирения на гомеостаз глюкозы с использованием метода DXA.

Материалы и методы. В этом исследовании мы использовали данные двойной рентгеновской абсорбциометрии состава тела 66 взрослых участников с избыточной массой тела или ожирением. Мы провели анализ показателей ожирения, полученных с помощью DXA (% жира на туловище, % от общего жира и % от общего жира), а затем соотнесли полученные результаты с маркерами резистентности к инсулину. Оценка гомеостатической модели – инсулинорезистентность и НОМА-β (функция бета-клеток). Коэффициенты

корреляции Спирмена были рассчитаны (ρ) между НОМА-IR, НОМА- β и различными показателями ожирения (окружность талии (в см), индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$), жир на туловище, % от общего жира, а также общий жир в процентах, чтобы оценить взаимосвязь между маркерами гомеостаза глюкозы и показателями ожирения, полученными от DXA).

Результаты. Всего в исследовании приняли участие 28 мужчин и 38 женщин. Выявлена положительная корреляция между маркерами ожирения и $\log$ НОМА-IR и $\log$ НОМА- β как у мужчин, так и у женщин. Процент жира на туловище имел самую высокую непараметрическую корреляцию, содействующую с логарифмическим НОМА-IR, среди процентов жира, полученного из DXA (0,54 у мужчин и 0,48 у женщин). В многофакторном анализе процент жира в туловище был независимым предиктором $\log$ НОМА-IR, а также $\log$ НОМА- β . У мужчин значимыми предикторами $\log$ НОМА-IR были; возраст, процент жира на туловище и холестерин ЛПВП (скорректированный квадрат R 0,325 ($\pm 0,66$), $F(3,207) = 34,63$, $p < 0,01$). У женщин значимыми предикторами $\log$ НОМА-IR были: возраст, жир на туловище, % САД, сывороточные триглицериды и холестерин ЛПВП (скорректированный квадрат R 0,307 ($\pm 0,65$), $F(5,198) = 18,9$, $p < 0,01$). Как у мужчин, так и у женщин значимыми предикторами $\log$ НОМА- β были; возраст и процент жира на туловище (мужчины; скорректированный квадрат R 0,25 ($\pm 0,63$), $F(2,208) = 36,4$, $p < 0,01$, женщины; скорректированный квадрат R 0,27 ($\pm 0,62$), $F(2,201) = 38,4$, $p < 0,01$).

Выводы. Регионарное ожирение, определяемое с помощью двойной рентгеновской абсорбциометрии, коррелирует с показателями инсулинорезистентности у малоподвижных людей с избыточной массой тела и ожирением. Процент жира в организме на DXA является визуализирующим биомаркером инсулинорезистентности.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*Атажанова А.Г., студентка 305 группы медицинского факультета,
направление «Лечебное дело».*

Университет «Alfraganus»

Научный руководитель: Меликузиев О.Э.

*К.м.н., Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. В структуре сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют функциональные нарушения и состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца. В 96-99% случаев не обнаруживаются при осмотре, остаются не диагностированными или выявляются случайно при обследовании по поводу другой патологии. Пролапс митрального клапана

(ПМК) — патологическое провисание (прогибание) одной или обеих створок митрального клапана в левое предсердие во время систолы левого желудочка.

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у детей с пролапсом митрального клапана.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 детей с пролапсом митрального клапана в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Контрольную группу составили 20 детей не имеющие ПМК. Дети обследованы на базе Городского детского медико-консультативного диагностического центра. В исследовании использованы общеклинические, биохимические, функциональные, инструментальные и статистические методы.

Результаты исследования. Распределение детей с ПМК по возрасту показало, что меньше встречались у детей от 1 месяца до 1 года (26,7%) и больше в возрасте от 2х до 5 лет (73,3%). Во время изучения медико-биологических факторов у детей с ПМК показало, что ПМК чаще развивается у мальчиков (56,7%). Развитие ПМК в большей степени превалировало у детей, наследственная отягощенность (26,6%). У 16,6% детей возраст матери был старше 35 лет на момент рождения данного ребенка, а также у 10,0% детей родители были близкими родственниками. Данные акушерского анамнеза показал, что матери детей с ПМК в 50,0% случаях во время беременности перенесли ОРВИ, у 20,0% выявлены - TORCH-инфекции (цитомегаловирус, вирус герпеса). Изучение показателей физического развития детей с ПМК также не выявлено отклонений в показателях длины тела/роста, массы тела и индекса массы тела относительно возрастных норм. Физикальное обследование показало, что, перкуторно у 3 (7,5%) детей отмечается расширение левых границ относительной сердечной тупости. Аускультативно отмечено у 30 (100%) детей систолический щелчок на верхушке сердца с позднесистолическим шумом. Анализ ЭКГ исследования показал что, у (10%) детей отмечались признаки гипертрофии левого желудочка, среди нарушения проводимости превалировала неполная блокада левой ножки пучка Гиса у (26,6%) и синдром ранней реополяризации у (23,3%) детей. Среди нарушения ритма сердца такие, как синусовая тахикардия и синусовая брадикардия отмечалось в равных процентах у (6,6%) детей. Данные ЭхоКГ показывает что, у детей с ПМК сократительная способность ЛЖ сохранена, также размеры левого желудочка не изменены. Только у 10% детей с ПМК отмечалась дилатация левых камер сердца за счет III стадии регургитации митрального клапана.

Таким образом, при изучении клинико-функциональных особенностей ПМК в левом желудочке у детей показало, что, при ПМК структурно-геометрических параметров камер сердца левого желудочка и нарушение их функции не изменяется в зависимости от степени пролапса митрального клапана.

Библиографические ссылки:

1. Ахрарова Ф.М. Клинико-патогенетическое обоснование формирования сердечно - сосудистой патологии у детей с кардиальными проявлениями дисплазии соединительной ткани автореф. дис. кандидат мед. наук: 14.00.09 / Ахрарова Ф.М. – СПб., 2020. – 20 с.

2. Диспластическое сердце: возможно ли прогнозировать электрическую нестабильность миокарда? / М.Ю. Сметанин, Т.Е. Чернышова, Л.Т. Пименов, Н.Ю. Кононова, //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 11, №. 2-2. – С. 353-354.
3. Земцовский Э.В. Малые аномалии сердца: попытка ревизии рабочей классификации с позиций кардиолога-клинициста / Э.В. Земцовский Э.Г. Малев. //Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. – 2019. - №4. - С. 67-73.
4. Меншикова Л.И. Дисплазия соединительной ткани сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей / Л.И. Меншикова, О.В. Сурова //Вестник аритмологии – 2018. – №19. -С.54-59.
5. Мухсинова М.Х. Малые аномалии сердца у детей (обзор литературы). / Мухсинова М.Х., Хужаева Ф. С., Абдувохидов Ж.З. // Re-health journal. -2021. - №2(10). С. 173-181.
6. Caselli S., Mango F., Clark J. et al. Prevalence and Clinical Outcome of Athletes With Mitral Valve Prolapse. Circulation, 2018, vol. 137, pp. 2080–2082.
7. Corrado D., Basso C., Nava A. et al. Sudden death in young people with apparently isolated mitral valve prolapse // G. Ital Cardiol. 2018. Vol. 27. P. 1097–1105.
8. Daliento L. Mitral valvar prolapse: overlap or masked syndrome? / Cardiol Young, 2019, vol. 12, pp. 317–319.
9. Finocchiaro G., Papadakis M., Robertus J.-L. et al. Etiology of sudden death in sports. Insights from a United Kingdom regional registry. Jour Am Coll Cardiol., 2018, vol. 67, no. 18, pp. 2108–2115.
10. Muxsinova M.X. Bolalardagi kichik yurak anomaliyalarining klinik va funktsional xususiyatlari. / Muxsinova M.X., Ortikov U.U., Xujaeva F., Abduvohidov J.Z., Abdurazakova Z.K. //Евразийский вестник педиатрии. 2021. - №3(10). - С.98-104.
11. Kadurina T.I. Connective tissue dysplasia. A guide for doctors / T.I. Kadurin, V.N. Gorbunova — SPb .: » ELBI «. — 2019. — 714 p.

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Ахмедова С.С. 410 гр., Шаронов Ж. 107гр. Бс фак. ТГСИ

*Научный руководитель Алимов У., Шарипов С. Ассистент кафедры
ОСП, ГОС*

Аннотация. Используя литературный анализ, изучив ранее проведенные исследования, посвященные этой теме, нами были выделены основные факторы риска неалкогольной жировой болезни печени: ожирение (90%), сахарный диабет 2 типа, генетические мутации, возраст, пол, а также образ жизни пациента. На основании всех данных, нами был сделан вывод о том, что вклад каждого фактора риска НАЖБП по отдельности неоценим, так как он варьируется в зависимости от сопутствующих заболеваний и географического положения.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), факторы

риска, ожирение, сахарный диабет.

На сегодняшний день НАЖБП, поразившая 25,24% населения, является наиболее распространенным заболеванием печени. Самые высокие показатели заболеваемости на Ближнем Востоке (32%) и в Южной Америке (30%), а самые низкие в Африке (13%) (диаграмма 1). И с каждым годом эти показатели только увеличиваются.

Поиск литературы был осуществлен с использованием баз данных PubMed, GoogleScholar, Medline, Cyberleninka и электронной библиотеке eLIBRARY, по ключевым словам, (неалкогольная жировая болезнь печени, факторы риска, Путь по спектру от стеатоза до прогрессирующего фиброза является гетерогенным и представляет собой сложную интеграцию метаболических расстройств, генетических мутаций, возраста, этнической принадлежности и образа жизни человека.

Данные ВОЗ (2016 год) об избыточном весе и ожирении. Продолжающаяся глобальная эпидемия ожирения по прогнозам в ближайшем будущем приведет к увеличению числа пациентов с НАЖБП, а также с НАСГ. Уже доказано, что ИМТ выше 30 кг/м² в 90-95% сопровождается развитием стеатоза печени и в 20-47% - неалкогольного стеатогепатита. Но не всегда НАЖБП ассоциирована с ожирением. Она также может развиваться у людей с нормальным индексом массы тела и в таком случае называется «тощей», НАЖБП (lean NAFLD, non-overweight NAFLD) или НАЖБП без ожирения (non-obese NAFLD) и наиболее распространена в регионах Азии. Параллельно с высокой распространенностью ожирения растет и заболеваемость сахарным диабетом 2 типа. Международная федерация диабета сообщает, что по состоянию на 2015 год более 400 (5% всего населения мира) миллионов человек страдали диабетом 90% людей, страдающих диабетом во всем мире, имеют именно сахарный диабет 2 типа. Общая распространенность неалкогольной жировой болезни печени среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа составляет 76%, тогда как глобальная распространенность неалкогольного стеатогепатита среди пациентов с сахарным диабетом составляет 37,3%. Тесная взаимосвязь диабета и НАЖБП подтверждается тем, что оба заболевания характеризуются нарушением метаболизма глюкозы и инсулинорезистентностью. Периферическая и печеночная инсулинорезистентность, которые участвуют в развитии НАЖБП, вызывают недостаточное подавление глюконеогенеза в печени, снижение гликогенеза и более высокие темпы накопления липидов. Хотя сахарный диабет 2 типа также тесно связан с НАЖБП, как и ожирение, его актуальность при данном заболевании в 2 раза выше. Несмотря на то, что распространенность НАЖБП у пациентов с ожирением (90%) выше, чем у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (76%), наличие диабета ускоряет течение НАЖБП и является предиктором прогрессирующего фиброза и смертности. Генетические факторы. Немаловажную роль в развитии неалкогольной жировой болезни печени играют генетические особенности. Общегеномная ассоциация (GWAS) выявила основные генетические факторы риска НАЖБП. В настоящее время пять вариантов генов надежно связаны с предрасположенностью к НАЖБП. Это PNPLA3, TM6SF2, GSKR и HSD17B13. При возникновении мутаций в этих

генах происходят различные изменения, которые предрасполагают к развитию НАЖБП. В целом, все исследования подтверждают, что НАЖБП является сложным заболеванием, на которое влияют метаболические и экологические факторы, а также генетические предрасположенности. Как показали многочисленные исследования, основными факторами риска неалкогольной жировой болезни печени являются именно ожирение, сахарный диабет 2 типа, Возраст и пол.

В настоящее время известны 5 генетических вариантов, которые тесно связаны с предрасположенностью к стеатозу. Возраст и пол. Пик заболеваемости НАЖБП приходится на возраст 40-50 лет у мужчин и 60-69 лет у женщин. До развития у женщин менопаузы, НАЖБП чаще встречается у мужчин, но после ее наступления, половые различия нивелируются. Генетические факторы, образ жизни, а также возраст пациента. Точный вклад каждого из факторов риска в развитие неалкогольной жировой болезни печени оценить довольно трудно, так как он может варьироваться в зависимости от географического положения и состояния организма пациента. В связи с чем, изучение и знание основных факторов риска играет огромное значение в своевременной диагностике, а также в снижении уровня заболеваемости.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Вали-Зода Ф.В., клинический ординатор 2 курс – Общая хирургия

Научный руководитель: доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Пулатов М.М., доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Юнусов С.Ш., ассистент кафедры Хирургия и ВПХ Хасанов Х.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время существует множество научных трудов и в них достаточно освещены вопросы, посвященные панкреатитам. Использование УЗИ, ЭГДС, МРТ, МСКТ, тест-полосок экспресс диагностики расширяют возможности решения многих задач. Несмотря на это, во многих случаях постановка диагноза вызывает достаточно затруднений.

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов лечения острого панкреатита.

Материалы и методы. В период 2016-2023 гг. в хирургические отделения ТХКМРМКТК (клиническая база ТГСИ), ЦКБ №1 ГМУАП РУз, ЦВКГ МО РУз в экстренном порядке госпитализированы 208 больных с предварительным диагнозом “Острый панкреатит?”. При обследовании в приемном отделении, учитывая характерные жалобы больного, наличие соответствующего анамнеза и некоторых симптомов, несмотря на «нестыковку» с выводами лабораторно-инструментальных исследований, а также отсутствие клинических признаков другой патологии, эти пациенты были госпитализированы с вышеуказанным диагнозом. В клинике всем пациентам назначена симптоматическая и комплексная превентивная терапия против острого панкреатита. Параллельно проведены дополнительные диагностические

исследования. Из 208 больных у 136 панкреатит был исключён и они получали соответствующую терапию по поводу других патологий. У остальных 72 больных имелось недлительный “панкреатический” анамнез, характерные для острого панкреатита этиопатогенетические факторы оставались сомнительными.

Результаты исследования. Из 72 больных у 33 проявлялись клинические симптомы, характерные только для острого панкреатита, а у 39 – были симптомы общего абдоминального плана. На ЭГДФС у этой категории пациентов чаще грубых изменений не выявлено. УЗИ – размеры и структура поджелудочной железы обычные или незначительно изменены. Показатели общего анализа крови, мочи и биохимических анализов, в основном, в норме. В некоторых случаях – невыраженный лейкоцитоз и повышение ЛИИ; амилаза – в норме или у верхней границы нормы. Этим больным проведена комплексная превентивная противопанкреатическая и симптоматическая терапия. На фоне этого состояние больных улучшилось фактически в течение 2-3 суток, проявления острого панкреатита уменьшились или прекратились вообще. В практической медицине существуют такие понятия как, “аппендикулярная колика”, “кишечная колика”, “печеночная колика”, “почечная колика”, и они обычно обозначают приступы болей разной интенсивности и длительности вследствие мало выраженного патологического воспалительного процесса в соответствующих органах или тканях. Но самое главное, они могут быть и началом какой-нибудь серьёзной патологии. Учитывая все вышесказанное, считаем необходимым ввести в практическую медицину диагноз “панкреатическая колика”. Наше представление (теория) о “панкреатической колике” таковы: под воздействием неврогенных или других этиопатогенетических факторов происходит спазм сфинктера Одди, что приводит к внутрипротоковой гипертензии; появляется характерная симптоматика – боли в эпигастральной области (иногда с иррадиацией), рефлекторная тошнота и рвота; при этом начальные патологические изменения в тканях панкреаса бывают функционального характера, который разрешается либо самостоятельно, либо вследствие своевременно начатого комплексного лечения. Но, конкретные механизмы возникновения “панкреатической колики” подлежат дальнейшему изучению. Предположительно до сегодняшнего дня пациенты, пролеченные с “панкреатической коликой”, выписываются на амбулаторное лечение с диагнозами, не относящимися к патологии поджелудочной железы.

Заключение. Целесообразно было бы этих больных выписать с диагнозом “панкреатическая колика”. Это повысила бы настороженность врачей при повторном обращении их, по отношению развития острого панкреатита и его осложнений, когда в анамнезе имеется диагноз “панкреатическая колика”.

ЭРТА БОЛАЛИК ДАВРИДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИК-ПАРАКЛИНИК ТАВСИФИ

Вафоева Г.Р., ТошПТИ 14.00.13 – Неврология мутахассислиги 1-босқич таянч докторанти

Илмий раҳбар: т.ф.д., доцент Саидходжаева С.Н
Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги: Эпилепсия болалар психоневрологиясининг асосий касалликларидан биридир, чунки беморларнинг 70 фоизда у эрта болалик ва ўсмирлик даврида ҳаётнинг биринчи ойларида энг юқори чўққисига чиқади. Маълум бўлишича, эпилепсиянинг энг кўп тарқалиши ҳаётнинг биринчи йилида бўлиб, 100 000 аҳолига 120 тани ташкил этади, 10 ёшга келиб камайиб, 100 000 аҳолига 40-50 ни ташкил қилади, ўсмирлик даврида эса 100 000 кишига 20 тани ташкил қилади. 29% ҳолларда эпилепсия 3 ёшдан олдин пайдо бўлади.

Тадқиқотнинг мақсади: Эрта болалик даврда эпилептик энцефалопатиянинг клиник – параклиник хусусиятлари ва касалликнинг кечиши характерини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: ТошПТИ клиникасининг неврология бўлимида 0 ёшдан 3 ёшгача бўлган эпилептик энцефалопатия билан касалланган 72 нафар бемор болалардаги ўзгаришлар таҳлил қилинди. Тадқиқотда умумий клиник, неврологик ва инструментал тадқиқот усуллари (ЭЭГ, МРТ) фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Олинган натижаларга кўра, касаллик шакллари қуйидагича тақсимланган: Веста синдроми – 42 (58,3%), Леннокса-Гасто синдроми – 9 (12,5%), Ландау-Клеффнер синдроми – 7 (9,7%), Драве синдроми – 7 (9,7%), Отахара синдроми – 4 (5,6%), эрта болалик даврининг оғир миоклоник энцефалопатия – 3 (4,2%) нафар бемор аниқланди. Болаларда ўртача ёш нисбати: $2,2 \pm 0,32$ ёшни ташкил қилди. Ёш тақсимооти бўйича болалар 4 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ (0-6 ой) – 18 (25%), 2-гуруҳ (6-12 ой) – 24 (33,3%), 3-гуруҳ (12-24 ой) – 22 (30,5%), 4-гуруҳ (24-32 ой) – 8 (11,1%) ни ташкил этди. Жами текширилаётган 72 нафар болалардан 28 нафари (38,8%) қиз бола, 44 нафари (61,2%) эса ўғил бола эканлиги аниқланди. Болаларда кузатилган тутқаноқ хуружлари характери бўйича таҳлил қилинганда: эпилептик (инфантил) спазмлар – 48 (66,6%), тоник-клоник хуружлар – 8 (11,1%), миоклоник тутқаноқ хуружлари – 6 (8,3%), полиморф хуружлар – 3 (4,2%), аста секинлик билан ривожланувчи атипик абсанс хуружлари – 3 (4,2%), фокал тутқаноқ хуружлари – 2 (2,8%) ва 2 (2,8%) ҳолатда тутқаноқ хуружларисиз кузатилди.

Хулоса:

Эрта болалик давридаги эпилептик энцефалопатиянинг клиник синдромларини таҳлил қилишда Веста синдроми пайдо бўлиш частотаси бўйича энг юқори ўринда туради ва 58,1% ни ташкил қилади. Болаларда ўртача ёш нисбати: $2,2 \pm 0,32$ йил. Бу касаллик билан касалланиш қизларга қараганда ўғил болаларда кўпроқ кузатилади (1,6:1). Этиологик сабаблар турли омиллар, асосийлари пренатал омиллар (62,3%). Ушбу касалликда эпилептик спазмларнинг тез-тез кузатилиши ушбу касалликни эрта аниқлаш ва тўғри ташхис қўйишни кечиктиради (66,6%).

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.

Вахабова С.Д., студентка 301 С группы факультета детской стоматологии

Научный руководитель: Даминова К. М., доцент кафедры предметов терапевтического направления #2.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Актуальность. Синдром поликистоза яичников (СПКЯ) является широко

распространенным эндокринным заболеванием у женщин и оказывает существенное влияние на различные аспекты их здоровья и качество жизни. Эпидемиология СКПЯ достаточно хорошо изучена, при этом показатели распространенности синдрома зависят от используемых критериев диагностики, особенностей популяционной выборки и варьируют от 6-10 до 15 %.

Нашим направлением исследования проблемы СКПЯ является его связь с заболеваниями полости рта. Так как СКПЯ является системным эндокринным и метаболическим расстройством, в полости рта так же должны наблюдаться изменения метаболических процессов, что может влиять на соматическое здоровье и качество жизни в целом.

Целью исследования является изучить состояние полости рта женщин с синдромом поликистозных яичников, с учётом объективных и субъективных данных.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования были 20 женщин с диагнозом СКПЯ. Диагноз СПКЯ был поставлен на основании анамнеза, клинических признаков, физического обследования, лабораторных показателей и ультразвукового исследования. У всех участников была проведена клиническая оценка стоматологического статуса, включая индексы гигиены полости рта, пародонтологические индексы, кровотечение при зондировании, оценка состояния прикуса и состояние периодонта. Всем испытуемым были сделаны панорамные рентгенограммы. Так же были взяты мазки со слизистой оболочки полости рта на определения патогенной микрофлоры и кровь на иммуноферментный анализ.

Результаты и обсуждения. При объективном анализе состояния полости рта почти у всех женщин, включенных в исследование диагностировано кариозное поражение зубов, за исключением одной. Челюстно-лицевые аномалии выявлены не были, но у одной из женщин (5 %) были выявлены функциональные нарушения в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС). Наличие ортопедических конструкций (коронки) наблюдалось у 5 женщин (25 %), съёмных протезов- у одной (5 %) женщины.

При внешнем осмотре полости рта умеренно увлажненная слизистая оболочка розового цвета была у 19 женщин (95 %), гиперемизированная слизистая - у одной пациентки (5 %). У 17 женщин (85 %) десневые сосочки и маргинальная часть десны были в норме, у 2 женщин (10 %) отмечалась небольшая отёчность. При зондировании десневой борозды у 4 (20 %) женщин была выявлена кровоточивость.

Заключение. В ходе расчета индексов гигиены полости рта и изучения мазков со слизистой женщин с СПКЯ были получены следующие результаты. Количество пародонтальных патогенов, а также уровень специфических антител в сыворотке крови повышены у пациенток с СПКЯ, особенно при наличии воспаления дёсен. Значения индекса CRITN (индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта) повышен у пациенток с высокой степенью кровоточивости десен, при этом отмечена более высокая частота посещений этими женщинами врача стоматолога. Хочется отметить, что изменения состояния полости рта при СПКЯ не связаны с какими-либо особенностями поведения женщин по уходу за

зубами и полостью рта.

ЛИЧНОСТЬ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

ТГСИ, студент стоматологического факультета группа 306

Мамадалиева Муаззам

*Научный руководитель: ассистент кафедры терапевтического
направление № 3 Гаюбов У.М.*

Состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие в различных странах мира в целом и в Узбекистане в частности характеризуется неблагоприятными тенденциями: распространением девиантного и зависимого поведения; деформацией медико-социального портрета семей, имеющих детей. На этом фоне особую актуальность приобретает изучение психологических аспектов таких заболеваний, как минимальная мозговая дисфункция (далее – ММД) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ), имеющих широкую распространенность у детей.

Целью исследования явилось определить характеристики личности, межличностных отношений, материнского воспитания детей 9–10 лет с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Методы исследования. В ходе исследования было обследовано 108 человек. Из них на подготовительном этапе – 4 учителей и на этапе психодиагностики – 40 детей (с 9 до 10 лет с ММД и СДВГ) и 40 матерей, из которых были сформированы три группы. Основная – 15 младших школьников с ММД и СДВГ и 15 матерей; первая группа сравнения – 15 младших школьников с симптомами невнимательности и импульсивности (группа риска) и 15 матерей; вторая группа сравнения – 10 школьников без симптомов невнимательности и импульсивности (контрольная группа) и 10 матерей. Методами исследования явились клинико-биографический, психодиагностический, методы статистической обработки данных.

Результаты исследования. Испытуемых всех групп отличают сходные свойства личности: неуверенность в себе, ранимость, неустойчивость, что можно рассматривать как возрастную особенность. Младшие школьники группы ММД-СДВГ, по сравнению с младшими школьниками группы риска, более замкнуты, имеют менее высокую степень сформированности интеллектуальных функций, менее послушны. В структуре межличностных отношений детей всех групп наиболее выражены «отношение к родителям, воспринимаемым как родительская чета» и «отношение к матери». В межличностных отношениях доминируют такие личностные особенности, как любознательность, конфликтность. Все дети демонстрируют активно-агрессивную реакцию на фрустрацию. Взаимосвязи характеристик конкретно-личностных отношений детей с ММД-СДВГ, их поведенческих характеристик с особенностями

материнского воспитания показывают, что отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре связано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка собственных нежелательных качеств; отношение к учителю положительно взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка и отрицательно – с ее воспитательной неуверенностью; вынесение матерью супружеского конфликта в сферу воспитания прямо взаимосвязано с конфликтностью детей, их активно-агрессивной реакцией на фрустрацию и обратно – с любознательностью.

Выводы. Результаты проведенного с позиции биопсихосоциального подхода исследования расширяют и уточняют представления современной медицинской психологии об особенностях личности, в том числе копинг-поведения и учебной мотивации детей с ММД и СДВГ, специфики их межличностных отношений, характеристик материнского воспитания. Показано, что проявления гипопротекции со стороны матери взаимосвязаны с компенсаторной значимостью для детей с ММД и СДВГ отношений с учителем и другом. Обнаружено, что детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, отличают более высокая личностная напряженность и фрустрированность, большая значимость отношений с матерью.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕМАДЕКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2018-2022 ГОДЫ

**Насирдинов Омаджон Адхамджон Оглы и Тойчибоев Сарваржон Эркин
оглы**

**Факультет медицинской профилактики студент группы 352 - б
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч
Узбекистан**

Научный руководитель: ассистент Нуралиева Н.Б

Актуальность темы. На протяжении 2018-2022 годов большую часть выявленных в республике кожных заболеваний составляют дети в возрасте 15-17 лет, а следующее место занимают дети в возрасте 14 лет. В настоящее время среди населения растет число больных кожными заболеваниями. Из них демадекоз считается одной из актуальных проблем в дерматологии и составляет 3-5% дерматозов. Отмечается, что осложнения с демадекозом чаще встречаются у женщин (78,7%), чем у мужчин (21,3%). Особенно углубляет вопрос локализация патологического процесса на коже лица больного, а вместе с этим и склонность к эффективному лечению, и частые рецидивы. Гнойничковые (гнойные, медленные) высыпания присоединяются, если болезнь затягивается или рецидивирует. Патологические изменения кожи в 90-100% случаев локализуются в области лица больного, в отдельных случаях переходят и на кожу уха. Тот факт, что видимая кожа лица становится косметологически некрасивой, может действовать как психотравмирующий фактор для пациентов, нарушая самооценку личности и спонтанно усиливая воспалительный процесс.

Цель. Исследование распространенности кожных заболеваний и

заболеваемости демадекозом в Республике Узбекистан за 2018-2022 годы.

Методы и приемы. Статистический сборник Минздрава за 2022 год и показатели 89 пациентов, проходящих лечение в частной клинике кожных заболеваний м-исцеление в городе Ургенч.

Результат. Мы оценивали кожные заболевания в разрезе лет, сравнивая кожные заболевания, выявленные среди населения нашей республики в течение 2018-2020 годов. По результатам оценки заболеваемость кожными заболеваниями в республике по сравнению с общей численностью населения (100 тыс. человек) 2018- 2019- 2020-в то время как с 2794 в 2018 году до 2335 в 2019 году и 1780 в 2020 году этот показатель снизился до 1741 в 2021 году и 1730 в 2022 году, определение первичных кожных покровов в то время как в 2018 году еса составляло 69% из 1928, этот показатель составляет 1839, или 78,76%, в 2019 году и 1285, или 72,2%, в 2020 году, 1741, или 72,26%, в 2021 году и 1247, или 72,1%, в 2022 году. Возбудителями демадекоза человека являются *Demodex folliculorum longus* и *Demodex folliculorum Brevis*. Клещи демодекс – выявляются в 38% случаев на коже носа и ушей, в 29-30%-вокруг лба и рта, в 20-23% - на коже выпуклостей и век, в 9-13% - на коже подбородка и подбородка. одна группа ученых связывает основное внимание в патогенезе заболевания с тревожными (эмоциональными) факторами, другая группа сторонников, с проблемами пищеварительной системы функции к эндокринопатиям относят такие факторы, как нарушение кровообращения, к третьей группе-климатические факторы, и, наконец, к последующим. Но их современное лечение и диагностика проводятся.

Вывод. Когда мы проанализировали динамику кожных заболеваний в период с 2018 по 2022 год, мы увидели снижение распространенности кожных заболеваний на большие значения и изменение значения обнаружения первичных кожных заболеваний в зигзагообразной форме. Основными факторами этого можно считать улучшение диагностической ситуации с помощью нового современного оборудования в области медицины, а также повышение знаний и навыков медицинских работников, процессов медицинского обследования с появлением признаков заболеваний среди населения.

ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА

Григорян С.А. студентка 402 С гр. МО стом., Шамсиев Д.Ф.

*Научный руководитель: Шамсиев Д.Ф. заведующий кафедрой
оториноларингологии, д.м.н., проф.,*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Отосклероз - специфическое заболевание, представляющее собой первичное метаболическое поражение костной капсулы ушного лабиринта, выражающееся особой формой остеодистрофии с преимущественно двусторонним очаговым поражением энхондрального слоя капсулы.

Диагностика. При аудиологическом обследовании при тимпанальной и

смешанных формах отосклероза отмечаются отрицательные результаты камертональных проб Ринне и Федеричи. В опыте Вебера звук камертонов С128-С2048 латерализуется в хуже слышащее ухо.

Материалы и методы. По данным ТПА определяется кондуктивная или смешанная тугоухость двусторонняя или односторонняя. При аудиологическом обследовании часто выявляется так называемый «зубец Кархарта» - ухудшение показателей костной кривой на 5-15 дБ в диапазоне 2-3 кГц. При определении слуховой чувствительности к ультразвуку (УЗВ) по методу Б.М. Сагаловича определяются нормальные пороги восприятия УЗВ. При проведении речевой аудиометрии отмечается 100% разборчивость речи.

При акустической импедансометрии для отосклероза характерна тимпанограмма типа «А» и отсутствие акустического рефлекса.

Результаты. Таким образом, КТ височных костей выполняется у пациентов с односторонней кондуктивной или смешанной тугоухостью для исключения наличия аномалий развития и особенностей строения височной кости, что может быть одним из объяснений скалярной тугоухости (феномен «третьего окна»), при выраженной двусторонней смешанной тугоухости, у пациентов молодого возраста, в связи с большей вероятностью наличия активного отосклероза и при подозрении на кохлеарную форму отосклероза.

КТ височных костей проводится в аксиальной и коронарной проекциях толщиной среза 0,3-1 мм. Для повышения чувствительности метода многие авторы используют денситометрические исследования, то есть анализируют плотность капсулы лабиринта. При анализе плотности капсулы улитки у больных отосклерозом было выявлено её снижение в сравнении со здоровыми лицами обусловленной деминерализацией кости. Снижение плотности капсулы лабиринта от + 1500 до + 300 ед. Н (в норме + 2000 - +2200 ед. Н - единицы Hounsfield) свидетельствует о начальной или далеко зашедшей её деминерализации.

При фенестральной форме отосклероза, на КТ височных костей, очаги отосклероза наиболее часто визуализируются в области переднеоконной щели, переднего полюса основания стремени, распространяющиеся на переднюю ножку стремени. Плотность зрелых очагов отосклероза в основном составляет от +1000 до +1100 ед. Н. При плотности очагов отоспонгиоза от +500 до +800 ед. Н, можно предположить наличие активного отосклероза. Стоит отметить, что при фенестральной локализации очагов отосклероза или отоспонгиоза, по данным КТ височных костей, вид тугоухости может быть различным (от тимпанальной до смешанной формы).

При кохлеарном отосклерозе, в начальной его стадии в костной капсуле лабиринта, окружающей улитку, выявляются участки пониженной плотности +1500- +1100 ед. Н. При умеренно выраженной активной стадии – в костной капсуле лабиринта, вокруг базального и апикального завитков улитки определяются хорошо видимые на томограммах участки пониженной плотности +1000- +600 ед. Н, часто распространяющиеся на область круглого окна и могут достигать дна внутреннего слухового прохода и горизонтальных полукружных каналов.

На стадии далеко зашедшего кохлеарного отосклероза выявляется деминерализация костной капсулы ушного лабиринта на уровне базального и апикального витков улитки. Также изменения могут достигать преддверия и полукружных каналов. Плотность на этой стадии колеблется от +300 до +1200 ед. Н. На этой стадии развития отосклероза могут определяться явления костной облитерации структур лабиринта. Наиболее часто явления облитерации по данным КТ височных костей выявляются в базальном завитке улитки и горизонтальном полукружном канале. Также КТ височных костей актуальна для диагностики причин неудовлетворительных результатов стапедопластики. С помощью метода можно определить положение протеза, глубину его погружения в преддверие, некроз длинной ножки наковальни, перилимфатическую фистулу и гранулёму окна преддверия. Расширяет возможности метода в определении движения цепи слуховых косточек и появление функциональной мультиспиральной КТ височных костей.

Перспективными в диагностике отосклероза являются фотонноэмиссионная КТ (single photon emission computed tomography), которая демонстрирует чувствительность метода 95,2%, а специфичность – приблизительно в 96,7% и магниторезонансная томография (МРТ) височных костей с применением гадолиния. Если раньше МРТ головного мозга использовалась только для определения наличия просвета улитки, то в последние годы появились сведения о способности метода определять активные (отоспонгиозные) очаги отосклероза.

Заключение. У больных отосклерозом при жалобах на головокружения и расстройство равновесия выполняется экстратимпанальная электрокохлеография для исключения гидропса лабиринта. В тоже время отмечается, что гидропс появляется у большинства пациентов при длительности заболевания более 10

лет вследствие нарушения гидродинамики жидкостей лабиринта из-за сдавления их очагами отосклероза или по причине аномалий развития лабиринта.

Литература:

1. Esamuradov A.I., Shamsiev J.F., Mirzaeva M.A. (2020) Study of the influence of the middle ear microbial landscape on the course of chronic purulent otitis// Биомедицина ва амалиёт журнали 2020, №1-2, стр. 572-575
2. Esamuratov A. I., & Shamsiev J. F. (2022). Tactical approaches to the surgical treatment of chronic suppurative otitis media. British Medical Journal, 2(5).
3. Esamuradov A.I., Shamsiev J.F., Mirzaeva M.A. (2022) Genetic predictors for the formation of chronic purulent otitis media // British Medical Journal, (№1 (2)), 159-164.
4. Shamiev, D. F. (2002). Facial Paralysis in Middle Ear Surgery. Otology & Neurotology, 23, S55.
5. Абдурахманов И., Шамсиев Д., Олимжонова Ф. (2021) Болаликдан бош мия фалажи билан болалардаги ўткир ва сурункали параназал синуситларни даволашда мукоррегуляр дори воситасини самарадорлигини ўрганиш // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, Том2, №2, стр. 18-21

6. Абдурахмонов И. Р., Шамсиев Д. Ф. (2021). Эффективность применения местной антибиотикотерапии в лечении параназального синусита у детей с церебральным параличом. In Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее (pp. 336-338).

7. Абдурахманов И., Шамсиев Д., Олимжонова Ф. (2021). Изучение эффективности мукорегулярных препаратов в лечении острого и хронического параназального синусита при детском церебральном параличе. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2(2), 18-21.

ИНТРАДИАЛИЗНАЯ ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ

Даминов Азиз Ботирович

Илмий раҳбар: Собиров М.О.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан.*

Цель исследования: изучение интрадиализной динамики активности ПОЛ и АОС на фоне стандартного ГД и при применении интрадиализной ФН.

Материал и методы исследования: Настоящее исследование включала 103 больных ХБП5д и 20 здоровых добровольцев соответствующего возраста. Всем участникам исследования проводилось лабораторно-инструментальное обследование, включающее системы ПОЛ/АОС. Данные, полученные в группе больных ХБП5д (103 человека) сравнивались с данными, полученными в группе здоровых добровольцев (КГ, 20 человек).

Результаты исследования: Серийное обследование, проводимое в ходе процедуры ГБ (60-90 минут от начала процедуры) продемонстрировало следующую активацию ПОЛ (увеличение концентрации МДА на 590,60%, $p < 0,001$) и снижение активности АОС (относительная динамика активности СОД -11,48%, КТ – 24,40%, $p < 0,001$ достоверность различия с исходными данными обоих показателей). К концу процедуры ГД на фоне ФН концентрация МДА показала тенденцию к снижению, хотя и не достигла исходных значений ($p < 0,001$ достоверность различия с исходными данными), в то время как активность СОД и КТ увеличивалась и достигла значений больше, чем додиализная ($p < 0,001$ достоверность различия активности обоих ферментов по сравнению с исходными данными).

Вывод: Гемодиализ уже к 60-90 минуте ассоциируется с прогрессирующей активацией свободно радикального окисления (увеличение концентрации МДА на 950,60 % и снижение активности СОД на 11,48 % и КТ на 24,40%). К концу ГД активация ПОЛ продолжает прогрессивно ухудшаться. Интрадиализная физическая нагрузка оказывает протективный эффект ограничивая активацию ПОЛ, а также способствуя активации АОС.

Ключевые слова: гемодиализ, свободно радикальное окисление, антиоксидантная система, интрадиализная физическая нагрузка

СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Ёдгарова У.Г- Кафедра Нервных болезней. Народная медицина
Научный руководитель Раимова М.М.
ТГСИ, Узбекистан.*

Синдром беспокойных ног (СБН), также известный как болезнь Уиллиса-Экбома, представляет собой распространенное неврологическое сенсомоторное расстройство, которое часто ухудшает сон и качество жизни. СБН часто сочетается с заболеваниями, связанными с повышенным сердечно-сосудистым риском, такими как ожирение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, обструктивное апноэ во сне, бессонница или депрессия.

СБН часто классифицируют как первичный/идиопатический или вторичный/симптоматический, если он возникает на фоне сопутствующих заболеваний, таких как железодефицитная анемия, хроническая почечная недостаточность, гемохроматоз, болезнь Крона и целиакия, артрит, неврологические расстройства (болезнь Паркинсона, полиневропатия, рассеянный склероз), диабет; или же под воздействием таких лекарств, как нейролептики. Периодические движения конечностей (ПДКС) во время сна присутствуют у 80% пациентов с СБН. ПДКС часто связаны с микропробуждениями, которые способствуют фрагментации сна и повторяющимся повышением артериального давления и частоты сердечных сокращений в течение ночи, что представляет собой повышенный риск гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Основываясь на своей патофизиологии (т.е. сильная генетическая предрасположенность и нарушение регуляции метаболизма железа и дофаминергической системы), СБН сам по себе может также способствовать симпатической гиперактивности, а затем гипертонии и сердечно-сосудистым заболеваниям.

Тем не менее, связь между СБН и сердечно-сосудистыми заболеваниями или гипертонией остается неясной в литературе, с некоторыми различиями в дизайне исследований, размере выборки, поправках на потенциальные факторы, искажающие результаты, и неоднородности в оценке СБН (диагноз, продолжительность, частота, тяжесть и наличие потенциальных сопутствующих заболеваний, которые могут указывать на вторичный СБН). Недавнее и хорошо спланированное большое ретроспективное когортное исследование показало, что первичный СБН связан с более высоким риском гипертонии, но не сердечно-сосудистых заболеваний, тогда как вторичный СБН связан с повышенным риском для обоих. Однако, насколько нам известно, ни в одном исследовании не изучалось влияние сонливости в дневное время, жалоб на бессонницу и симптомов депрессии на связь между СБН и 1) сердечно-сосудистыми заболеваниями 2) артериальной гипертонией. Действительно, нарушение сна, бессонница, дневная сонливость и депрессия являются частыми сопутствующими состояниями при СБН и могут увеличивать риск сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертонии. Связь между СБН,

сердечно-сосудистыми заболеваниями и артериальной гипертензией не была тщательно изучена в клинических популяциях, особенно у пациентов, получавших лечение по поводу СБН.

Цели исследования: изучить связь между первичным СБН и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы исследования: В ходе исследования было обследовано 20 пациентов с СБН в возрасте от 32 до 48 лет, из них мужчины составили 34%, женщины - 66%. В контрольную группу вошли 20 человек условно здоровых лиц, обязательным условием включения пациентов контрольной группы явилось отсутствие неврологической и кардиологической симптоматики, постановки на учет у невролога и кардиолога, получения медикаментозной терапии по поводу неврологических, кардиологических отклонений. Диагноз СБН устанавливали на основании наличия клинических проявлений в соответствии с критериями (IRLSSG, 2003). Пациенты с СБН, вторичным по отношению к беременности, хронической почечной недостаточностью, гемохроматозом или неврологическими заболеваниями (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, полинейропатия, фибромиалгия, деменция, миелит, нарколепсия) были исключены. Данные об анамнезе сосудистых заболеваний, диагностированных врачом, заполнялись всеми участниками посредством стандартизированной анкеты. Для клинической оценки вариантов нарушений использовали специальные шкалы опросники, где подробным образом выявляли характер расстройств сна.

Результаты исследований. Среди пациентов средний возраст начала СБН составил 40 лет, а средняя продолжительность симптомов — 14 лет. На момент включения в исследование 91,2% пациентов принимали препараты, связанные с СБН: 83,8% - дофаминергические агонисты и 15,6% - леводопа. СБН был умеренным у 18,9%, тяжелым у 58,6% и очень тяжелым у 21,6% пациентов. О семейном анамнезе СБН сообщили 56,5% пациентов. Низкий уровень ферритина (<50 нг/мл) выявлен у 9,3% больных. По сравнению с контрольной группой пациенты с первичным СБН были старше, чаще женщины, с избыточной массой тела или ожирением, чаще сообщали о синдроме апноэ во сне, депрессивных симптомах, бессоннице и чаще имели гипертонию, гиперхолестеринемию, семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний ($p < 0,05$ для всех сравнений). Среди пациентов с СБН и ССЗ 74,5% сообщили о возникновении ССЗ после начала СБН. Связь СБН с ИБС и ССЗ была сильнее у лиц с симптомами СБН не менее 16 раз в месяц и сильнее у лиц с тяжелыми, чем у лиц с умеренно беспокоящими симптомами.

Выводы: Пациенты с ежедневным симптомами СБН имели более высокие установленные сердечно-сосудистые факторы риска, чем условно здоровых людей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Жамолитдинов С.Ж., клинический ординатор 1 курс – Общая хирургия

*Научный руководитель: доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Пулатов М.М.,
доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Юнусов С.Ш., ассистент кафедры
Хирургия и ВПХ Хасанов Я.Н.*

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. С увеличением средней продолжительности жизни возрастает число больных, страдающих двумя и более хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. С определенными трудностями сталкиваются хирурги и анестезиологи при объективной оценке степени тяжести больных (СТБ), выборе хирургической тактики и объема операции, особенно у людей пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) при сочетании с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ) и холангитом.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ГДК у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. За отчетный период 2018-2023 гг. в хирургическом отделении ТГСИ, РКБ №1, на базе хирургии и ВПХ ТГСИ, нами было обследовано 69 больных ЯБЖ и ДПК осложненных ГДК в возрасте от 60 до 85 лет. У всех больных были выявлены сопутствующие патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других систем. Среди них мужчины - 39 (57,6%), а женщин было 30 (42,4%). Средний возраст составил – $78 \pm 2,1$ лет. Из них у 38 больных (основная группа) было применено активная тактика (хирургические вмешательства). Контрольную группу составил 31 больной, которые получали общепринятое стандартное лечение (активно выжидательная тактика).

Результаты. Диагноз «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненный кровотечением» был заподозрен на основании характерных жалоб.

У всех 69 больных было диагностировано сопутствующие ИБС, ГБ различной степени связанке общим атеросклерозом сосудистой системы, у 14 больных - хронические обструктивные болезни легких, у 7 - хронический пиелонефрит, у 4 - сахарный диабет, у 2 - хронический гепатит. Всем больным с сопутствующими заболеваниями одновременно проводили консультации смежных специалистов и проводили соответствующие лечение. Особое внимание особенно заслуживали больные с патологией ССС.

В основной группе наряду общепринятым лечением предпочтение отдавали активной тактике: на 1-е и 2-сутки проводили паллиативные и условно радикальные операции: так у 18 дуоденотомия или гастротомия с ушиванием кровоточащей язвы, у 20 пилоропластика с иссечением кровоточащей язвы с трункулярной ваготомией. В контрольной группе старались добиться гемостаза консервативными мерами. Но из 31 больного только у 17 удалось остановить кровотечение, а в последующем после коррекции последствий кровотечения и лечения сопутствующих заболеваний они были оперированы в плановом порядке, что составило 1-подгруппу контрольной группы. У 9 больных (2-подгруппа) после консервативного гемостаза случился РК на 3-4 сутки, которых

пришлось оперировать на высоте кровотечения. У 5 больных (3-подгруппа) на фоне гемостатической терапии развился ухудшение состояния сердечно-сосудистой, дыхательной систем и на этом фоне отмечался РК, которых вынужденно оперировали на высоте кровотечения. В послеоперационном периоде умер один больной из основной группы (3,5%). В контрольной группе в 1-подгруппе (17 больных) летальных исходов не было, во 2-подгруппе из 9 умер один больной и из 3-подгруппы из 5 больных умерли двое. Таким образом, в контрольной группе летальность составила - 9,1%.

Заключение. При проведении комплексной медикаментозной терапии ГДК у больных пожилого и старческого возраста необходимо учитывать возможность отрицательного влияния гемостатической терапии на жизненно важные органы и системы пациента, особенно при атеросклеротическом поражении сосудов ССС, головного мозга, что может способствовать увеличению летальности в послеоперационном периоде. При наличии кровотечения из пенетрирующих, гигантских, каллезных язв, (при FIA и FIB, FIIA и FIIB по классификации Ж. Фореста), у лиц пожилого и старческого возраста необходимо применять более активную хирургическую тактику. Активная хирургическая тактика в этой категории больных при правильном выборе объема операции приводит к значительному уменьшению показателей летальности.

НАРУШЕНИЯ ОФТАЛЬМОТОНУСА ПРИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Закирходжаев Р.А., Махмудов Р.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра эндокринологии

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является хроническим аутоиммунным заболеванием глаз, характеризующееся отеком и лимфоцитарной инфильтрацией ретробульбарной клетчатки и экстраокулярных мышц с последующим развитием фиброза. Несмотря на то, что клинические признаки ЭОП достаточно подробно описаны, остаются не решенными вопросы возможных комбинаций различных симптомов ЭОП, обусловленных увеличением объема мягких тканей орбиты и повышением внутриорбитального давления, и их влияние на сохранность зрительных функций. Средний возраст больных (от 35 до 58 лет), страдающих ЭОП, позволяет отнести этот показатель к фактору риска развития первичной открытоугольной глаукомы. Однако этот вопрос в литературе до настоящего времени не обсуждался. Нет сведений о дифференциально-диагностических признаках первичной глаукомы и симптоматической офтальмогипертензии у этой категории больных.

На протяжении полувека одним из ведущих методов лечения больных ЭО остается длительное использование больших доз глюкокортикоидов. Хорошо известно, что глюкокортикоиды независимо от способа введения могут провоцировать повышение ВГД и формировать так называемую независимую стероидную глаукому. В тоже время отсутствует единый подход к ведению таких

больных: обосновано ли использование гипотензивных препаратов при повышении внутриглазного давления, можно ли применять глюкокортикоидные препараты. Наличие столь разнообразных вопросов обусловлено отсутствием четких сведений о частоте возникновения и понимании механизма развития внутриглазной гипертензии у больных ЭО.

Цель исследования. Изучить распространенность и степень нарушений офтальмотонуса у пациентов с отечной формой эндокринной офтальмопатии.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении офтальмологии Каршинского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра эндокринологии в период с 2020 по 2022 годы. Исследование включало 54 пациентов с ЭОП, 41 женщин (75,9%) и 13 мужчин (24,1%), средний возраст $52,4 \pm 5,8$ лет. Распределение пациентов в исследуемых группах базировалось на клинической классификации А.Ф. Бровкиной.

Согласно данной классификации, были сформированы 2 исследуемые группы:

- основная группа, пациенты с отечным экзофтальмом, $n=28$ (56 орбит), 21 женщин (75%) и 7 мужчин (25%), средний возраст $59,4 \pm 4,7$ лет;
- сравнительная группа, пациенты с тиреотоксическим экзофтальмом, $n=26$ (52 орбит), 20 женщин (76,9%) и 6 мужчин (23,1%), средний возраст $48,7 \pm 5,2$ лет.

Критерием исключения из исследования являлось наличие грубых патологических изменений в роговице, развившихся в результате ЭОП, что препятствовало осуществлению тонометрии и тонографии и подтвержденный данными соответствующих исследований диагноз глаукомы.

Офтальмологическое исследование включало визометрию, биомикроскопию, прямую и непрямую офтальмоскопию, экзофтальмометрию по Гертелю, тонометрию по Маклакову и тонографию по Нестерову (определялись показатели оттока водянистой влаги: истинное внутриглазное давление (P_0), коэффициент легкости оттока (C , мм³/мин), коэффициент Беккера (KB , мм рт.ст./мм³/мин) и минутный объем секреции водянистой влаги (F , мм³/мин)).

С целью статистической обработки полученных результатов в группах нами проведен статистический анализ данных в пакетах программы Microsoft Office 2018 for Windows. В случае распределения, близкого к нормальному, данные представляли в виде $M \pm SD$, где M - среднее арифметическое, а SD - стандартное отклонение. Для сравнения средних значений оценивали t - критерий Стьюдента и его p - значимость.

Результаты. Исследование показало, что у пациентов основной группы среднее значение ВГД составляло 25,1 мм.рт.ст. (рассчитывалась медиана при максимальном значении 28 мм.рт.ст. и минимальном 17 мм.рт.ст., при различных показателях ВГД на 2 глазах у пациента в расчет брался наибольший).

У пациентов сравнительной группы среднее значение ВГД составляло 19,4 мм.рт.ст. (рассчитывалась медиана при максимальном значении 25 мм.рт.ст. и минимальном 16 мм.рт.ст., при различных показателях ВГД на 2 глазах у пациента в расчет брался наибольший). В целом, средние показатели ВГД у пациентов с тиреотоксическим экзофтальмом не превышали показатели нормы.

Таким образом, установлено, что средние показатели офтальмотонуса у пациентов с отечным экзофтальмом достоверно ($p < 0,05$) выше в сравнении с показателями пациентов с тиреотоксическим экзофтальмом.

Аналогичная картина наблюдалась и в отношении показателя истинного внутриглазного давления (P_0). Средние показатели основной группы были достоверно выше показателей сравнительной группы. При сравнении коэффициента легкости оттока (C , мм³/мин) статистически достоверных различий между исследуемыми группами выявлено не было. При сравнительном анализе медианы коэффициента Беккера (КБ) было выявлено, что показатель основной группы был достоверно выше показателя сравнительной группы. При сравнении минутного объема секретиции водянистой влаги (F , мм³/мин) статистически достоверных различий между исследуемыми группами выявлено не было.

По степени компенсации отечного экзофтальма в основной группе наблюдалось 5 пациентов (21,4%) с патологическим процессом в стадии компенсации, 16 пациентов (57,1%) в стадии субкомпенсации и 5 (17,8%) - декомпенсации.

При отечном экзофтальме частота повышения офтальмотонуса составила 53,6%. Исследование показало, что повышение офтальмотонуса имело место в случаях субкомпенсации или декомпенсации патологического процесса в орбите, что проявлялось выраженными симптомами отека тканей орбиты (отек век, красный хемоз, нарастание экзофтальма).

Вывод. Установлено, что в случаях суб- и декомпенсации патологического процесса при отечной форме эндокринной офтальмопатии имеет место симптоматическое повышение офтальмотонуса и нарушение гидродинамики, что требует более глубокого исследования данного явления и его связь с развитием нарушений зрительной функции.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Зафарова М.З., студентка 227 группы педиатрического факультета.

Самаркандский медицинский университет

Научный руководитель: Мухсинова М.Х.

К.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

mukhsinovamakhzuna@gmail.com

В последние годы отмечен рост частоты малых аномалий развития сердца как среди взрослых, так и среди детей и подростков, что связано не только с истинным увеличением этой патологии, но и с широким внедрением высокоинформативных инструментальных методов исследования сердца, прежде всего, эходоплеркардиографии, а также с упорядочением представлений о малых аномалиях сердца как о нозологической единице. К малым аномалиям

развития сердца (МАРС) следует относить анатомические изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов не приводящие к грубым нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. В целом прогноз при малых аномалиях сердца благоприятный, но все же в каждом конкретном случае значимость структурных аномалий сердца должна рассматриваться индивидуально.

Цель исследования. Изучить особенности клинико — инструментальных проявлений и усовершенствовать алгоритм ранней диагностики малых аномалий сердца у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 100 детей с малыми аномалиями сердца у детей из них 40 детей с дополнительной хордой, 30 детей с открытым овальным окном, 30 детей с пролапсом митрального клапана. Дети были обследованы от 1 месяца до 5 лет. Дети обследованы на базе Городского детского медико-консультативного диагностического центра.

Диагноз ставился на основании жалоб, данных анамнеза (акушерский анамнез матери, анамнез жизни и заболевания ребенка, перенесенные заболевания, характер течения и продолжительность заболевания), клинико-функциональных (ЭКГ, ЭхоКГ), лабораторных (общий гематологический анализ, скрининг тест мочи с определением молочной кислоты и уровень кальция в моче – проба Сулковича) методов обследования.

Проводили следующие пробы:

Проба на молочную кислоту. К 1 мл мочи добавляют 0,5 мл концентрированного раствора аммиака и 3 капли 10 % раствора NaOH. Пробу нагревают до кипения. Проба считается положительной при появления ярко желтой окраски.

Проба Сулковича (на кальций). К 1 мл мочи добавляют 0,5 мл реактива. Состав реактива: 16,6 мл уксусной кислоты. 8,3 гр. шавелевой кислоты, 8,3 гр. Сернокислого аммония на 500 мл воды. О количестве кальция судят по помутнению мочи через 1-2 минуты. Проба оценивается в баллах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В детской практике актуальным является дифференциальная диагностика МАРС другими заболеваниями. Задачами наших исследований явились вопросы ранней диагностики МАРС с изучением особенностей клинических проявлений и структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

По выраженности клинических симптомов дети с МАРС были распределены по клиническим показателям (табл. 1). Данные выраженности клинических показателей показывает, что, аускультативно признаки тахикардии достоверно преобладали у детей с ООО $10,0 \pm 5,5$ ($<0,05$). Также признаки брадикардии преобладали у детей с ПМК $10,0 \pm 5,5$ ($<0,05$) по сравнению с другими видами МАРС. Систолический шум присутствует во всех клинических видах МАРС, но в отличие характера систолического шума у детей с ПМК выслушивались систолический щелчок $100,0 \pm 0,0$ с позднесистолическим шумом.

1. Выводы. Таким образом, для детей с малыми аномалиями развития сердца характерны возраст детей, что у детей в возрасте до года выявлены дополнительная хорда ЛЖ (45%) и ООО (66,7%). Наименьшая встречаемость дополнительной хорды ЛЖ и ООО у детей в возрасте 2-5 лет 55% и 33,3%. ПМК меньше встречался у детей от 1 месяца до 1 года (26,7%) и больше в возрасте от 2х до 5 лет (73,3%). Изучение медико-биологических факторов показало, что все виды МАРС чаще встречаются у мальчиков. Развитие доп.хорды в ЛЖ в большей степени преваляло у детей, возраст матери которых старше 35 лет на момент рождения данного ребенка (12,5%). Развитие ПМК и ООО в большей степени преваляло у детей, у которых имелась наследственная отягощенность (26,6 и 15%).

2. Наряду с функциональными исследованиями необходимо проведения скрининг тест мочи на молочную кислоту и определения кальция в моче для ранней диагностики МАРС и предупреждения неблагоприятного течения заболевания. Анализ результатов скрининг теста мочи показал, что наиболее выраженное повышение молочной кислоты наблюдается у 26,7% детей с ПМК (+++), что предупреждает о наличие риска неблагоприятного течения заболевания. Наименшее количество детей с (+++) молочной кислотой отмечались у детей с доп.хордой и ООО (6,6% и 3,3%). Результаты пробы Сулковича показали, что у 10% детей с ПМК отмечалось гипокальцийурия.

Библиографические ссылки:

2. Ахрарова Ф.М. Клинико-патогенетическое обоснование формирования сердечно - сосудистой патологии у детей с кардиальными проявлениями дисплазии соединительной ткани автореф. дис. кандидат мед. наук: 14.00.09 / Ахрарова Ф.М. – СПб., 2020. – 20 с.

12. Гольденберг А. Е., Денисова Т. В., Бугун О. В. Распространенность малых аномалий развития сердца у детей, проживающих в различных экологических зонах (результаты эхокардиографического скрининга) // Вестник аритмологии. 2018. Т. 39, № 1. С. 124.

13. Диспластическое сердце: возможно ли прогнозировать электрическую нестабильность миокарда? / М.Ю. Сметанин, Т.Е. Чернышова, Л.Т. Пименов, Н.Ю. Кононова, //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 11, №. 2-2. – С. 353-354.

14. Земцовский Э.В. Малые аномалии сердца: попытка ревизии рабочей классификации с позиций кардиолога-клинициста / Э.В. Земцовский Э.Г. Малев. //Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. – 2019. - №4. - С. 67-73.

15. Меншикова Л.И. Дисплазия соединительной ткани сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей / Л.И. Меншикова, О.В. Сурова //Вестник аритмологии – 2018. – №19. -С.54-59.

16. Мухсинова М.Х. Малые аномалии сердца у детей (обзор литературы). / Мухсинова М.Х., Хужаева Ф. С., Абдувохидов Ж.З. // Re-health journal. -2021. - №2(10). С. 173-181.
17. Резник Е.В. Эхокардиография в практике кардиолога / Е.В. Резник, Г.Е. Гендлин, Г.И. Сторожаков // М.: Практика. – 2018. – 212с. 128
18. Caselli S., Mango F., Clark J. et al. Prevalence and Clinical Outcome of Athletes With Mitral Valve Prolapse. Circulation, 2018, vol. 137, pp. 2080–2082.
19. Corrado D., Basso C., Nava A. et al. Sudden death in young people with apparently isolated mitral valve prolapse // G. Ital Cardiol. 2018. Vol. 27. P. 1097–1105.
20. Daliento L. Mitral valvar prolapse: overlap or masked syndrome? / Cardiol Young, 2019, vol. 12, pp. 317–319.
21. Finocchiaro G., Papadakis M., Robertus J.-L. et al. Etiology of sudden death in sports. Insights from a United Kingdom regional registry. Jour Am Coll Cardiol., 2018, vol. 67, no. 18, pp. 2108–2115.
22. Mukhsinova M. Kh. Connective tissue heart dysplasia in children (literature review). // Journal of Healthcare in Developing Countries (JHCDC). № 1(2) (2021) P. 24-27.
23. Muxsinova M.X. Bolalardagi kichik yurak anomaliylarining klinik va funktsional xususiyatlari. / Muxsinova M.X., Ortikov U.U., Xujaeva F., Abduvohidov J.Z., Abdurazakova Z.K. //Евразийский вестник педиатрии. 2021. - №3(10). - С.98-104.
24. Kadurina T.I. Connective tissue dysplasia. A guide for doctors / T.I. Kadurin, V.N. Gorbunova — SPb .: » ELBI «. — 2019. — 714 p.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЗОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

*Зуфаров Г.Т.-клинический ординатор 2 года обучения кафедры
оториноларингологии ТГСИ, Каримов О.М. кафедра оториноларингологии
ТГСИ*

*Научный руководитель: Каримов О.М. к.м.н., ассистент кафедры
оториноларингологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

В последние годы отмечается неуклонный рост поражения слуха лиц молодого трудоспособного возраста. При аудиологическом обследовании выявляется чаще всего нейросенсорная тугоухость (НСТ), связанная с поражением слуховоспринимающего аппарата. НСТ является полиэтиологическим заболеванием со сложным и до конца неизученным патогенезом. Основными причинами заболевания считают гипоксию, сосудистую патологию, интоксикацию, инфекцию и травматические факторы.

Цель: изучить влияние препарата танакан на состояние больных с нейросенсорной тугоухостью.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 34 историй

болезни больных с НСТ, находившихся на лечении в ЛОР клинике №3 ТМА. Проводилось исследование слуховой функции: камертональное и аудиологическое. Основную группу составили 20 больных, которые на фоне традиционной терапии получали препарат танакан, группа сравнения состояла из 14 больных, получавших витамины группы В, кокарбоксилазу, трентал и электрофорез 3% раствора йодида калия на область сосцевидных отростков. Танакан-растительный препарат, оказывающий вазорегулирующее действие на артерии, вены и капилляры, препятствует агрегации эритроцитов и тромбоцитов, нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое и противоотечное действие.

Результаты. Больные были в возрасте от 30 до 60 лет, мужчин - 21, женщин - 13. На одностороннее снижение слуха жаловались 8 (23,5%) больных, двухстороннее - 26 (76,5%). Больные жаловались на шум в ушах - 10 (29,4%), в голове - 4 (11,8%), в голове и ушах - 15 (44,1%). При камертональном исследовании обнаружено сокращение времени восприятия камертонов. 1 степень снижения слуха выявлена у 12 (35,3%) больных, 2 степень - у 16 (47,1%) и 3 степень - у 6 (17,6%). До лечения исходные аудиометрические показатели у обеих групп были равнозначные. Через 6 месяцев после лечения в основной группе улучшение слуховой функции отмечалось у 16 (80,0%) больных на 13 дБ, тогда как в группе сравнения улучшение слуха было у 7 (50,0%) больных и лишь на 7 дБ. Улучшения не было в основном при 3 степени тугоухости.

Выводы. Таким образом, применение вазоактивной терапии (препарата танакан) у больных с нейросенсорной тугоухостью повышает эффективность лечения на 30%, характеризующееся улучшением слуха и клинического состояния больных.

Литература:

1. Шамсиев Д. Ф. (2005). Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении. *Stomatologiya*, (1-2 (27-28)), 51-53.
2. Шамсиев Д. Ф. (2003). Эффективность различных хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах. *Российская ринология*, (№2), 44.
3. Шамсиев Д. Ф., Миразизов К. Д. (2002). Эндоскопическая гайморотомия. *Вестник оториноларингологии*, №4, 39-40.
4. Шамсиев Д., Исмоилов И., Чакканова М., Каримов О., Соатов С. (2019). Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита. *Stomatologiya*, 1(1 (74)), 75-78.
5. Шамсиев Д., Рузматов К. (2018). Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны. *Stomatologiya*, 1(4 (73)), 87-89.
6. Шамсиев Ж. Ф. (2015). Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фуқционал хусусиялари. Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 103-104.
7. Шамсиев Д. Ф. (2009). Особенности диагностики и хирургического лечения хоанальных полипов. *Журнал «Вестник оториноларингологии»*, № 5, 37-39.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА.

Зуфаров Гафур, клинический ординатор 2 курса ТГСИ

Научный руководитель: Шарипова Азиза Умаровна, доцент кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического института, Узбекистан.

Актуальность: хотя показания к операции на перегородке носа при ее искривлении определены около ста лет назад, но до сих пор различно трактуются вопросы: возраст, с которого следует проводить операцию, следует ли оперировать при одностороннем затрудненном носовом дыхании, обусловленном искривленной перегородкой носа, какую тактику выбрать при сочетании хронического гнойного синусита и искривления перегородки носа?

Цель исследования: Материалы XII конгресса Европейского научного общества ринологов достаточно убедительно показали, что деформация наружного носа и внутриносовых структур происходит уже в раннем детском возрасте. Врожденная и приобретенная деформация носа у детей требует хирургической коррекции. Есть опыт хирургической коррекции перегородки носа с трехлетнего возраста. Признано, что оставленная с раннего детского возраста деформация перегородки способствует развитию не только воспалительных процессов лор-органов и легких, но и ведет к формированию асимметрии лицевого скелета. В каждом конкретном случае следует подходить к операции с большим вниманием, проводить в основном репозицию, устранять только дефекты, щадить зону роста хряща и кости.

Одностороннее затруднение носового дыхания, вызванное искривлением перегородки носа, часто не оценивается как показание к операции, поскольку создается впечатление достаточной проходимости второй половины носа. Физиологические исследования убедительно доказывают, что затруднение дыхания через одну половину носа ведет к возникновению патологических рефлексов в соответствующем легком и бронхах.

Нарушение при этом аэрации околоносовых пазух - ведущее звено в цепи патогенеза острых и хронических синуситов. Нарушение аэродинамики в полости носа способствует возникновению вазомоторного ринита, который в настоящих условиях возросшей экологической нагрузки на верхние дыхательные пути вышел на первое место в структуре заболеваемости населения болезнями носа и околоносовых пазух,

Результаты и обсуждение: Распространено мнение, что операцию на перегородке носа следует проводить после санации околоносовых пазух. Это мнение сохраняется, несмотря на убедительно доказанную необходимость операции на перегородке носа перед эндо назальной полисинусотомией. В своей практике операцию на перегородке носа мы сочетаем с щадящими методами лечения, заключающимися в дренировании и внутри пазушном введении лекарственных веществ, а также с различными хирургическими вмешательствами на пазухах. Не отмечено при этом каких-либо осложнений, а операция на перегородке носа давала возможность повысить положительные

результаты лечения синуситов.

Заключение: таким образом, операцию на перегородке носа следует рассматривать как лечебную и профилактическую. Показания к ней необходимо расширить. Проводить ее следует как можно раньше после обнаружения искривления перегородки носа.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ

*Ибрагимов М.И. студент 3-курса стоматологического факультета
European Medical University (EMU)*

*Ахмедова Ю.Г.-клинический ординатор 2 курса кафедры нервных болезней.
Народной медицины*

*Научный руководитель: Абдуллаева М.Б.- доцент кафедры нервных
болезней. Народной медицины*

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Согласно современным понятиям, тригеминальная невралгия (ТН), также называемая невралгией тройничного нерва - хроническое заболевание, характеризующееся короткими пароксизмами интенсивных мучительных стреляющих болей в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва.

Данное заболевание носит преимущественно односторонний характер и провоцируется прикосновением к коже в областях иннервации - в так называемых триггерных либо курковых зонах (наиболее типичными зонами являются участки кожи губ, носогубных складок, крыльев носа, бровей). Болевые пароксизмы обычно возникают периодически на протяжении длительного временного периода, который может достигать нескольких десятилетий.

Цель работы. Уточнить взаимосвязь между изменением формы тройничных нервов интракостерно, характеристиками сосудов задней черепной ямки и фактом наличия тригеминальной невралгии с последующей оценкой диагностической ценности ряда проанализированных признаков.

Материалы и методы: Все пациенты были условно разделены на 3 возрастные группы с учетом имеющегося возрастного распределения. Группы были условно определены следующим образом - моложе 50 лет (26 пациентов), 50-65 лет (наиболее многочисленная возрастная группа, включающая 44 пациента) и старше 65 лет (36 пациентов). Проводили оценку диаметров прилежащих к тройничным нервам артерий, оценку расстояний между точками НВК и стволом мозга, оценку протяженности НВК.

Результаты и обсуждение: В подавляющем большинстве случаев наиболее близко прилежащими к тройничным нервам артериями оказались верхние мозжечковые артерии. Нижние мозжечковые артерии и основная артерия прилежали к корешкам тройничных нервов в единичных случаях - менее 10% всех наблюдений.

результаты сравнения возрастных групп по МР- параметрам

контралатеральных интактных нервов. Статистическое достоверное различие было выявлено для площади сечения тройничных нервов в REZ- области. Диаметр прилежащей артерии и расстояние до прилежащей артерии оказались близки к границе статистической значимости.

Различие в расстояниях между точками наиболее близкого нейроваскулярного контакта и стволом мозга оказалось статистически высокозначимо в сравнении с контрольной группой (медианы 2,7 мм и 5,3 мм, $p < 0,001$). Статистическая значимость различия с контралатеральными сторонами выявлена не была (медиана 3,9 мм, $p = 0,09$). Протяженность прилегания на стороне невралгии колебалась от 0 мм (отсутствие контакта) и до 10 мм в случае наиболее протяженного контакта.

Протяженность прилегания нерва и артерии статистически значимо различалась в сравнении с контрольной группой - как с включением нулевых значений (отсутствие прямого контакта, медианы 3 мм и 0 мм, $p = 0,013$), так и только с непосредственным контактом (медианы 3,8 мм и 2,5мм, $p < 0,0001$).

Выводы: Степень механического воздействия предположительно опосредована диаметром артерии в области наиболее близкого прилегания. При оценке данного МР-параметра нами действительно выявлено высокозначимое статистическое различие - диаметры артерий у пораженных невралгией нервов оказались больше таковых в сравнении с противоположенной непораженной сторон. Нами была получена высокозначимая разница между расстояниями на пораженной стороне и таковыми в группе контроля. НВК, приводящий к возникновению невралгии в подавляющем большинстве наблюдений располагался ближе к стволу головного мозга и совпадал с REZ-областью, определенной в большинстве литературных данных.

Аналогичное сравнение с контралатеральными сторонами у больных ТН было статистически значимо, однако выражено в меньшей степени. Повышенная извитость артерий ЗЧЯ у больных ТН также может способствовать возникновению НВК ближе к стволу мозга в сравнении с группой контроля. Протяженность нейроваскулярного прилегания может коррелировать со степенью механического нейроваскулярного контакта - большая протяженность НВК должна определять большую степень механического воздействия на корешок нерва. Таким образом, было выявлено различие, отражающее большую протяженность нейроваскулярного контакта у больных ТН даже на интактной стороне в сравнении со здоровыми индивидуумами. Одним из объяснений данного различия опять же может служить большая извитость артерий ЗЧЯ у больных ТН.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ СТЕНОК ОРБИТЫ С УЧЕТОМ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

*Иномов Х.И., клинический ординатор, ТГСИ
Абдумаликова М.И., клинический ординатор, ТГСИ
Садриддинова Н.С. студент 402 гр. стом фак., ТГСИ
Назаров Х. студент 401 гр. Лечебный факультет, ТГСИ*

Научный руководитель: Мирбабаева Ф.А., доцент кафедры офтальмологии
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Орбитальные переломы являются одной из наиболее распространенных травм средней зоны лица, уступая лишь повреждениям костей носа. По данным Р. Siritongtaworn с соавторами (2001), переломы глазницы составляют 40 % от всех переломов лицевого скелета. Три четверти пострадавших — мужчины. Изолированные переломы орбиты встречаются примерно в 35–40 % случаев, у 30–33 % пострадавших оказываются поврежденными две стенки. Перелом трех стенок глазницы регистрируется у 15–20 % пациентов и всех четырех — в 5–10 % случаев.

Травматические деформации орбиты вызывают не только значительные косметические дефекты, но и нарушения зрительных функций вплоть до потери зрения. Особенно высок уровень нарушения бинокулярного зрения при переломах нижней стенки орбиты, как наиболее распространенных среди всех переломов орбиты.

Целью нашего исследования является изучение нарушения зрительной функции и методы консервативного лечения для ранней реабилитации больных с переломами орбиты.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 44 больных с изолированными и сочетанными переломами нижней стенки орбиты. Среди наблюдавшихся больных мужчин было 32 (73%), женщин 12 (27%). Возраст пациентов колебался от 16 до 60 лет, средний возраст составил 38,7 года. Изолированные повреждения стенок глазниц встречались у 14 (32,4%), сочетанные повреждения (скулоорбитальные) у 30 (67,4%) пациентов. Сочетанная травма орбиты включала повреждения глазного яблока (12 больных), головного мозга (ЧМТ – 18 больных), ЛОР-органов (носа – 14 больных). Придаточные пазухи были изменены у всех больных, так как комплекс травмы орбиты включал переломы стенок орбиты, а, следовательно, и изменения синусов. По сроку травма орбиты была условно подразделена на травму раннего периода (до 1 месяца после травмы) – 34 больных и травму позднего периода (более 1 месяца после травмы) – 10 больной. 10 пациентам проведено консервативное лечение - физиотерапия с протеолитическими ферментами для устранения нарушений бинокулярного зрения. 34 пациентам проведено комплексное лечение (физиотерапия и хирургическое лечение). Хирургическому лечению - реконструкции нижней стенки орбиты подвергнуто 34 больных. Сроки наблюдения после операции составили 1,3,6 месяца.

Основными жалобами пациентов были: зрительные расстройства, включавшие снижение зрения (6 больных - 13,0%) и диплопию (36 больных - 82%), косметические дефекты, такие как смещение глазного яблока (энофтальм - 31 больной), изменение симметрии лицевого скелета.

Офтальмологическое обследование больных. Всем пациентам до и после лечения (физиотерапевтического или хирургического), в различные сроки после (в течение 1, 3, 6 месяца после операции), проводилось комплексное обследование органа зрения, включавшее изучение состояния глазного яблока и

придаточного аппарата. Традиционные офтальмологические методы исследования: визометрия, рефрактометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия. Всем больным было выполнено комплексное исследование глазного яблока и орбиты - эхография и биометрия глазного яблока (А и В-метод), сканирование орбитального пространства. Помимо указанных методов использованы дополнительные офтальмологические методы: исследование чувствительности роговицы и кожных покровов век, электрофизиологические исследования с определением порогов чувствительности сетчатки, исследование положения глазного яблока, его подвижности, диплопии. Подвижность глазного яблока оценивалась по основным направлениям взора, по полноте объема и симметричности подвижности. Исследование центральной диплопии проводилось на сферопериметре, по оценке в градусах удаления смещенного изображения от центральной точки поля бинокулярного зрения с разделением полей зрения цветофильтрами (красным и зеленым), вместо компенсации диплопии призматическими диоптриями.

Основными задачами консервативного лечения было рассасывание кровоизлияний, сопутствующих переломам орбиты в остром периоде после травмы, что является профилактикой формирования рубцов и фиброзного сморщивания орбитальной клетчатки с утратой ее объема. В лечении использовались протеолитические ферменты. Важной составной частью проводимого лечения была активная гимнастика для экстраокулярных мышц и массаж рубцов век, выполнявшаяся пациентами многократно в течение дня на протяжении всего курса консервативной терапии и спустя 2-3 недели после его окончания для растяжения рубцовой ткани, уменьшения контракционного действия фиксирующих рубцов внутри орбиты.

Заключение. Проведение комплексного консервативного и хирургического лечения больных с переломами стенки орбиты позволяет повысить функциональные и косметические результаты лечения, сокращает сроки реабилитации больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН)

Исомадинова С.З студент 202 гр.стом.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Аслонов З.А

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Цель исследования: провести оценку возможностей и эффективности применения срочных мер, которые могут быть использованы для диагностики и лечения ОСТКН.

Материалы и методы: для достижения цели и поставленных задач использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Среди форм непроходимости кишечника острая спаечная кишечная

непроходимость (ОСКН) встречается с частотой 60-70%, послеоперационная летальность при ОСКН колеблется от 13 до 60%, рецидивы и осложнения спаечной кишечной непроходимости после проведенного хирургического вмешательства наблюдается у 20,3-71,0% больных.

Для оптимизации лечения была определена возможности использования абдоминального УЗИ для определения стадии, морфологии, сложности, типа и степени спаечного процесса при ОСКН. Полученные результаты свидетельствуют о том, что предоперационная ультразвуковая диагностика типа и локализации спаек в различных отделах брюшной полости обладает высокой чувствительности и специфичностью;

Результаты: операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращения острым и тупым путем с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а также применение ультразвуковых ножниц

Вывод: исходя из выше сказанного, лапароскопические вмешательства представляют собой эффективный метод инвазивной диагностики, позволяющий установить диагноз ОСТКН успешно у 98,8% пациентов. Лапароскопическая хирургия для лечения ОСТКН может рассматриваться как предпочтительный метод оперативного вмешательства при данном заболевании у определенной группы пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ СКЛАДОВ ГОРТАНИ

Йулдашев Ж.Р. клинический ординатор 1 курса ТГСИ

*Научный руководитель: Шарипов У.А., ассистент кафедры
оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического
института*

Актуальность: В специальной литературе по ларингологии данная форма поражения гортани не выделяется в отдельную группу заболевания. Следовательно, и вопрос о лечении гипертрофии вестибулярных складок также не разработан. При этом назначаются, как правило, общепринятые лечебные средства, применяемые при воспалительных процессах в гортани. При гипертрофии вестибулярных складок воспалительный процесс отступает на второй план. По нашим данным, на основании гистологического исследования отмечаются изменения в собственном слое в виде выраженного отека, разволокнение мышечных волокон, изменения касаются также слизистых желез гортани, расположенных в толще вестибулярных складок, нарушается секреция желез, протоки их расширяются, происходит кистозное перерождение самих желез.

Материалы и методы: под нашим наблюдением было 32 больных с гипертрофией вестибулярных складок. Больные обычно направлялись в результате безуспешно проведенной терапии в амбулаторных условиях либо в стационаре. Учитывая неэффективность применяемых обычных методов лечения (аэрозоли антибиотиков, физиопроцедуры, смазывание слизистой

оболочки прижигающими препаратами), нами разработан и апробирован следующий метод лечения гипертрофии вестибулярных складок. Мы применяли инъекцию ацетата гидрокортизона в толщу гипертрофированной вестибулярной складки. Инъекцию ацетата гидрокортизона проводили инструментом, разработанным в клинике, введение ацетата гидрокортизона производили после местной анестезии слизистой оболочки гортани. Инъектором вводили 1 мм (25 мг) в толщу вестибулярной складки.

Результаты и обсуждение: после введения препарата складка представлялась бледной в течение 3-5 минут, а после этого промежутка времени слизистая оболочка нормализовалась и оставался заметным лишь участок инъекции, которая проводилась с интервалом 3-4 дня, курс лечения состоялся из 6-8 инъекций, ни в одном случае мы не отметили каких-либо осложнений, либо побочных реакций.

Заключение: в результате такого лечения отмечено сокращение объема вестибулярных складок, исчезли неприятные ощущения, голосовая функция восстановилась и исчезла утомляемость голосового аппарата.

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ
ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ПРЕДМЕТОВ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ №3 на ЗАНЯТИЯХ ПО
ПРЕДМЕТУ» ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ»**

*ТГСИ, студент стоматологический факультета группа 308 Йулдошев
Сардор*

*Научный руководитель: доцент кафедры терапевтического направления
№ 3 Гонурова Г.Ф.*

Abstract: The article is devoted to the analysis of the problem of the implementation of the preventive function in the activities of teachers in universities and additional education to prevent the use of students of psychoactive substances (PAS). An important component of the educational event in this article is the prevention of abuse of various types of psychoactive substances and addiction to (surfactants)

Аннотация: Статья посвящена анализу проблемы реализации профилактической функции в деятельности педагогов в ВУЗах и дополнительного образования по предотвращению употребления студентами психически активных веществ (ПАВ). Важным составляющим воспитательным мероприятием в данной статье являются профилактика злоупотребления различными видами психически активных веществ и зависимости от (ПАВ)

Ключевые слова: Воспитательная работа, психически активные вещества, тренинг, студент, табак курение, психология, аддикция, наркомания.

В настоящее время во всём мире в социально-экономическую эпоху происходит эрозия традиционных нравственных ценностей среди молодёжи. На пути к их утверждению, в связи с реальными трудностями материального и духовного существования молодого поколения, появляется большая группа детей и подростков с аморальным и нравственным поведением, употребляющих

психоактивные вещества.

На сегодняшний день среди молодёжи подросткового возраста на первый план выходит злоупотребление синтетических, а также аптечных препаратов, обладающих высокой наркогенной активностью (героин, амфетамины). Употребление вышеуказанных психоактивных веществ определяет резкое укорочение периода возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и, как следствие, "запущенность" наркологических проблем при первичном обращении подростков за помощью. Основная возрастная группа риска – несовершеннолетние – дети и подростки в возрасте от 11 до 17 лет, в основном мальчики; В то же время в наркогруппе возраст первой встречи с группы наркоманов и наркоманов в возрасте от 11 до 14 лет.

В наркологии принято выделять три группы факторов риска в той или иной форме. Это биомедицинские, психологические и социальные факторы. Следующий уровень, влияющий на возникновение химической зависимости - общество.

Следует отметить, что это деление во многом условно, потому что эти аспекты тесно связаны и существуют постоянное взаимодействие, что особенно заметно при изучении их влияния подростковое население.

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, делятся на две группы - макросоциальные и микросоциальные. Первая группа – это общество, в котором живет человек, включая его историю, культурные традиции, морально-этические ценности, политические и экономические проблемы и другие. Вторая группа – ближайшее окружение. Человек, в первую очередь, его семья и друзья, с которыми он общается и учится и работа и т.д.

Психологические факторы риска зависимости набор мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют процесс индивидуального доступа к поверхностно-активным веществам. К ним относятся трудности адаптации к окружающей среде, конфликты, неудовлетворенность, непонимание людьми, усталость, застенчивость, осведомленность их неполно-ценность, другими словами - отчаяние, психическое состояние дискомфорт, когда определенные потребности не удовлетворяются.

Каково происхождение таких проявлений? Изучение проблемы показало, что их очень много. Подчеркнем лишь, что педагогическая запущенность детей и подростков, обусловленная недоразвитостью, невоспитанностью и плохим поведением подростков, их отставанием от своих возможностей и требований возраста, в силу педагогических причин и педагогических методов, должна быть исправлена с помощью современных педагогических методов.

Из всего вышеизложенного следует понимание высокой необходимости решительных и активных действий в организации и проведении профилактики злоупотребления психоактивными веществами, актуальности внедрения концептуально обоснованных антинаркотических профилактических программ. При анализе современных публикаций следует отметить, что целый ряд важных положений в области профилактики уже разработан и используется в

практической деятельности врачей, психологов, социальных работников и педагогов. К ним относятся: приоритет первичного профилактического подхода к решению проблем наркомании; признание медико-социальной значимости профилактических мер для раннего выявления и диагностики, эффективности лечения и реабилитации наркозависимых, улучшения криминогенной обстановки в обществе, снижения общей заболеваемости.

Каково происхождение таких проявлений? Изучение проблемы показало, что их очень много. Подчеркнем лишь, что педагогическая запущенность детей и подростков, обусловленная недоразвитостью, невоспитанностью и плохим поведением подростков, их отставанием от своих возможностей и требований возраста, в силу педагогических причин и педагогических методов, должна быть исправлена с помощью современных педагогических методов.

В нашей стране осуществляется реализация национальной программы воспитания этики здорового образа жизни среди молодежи, обучающейся в средних и высших учебных заведениях. Сегодня основной задачей современного педагога является формирование и закрепление у студентов гигиенических навыков и привычек, их сознательного отношения к своему здоровью, личной и общественной безопасности при овладении ими специальностями.

На кафедре предметов терапевтического направления №3 на курсе психиатрии и наркологии ТГСИ воспитательная работа складывается из двух взаимосвязанных компонентов. Первый осуществляется непосредственно в процессе преподавания дисциплины, второй – на мероприятиях воспитательного характера во внеаудиторное время. Важной составляющей воспитательной работы на нашей кафедре являются мероприятия по профилактике различных видов злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), т.к. мы считаем, что будущий врач должен подавать личный пример населению, отказываясь от табака курения и злоупотребления спиртными напитками, ведя при этом активный образ жизни. К сожалению, этому нередко уделяется недостаточное внимание во время обучения в вузе. В рамках данного направления студенты пишут рефераты об алкоголизме, наркомании, табак курении и игровой зависимости с акцентом на пагубность последствий данных зависимостей, с дальнейшим проведением конкурса на лучший реферат, презентация года по профилактике зависимостей среди студентов. Мероприятием, занимающим внеаудиторное время и вызывающим значительный интерес, является «круглый стол» «Пагубные последствия злоупотребления ПАВ». К сожалению, этому нередко уделяется недостаточное внимание во время обучения в вузе. В рамках данного направления студенты пишут рефераты об алкоголизме, наркомании, табак курении и игровой зависимости с акцентом на пагубность последствий данных зависимостей, с дальнейшим проведением конкурса на лучший реферат, презентация года по профилактике зависимостей среди студентов. Мероприятием, занимающим внеаудиторное время и вызывающим значительный интерес, является «круглый стол» «Пагубные последствия злоупотребления ПАВ». При этом с докладами, сопровождающимися мультимедийными презентациями, с удовольствием выступают сами студенты. После выступлений докладчики отвечают на вопросы

слушателей. Участники «круглого стола» отмечают важность изучаемой проблемы. Кроме того, с каждой учебной группой проводится занятие по особенностям формирования зависимостей, этиопатогенезу, начальным симптомам и их негативным последствиям. При этом выделяются факторы, способствующие развитию алкоголизма, наркоманий и других зависимостей, а также меры профилактики и необходимость принятия экстренных мер даже при минимальных симптомах, свидетельствующих о формировании зависимости. Конечно, важную роль в психопрофилактике зависимостей играет и чтение лекций для студентов в рамках учебного плана «Алкоголизм, этиопатогенез, клиника, профилактика», «Наркомании, этиопато-генез, клиника, профилактика». Присутствие на лекции пациентов усиливает эффект воспитательного воздействия и обычно надолго запоминается. Ежегодно проводятся 1-2 занятия СНО по проблемам различных видов наркоманий и алкоголизма. Большой интерес у студентов вызывают заседания СНО, посвященные компьютерной и игровой зависимостям. Преподаватели кафедры вносят свой вклад в борьбу с зависимостями, осуществляя постоянная борьба с курением, пропагандируя здоровый образ жизни не только на занятиях, но и подавая личный пример. Таким образом, психопрофилактика зависимостей должна начинаться с раннего возраста усилиями родителей, педагогов, конечно, СМИ и обязательно должна продолжаться в условиях вуза и сопровождаться мероприятиями по формированию здорового образа жизни на протяжении всего периода обучения и в последующем. Только при таком подходе можно существенно изменить реальную ситуацию в Узбекистане и уменьшить распространенность зависимостей.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ МАНЗАРАСИ

Йулдошев Турғун Равшанович

Илмий раҳбар: Собиров м.О.- тиббиёт фанлари доктори

***Сурхандарё вилояти Ангор тумани тиббиёт бирлашмаси, Термиз,
Ўзбекистон***

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) янги асрга келиб ўлимга олиб келувчи касалликлар орасида бешинчи ўринни эгаллади. Шунинг учун биз СБК нинг консерватив босқичида беморларда буйрак дисфункцияси градиентларини босқичлари бўйича тарқалишини таҳлил қилдик.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг консервативбосқичида беморларда буйрак дисфункцияси градиентларининг манзараси кузатиш ва босқичлари бўйича тарқалишини статистик таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 31 нафар СБК беморлари олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатининҳамда креатинин қиймати бўйича ҳисобланган коптокчалар фильтрацияси тезлиги (хис.КФТ)градиентлари ўрганилиб АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси

асосида СБКнинг С2 ва С3А босқичларига ажратилиб чиқилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси. Барча 31 нафар СБК беморларида буйрак фаолияти кўрсаткичлари ўртача қийматда қон зардобидамочевина $12,9 \pm 0,52$; креатинин $157,2 \pm 12,37$ га кўтарилгани, ҳис.КФТ $54,7 \pm 0,59$ мл/мин. қийматга пасайгани кузатилди. Сўнгра АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида СБК босқичларига ажратилганида 18 нафари (58,1 %) С2-босқич, 13 нафари (41,9 %) С3А-босқичда эканлиги аниқланди. С2-босқич (n-18) беморларда қон зардобидамочевина $9,3 \pm 0,43$; креатинин $108,6 \pm 10,6$ га кўтарилгани, ҳис.КФТ $79,2 \pm 0,47$ мл/мин. қийматга пасайгани аниқланди. С3А-босқич (n-13) беморларида эса қон зардобидамочевина $10,7 \pm 0,48$; креатинин $158,4 \pm 11,9$ га кўтарилгани, ҳис.КФТ $50,1 \pm 0,83$ мл/мин. қийматга пасайгани кузатилди.

Хулосалар:

1. Сурункали буйрак касаллиги эрта босқичларида буйрак дисфункцияси градиентлари ўзгаради, у қон зардобидамочевина ва креатинин миқдорини ошиб кетиши ҳамда ҳис.КФТ пасайиши билан намоён бўлади.
2. Сурункали буйрак касаллиги эрта босқичларида қон зардобидамочевина ва креатинин миқдорини меёردа ёки меёр чегарасида бўлган ҳолатида ҳис.КФТ пасайганлиги, яъни буйрак етишмовчилиги мавжудлиги мазкур градиентларнинг етарли эмаслигини билдиради.
3. Сурункали буйрак касаллигининг эрта босқичларида буйрак дисфункциясини ташхислаш учун янги биомаркерларни излаш лозим.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧЛАРИДА БУЙРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Йулдошев Турғун Равшанович

Илмий раҳбар: Собиров М.О. – тиббиёт фанлари доктори

*Сурхандарё вилояти Ангор тумани тиббиёт бирлашмаси, Термиз,
Ўзбекистон*

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) янги асрга келиб ўлимга олиб келувчи касалликлар орасида бешинчи ўринни эгаллади. Шунинг учун биз СБК да буйрак ичи гемодинамикаси градиентларини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида беморларда буйрак ичи гемодинамикасини ўзгаришларини баҳолаш ва босқичлари бўйича таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 31 нафар сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморлари олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатинин ҳамда креатинин қиймати кўмагида ҳисобланган коптокчалар фильтрацияси тезлиги градиентлари бўйича АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида СБКнинг босқичлари бўйича С2 (n-18) ва С3А (n-13) гуруҳларга ажратилди. Барча беморларда буйрак артериялари доплерографияси текшируви ўтказилди. Унга кўра буйраклар асосий, сегментар, бўлаклараро артерияларида

максимал систолик тезлик ($V_{\max}$) ва якуний диастолик тезлик (V_d) текширилди ҳамда буйрак томирлар қаршилигини тавсифлаш учун резистентлик индекси (RI) ҳисобланди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси. Натижаларга кўра C2-гурухда асосий буйрак артерияларида $V_s \max$ $61,5 \pm 1,69$ см/с., V_d $22,7 \pm 1,18$ см/с., RI $0,64 \pm 0,01$ қийматни; сегментар артерияларда $V_s \max$ $47,3 \pm 1,5$ см/с.; V_d $17,9 \pm 1,3$ см/с.; RI $0,62 \pm 0,01$ қийматни; бўлаклараро артерияларда $V_s \max$ $28,6 \pm 1,2$ см/с.; V_d $13,9 \pm 0,59$ см/с.; RI $0,51 \pm 0,01$ қийматни ташкил этди.

C3A-гурухда эса асосий буйрак артерияларида $V_s \max$ $55,4 \pm 1,74$ см/с., V_d $19,5 \pm 1,23$ см/с., RI $0,67 \pm 0,01$ қийматни; сегментар артерияларда $V_s \max$ $42,1 \pm 1,44$ см/с.; V_d $16,5 \pm 1,23$ см/с.; RI $0,61 \pm 0,01$ қийматни; бўлаклараро артерияларда $V_s \max$ $25,6 \pm 1,32$ см/с.; V_d $11,1 \pm 0,63$ см/с.; RI $0,57 \pm 0,01$ қийматни ташкил этди.

Хулосалар:

1. Сурункали буйрак касаллигининг нисбатан эрта босқичларидан буйрак ичи гемодинамикаси бузилади. У $V_s \max$ ва V_d градиентларининг пасайиши, RI ни ортиши билан намоён бўлади.

2. Сурункали буйрак касаллигида $V_s \max$ ва V_d градиентлари ҳамда RI қийматлари салбий томонга ўзгариб боради.

3. Сурункали буйрак касаллигининг эрта босқичларида буйрак ичи гемодинамикаси бузилишларини буйрак қон томирларини доплерография текшируви билан аниқлаш мумкин.

РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕВУСОВ

Студентка 401 Б группы лечебного факультета Каримова Диёра

Научный руководитель: Ибрагимова Н.С., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Статистика показывает, что с каждым годом число развития раковых патологий кожи увеличивается. Воздействие ультрафиолета, которое происходит ежедневно, вызывает негативные изменения структуры кожи.. В ходе обследования при помощи дерматоскопа можно вовремя выявить проблемы с кожей и распознать меланому на ранней стадии. Дерматоскопия – метод неинвазивного исследования поверхностных поражений кожи с помощью специального прибора — дерматоскопа, который позволяет увидеть структуру кожи с увеличением в $\times 10$, $\times 60$, $\times 70$ раз и более.

Принято выделять 2 разновидности методики — классическую иммерсионную, или неполяризационную дерматоскопию (НПД) и поляризационную дерматоскопию (ПД). Дерматоскопическая диагностика невусов основывается на следующих 4 критериях (каждый из которых характеризуется 4 переменными): (1) цвет (черный, коричневый, серый и синий); (2) рисунок (шаровидный, сетчатый, звездчатый и однородный синий узор); (3) распределение пигмента (мультифокальное, центральное, эксцентрическое и равномерное); и (4) специальные участки (лицо, акральные области, ногти и слизистая оболочка). Кроме того, на характер пигментации отдельных невусов

могут влиять следующие 6 факторов, связанных с пациентом: возраст, тип кожи, меланома в анамнезе, воздействие УФ-излучения, беременность и динамика роста

Цель исследования — оценить информативность дерматоскопии у больных с пигментными невусами кожи в рамках первичной профилактики меланомы

Материалы исследования: Материалом исследования являлись 15 пациентов, где из них были 9 мужчин, 6 женщин, в том числе 3 детей, обратившихся в РКВКБ с направительным диагнозом простой невус. При сборе жалоб и анамнеза у пациентов определяли не только длительность существования невуса, но и наличие или отсутствие признаков активизации. Самым частым симптомом был рост, изменение окраски невуса.

Результаты: В ходе исследования, при дерматоскопии у детей имелись коричневые бляшки размером 0,8 см с розоватым контуром, который указывает о наличии ювенильного типа невуса. У 5 пациентов встречались простые пигментные невусы с максимальными размерами очага до 1 см (46,67%), невус Рида диагностирован у двоих пациентов (13,3), себорейные кератомы – у трёх пациентов (20%), диспластический невус - у двух пациентов (13,34%). Все диагнозы подтверждены гистологическим исследованием.

Заключение: Таким образом, необходимость проведения дерматоскопии перед удалением невусов является бесспорным, по данным литературы результаты диагностики, полученные в ходе дерматоскопии новообразований кожи, подтверждаются в более чем 90% случаев. Дерматоскопия необходима не только для дерматологов, но и для врачей других специальностей для проведения дифференциальной диагностики, уточнения тактики ведения больных и формирования групп риска с последующим динамическим наблюдением.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Каролбердиева Махлиё.. 504 – Б гр.леч.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Бабаев Ж.С. ассистент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Аннотация: Депрессии с хроническим течением являются одной из наиболее актуальных проблем современной отечественной и зарубежной психиатрии. Однако, до настоящего времени существует неполное представление о факторах, определяющих хроническое течение депрессивного расстройства.

Цель исследования: уточнение факторов, приводящих к хроническому течению депрессивного расстройства.

Материалы и методы: Обследованы 53 стационарных пациента (48 женщин и 5 мужчин) с текущим хроническим (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10) в рамках униполярных аффективных расстройств с относительно поздним манифестом заболевания в возрасте 35- 55 лет. Группу сравнения составили 30 пациентов (28 женщин и 2 мужчин) с рекуррентным

депрессивным расстройством и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев. Диагностика депрессивного эпизода (ДЭ) и определение его тяжести осуществлялись в соответствии с критериями МКБ- 10. Пациенты находились на лечении в условиях пограничных отделений или дневного стационара

РКПБ

МЗ

Рес.Узб.

При статистической обработке в модели логистической регрессии определяли отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ); производили расчет

t-критерия

Стьюдента.

Результаты: Среди пациентов с хроническим течением единичный депрессивный эпизод выявлен у 17%, рекуррентное течение – 83%. Средний возраст к моменту исследования был равен $50,5 \pm 0,7$ лет. Порядковый номер актуального хронического депрессивного эпизода варьировал от 1 до 9, его длительность колебалась от 24 месяцев до 5 лет, длительность составила $39,1 \pm 2,6$ месяцев. Инвалидами были признаны – 69,8% человек, из них 91,9% имели 2 группу инвалидности. Среди пациентов с хроническим депрессивным расстройством среди родственников первой степени родства в 47,2% выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями: аффективные расстройства – 17,0%, шизофрения – 9,4%, алкоголизм – 26,4%, эпилепсия – 7,5%, завершённый суицид – 9,4%. Почти у половины (49,1%) пациентов с хронической депрессией на основании анамнестических сведений, полученных от пациентов и родственников, медицинской документации в доманифестном периоде имелись сведения об экзогенной компротации мозга. К экзогенной компротации мозга относились: перинатальная патология (недоношенность) – 24,5%, тяжелые инфекции детского возраста с выраженной интоксикацией – 18,9%, черепно-мозговые травмы легкой и средней степени тяжести – 45,3%. У пациентов в анамнезе выявлены проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности: плохая переносимость жарких и душных помещений (86,8%), езды на транспорте (79,3%), инсоляций (77,4%), метеотропная лабильность (96,2%). Допсихиатрический этап наблюдения с момента первых появлений аффективных нарушений варьировал от 2 до 190 месяцев, в среднем составил $35,3 \pm 5,5$ месяцев. В случае рекуррентного течения текущему хроническому депрессивному эпизоду предшествовала ремиссия длительностью от 1 до 5 лет причем во всех наблюдениях в структуре ремиссии присутствовали стертые субдиагностические депрессивные и тревожные. Более чем у половины (71,7%) больных перед манифестацией хронической фазы отмечены различные провоцирующие факторы: в 62,3% случаев – психогенный фактор, 11,3% – соматогении. В 26,4% депрессия с хроническим течением формировалась аутохтонно. У значительной части пациентов (62,3%) выявлено наличие стрессовых факторов, предшествующих возникновению хронического депрессивного эпизода. В большинстве наблюдений отмечено наличие от 1-х до 3-х стрессоров у каждого из пациентов. Среди дополнительных симптомов депрессии по МКБ-10 диагностированы: трудность концентрации внимания – 81,1%, сниженная самооценка и чувство уверенности в себе – 26,4%, идеи виновности и самоуничижения – 58,5%, мрачное и пессимистическое видение будущего – 52,8%, мысли о потере смысла

жизни, нежелании жить – 52,8%, нарушение сна – 98,1%, сниженный аппетит – 92,5%. В 34,0% наблюдений в качестве сопутствующей симптоматики имелись основания для диагностики панического расстройства, в 15,1% – в сочетании с агорафобией. В клинике депрессивного расстройства с хроническим течением выявлено наличие патологических телесных сенсаций в виде алгий (37,7%), сенестоалгий (41,5%). Проведен сравнительный статистический анализ (определение отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ); расчет t-критерия Стьюдента) факторов формирования хронического течения депрессивного расстройства среди двух групп пациентов: депрессия с хроническим течением (n=53) и группы сравнения (n=30) с рекуррентным депрессивным расстройством (ДР) и длительность депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев. Пациентов с хронифицированным течением депрессивного эпизода (в модели логистической регрессии с ОШ от 2,16 до 5,93 в 95% ДИ) отличали: наследственная отягощенность аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличие в анамнезе экзогенной компрометации мозга, нестабильность семейного положения, наличие психотравмирующих ситуаций, сопутствующая сосудистая патология головного мозга, сезонность возникновения депрессивных расстройств (осенне-весенний период), резистентность к ранее проводимой психофармакотерапии, а также длительный период допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений ($p=0,04$).

Заключение: Таким образом, на основе описанных факторов формирования хронифицированного течения депрессивного расстройства возможно выделение группы пациентов с депрессией и высоким риском хронификации для проведения специальных противорезистентных терапевтических мероприятий. Существенную роль в улучшении клинического и социального прогноза для данной категории пациентов может играть коррекция управляемых факторов хронифицированного течения, таких как своевременная диагностика депрессивных состояний с минимизацией периода неадекватного допсихиатрического наблюдения, коррекция проявлений экзогенной компрометации и сосудистой патологии головного мозга, психотерапевтическая помощь в случае стрессовой ситуации, особенно, среди лиц с нестабильным семейным положением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Каюмова С.А. клинический ординатор кафедры офтальмологии ТГСИ

Научный руководитель: Туйчибаева Д.М., доктор медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии Ташкентского государственного стоматологического институт, Узбекистан

Актуальность. Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) – хроническое заболевание, поражающее работоспособное население и более старшие возрастные группы, которая лидирует по числу случаев среди всех видов глаукомы и достигает 80% от общего числа больных. В настоящее время,

во всем мире насчитывается около 67–70 млн. человек, теряющих зрение от глаукомы, и каждый десятый из них уже ослеп [1–4]. В Узбекистане в 2021 гг. уровень заболеваемости ПОУГ составил 1,6%. За период с 2012 по 2021 год в Республике Узбекистан количество впервые признанных инвалидами по глаукоме увеличилось в 2,5 раза, число лиц с общей инвалидностью увеличилось в 2,3 раза [5–9].

Целью настоящего исследования явилось изучение нейропротекторного действия препарата Цитофлавин у больных ПОУГ с нормализованным ВГД на основании клинико-функциональных показателей органа зрения.

Материалы и методы. Нами обследовано 60 пациентов (38 женщин и 22 мужчин), средний возраст которых составил $60,75 \pm 12,83$ года, с установленным диагнозом первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) I, II и III стадии. Длительность заболевания у больных составляла от 6 месяцев до 10 лет, в среднем $3,1 \pm 0,6$ года. Все больные были распределены на 2 группы — основную и контрольную. Обе группы больных по основным клиническим показателям были репрезентативны.

Контрольную группу составили 28 больных (47 глаз), которые получали общепринятую традиционную терапию. Основную группу составили 32 больных (58 глаз), получавшие традиционную терапию и Цитофлавин (Cytotflavin® ПОЛИСАН НТФФ ООО Россия). Всем больным проводили стандартные офтальмологические исследования. Клиническую эффективность лечения оценивали по показателям: остроты зрения (ОЗ), среднему отклонению светочувствительности сетчатки в центральной зоне, порогу электрической чувствительности по фосфену (ПЭЧФ), критической частоты исчезновения мелькающих фосфенов (КЧИМФ) в режиме «3,0».

Результаты и обсуждение. На всех этапах исследования отмечалась хорошая местная и системная переносимость препарата Цитофлавин.

ОЗ у больных основной группы после лечения достоверно улучшилась и составила $0,80 \pm 0,02$ при I стадии заболевания, $0,54 \pm 0,02$ — при II и $0,23$ при III стадии. ОЗ у больных контрольной группы при I стадии заболевания составила $0,79 \pm 0,02$, при II стадии ПОУГ в этой же группе — $0,38 \pm 0,02$ и при III стадии — $0,10 \pm 0,02$, то есть отмечается некоторое улучшение зрения, но показатели недостоверны ($p > 0,05$).

В основной группе больных при I стадии ПОУГ порог электрической чувствительности по фосфену до лечения был равен $138,8 \pm 9,3$ мкА, после лечения показатель достоверно ($p < 0,001$) снизился (на 22,7%) и составлял $107,3 \pm 6,4$ мкА по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятому за 100%; при II стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $170,8 \pm 13,0$ мкА, а после лечения достоверно ($p < 0,001$) снизился (на 20,7%) до $135,4 \pm 10,9$ мкА по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%. При III стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $210,7 \pm 17,2$ мкА, а после лечения достоверно снизился (на 17,0%) до $175,6 \pm 12,8$ мкА по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания.

В контрольной группе исследования при I стадии ПОУГ показатель ПЭЧФ

до лечения был равен $130,0 \pm 7,0$ мкА, после лечения показатель достоверно ($p < 0,001$) снизился (на 7,6%) по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%, и составил $120,1 \pm 6,5$ мкА; при II стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $177,4 \pm 11,3$ мкА, а после лечения снизился незначительно ($p > 0,05$) — до $157,9 \pm 11,6$ мкА, что на 10,9% меньше по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%; при III стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $208,7 \pm 16,5$ мкА, а после лечения снизился незначительно ($p > 0,05$) — до $198,5 \pm 16,8$ мкА, что на 4,9% меньше по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания.

У больных с ПОУГ в основной группе отмечалось достоверное повышение показателя КЧИМФ в среднем на 14,5% (до лечения — $33,8 \pm 1,5$, после лечения — $38,70 \pm 0,87$) при I стадии и на 13,9% — при II стадии (до лечения — $27,30 \pm 0,76$, после лечения — $31,1 \pm 0,5$), в то время как в контрольной группе — на 2,7 и 2,4% соответственно по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%, что достоверно ниже, чем у больных 1-й группы при лечении рекомендуемой нами терапией.

В основной группе больных при I стадии ПОУГ пороговая чувствительность сетчатки до лечения была равна $-4,50 \pm 0,08$ dB, после лечения показатель достоверно ($p < 0,001$) повысился (на 22,2%) и составил $-3,50 \pm 0,07$ dB; при II стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $-7,20 \pm 0,08$ dB, а после лечения достоверно ($p < 0,001$) повысился (на 15,3%) до $-6,10 \pm 0,09$ dB по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%; при III стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $-11,7 \pm 0,09$ dB, а после лечения достоверно ($p < 0,001$) повысился (на 9,4%) до $-10,6 \pm 0,08$ dB по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания.

Во 2-й группе исследования при I стадии ПОУГ пороговая чувствительность сетчатки до лечения была равна $-4,6 \pm 0,1$ dB, после лечения показатель достоверно ($p < 0,05$) повысился (на 4,3%) и составил $-4,40 \pm 0,09$ dB; при II стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $-7,00 \pm 0,13$ dB, а после лечения повысился ($p > 0,05$) до $-6,8 \pm 1,4$ dB, что на 2,9% больше по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания, принятым за 100%; при III стадии ПОУГ показатель до лечения был равен $-11,5 \pm 0,13$ dB, а после лечения повысился ($p > 0,05$) до $-11,3 \pm 0,08$ dB, что на 1,7% больше по сравнению с показателем до лечения при той же стадии заболевания. По данным компьютерной статической периметрии Humphrey, отмечено увеличение светочувствительности сетчатки, уменьшение количества, площади и глубины скотом, расширение площади с нормальной светочувствительностью у больных основной группы.

Выводы:

1. Анализ полученных результатов свидетельствует о достаточно высокой клинической эффективности препарата Цитофлавин при консервативном лечении больных ПОУГ с компенсированным ВГД.
2. Данный препарат может быть рекомендован в качестве фоновой нейропротективной терапии.

Литература:

1. Астахов Ю., Руховец А., Акопов Е. Глазной кровоток и системный кровоток корреляции давления у молодых и пожилых людей. 6-й Всемирный конгресс по глаукоме. 2015; 4: 157.
2. Егоров В.В., Смолякова Г.П., Гохуа Т.И. Цитофлавин-электрокумуляция в лечении ишемически-гипоксических заболеваний зрительного нерва. Юбилейный XX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»: Сб. тез. – М., 2013; 333–334.
3. Волков В.В. Глаукома открытоугольная. Москва: МИА; 2008; 348 с.
4. Курышева Н.И. Роль методов визуализации диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки в ранней диагностике глаукомы. Глаукома 2007; 1: 16–22.
5. Rizaev J.A., Tuychibaeva D.M. Study of the general state and dynamics of primary and general disability due to glaucoma of the adults in the republic of Uzbekistan and the city of Tashkent. Journal of Dentistry and Craniofacial Research. 2022;1(2): 75–77. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-2-16>
6. Tuychibaeva D., Rizaev J., Malinouskaya I. Dynamics of primary and general incidence due to glaucoma among the adult population of Uzbekistan. Ophthalmology. Vostochnaya Yevropa. 2021;11.1:27–38. [doi:https://doi.org/10.34883/PI.2021.11.1.003](https://doi.org/10.34883/PI.2021.11.1.003)
7. Tuychibaeva D.M. Longitudinal changes in the disability due to glaucoma in Uzbekistan. J.ophthalmol.(Ukraine). 2022;507.4:12-17. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202241217>
8. Tuychibaeva D.M., Rizayev J.A., Stozharova N.K. Longitudinal changes in the incidence of glaucoma in Uzbekistan. // J.ophthalmol.(Ukraine). 2021;4:43-7. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202144347>
9. Tuychibaeva D.M. Main Characteristics of the Dynamics of Disability Due to Glaucoma in Uzbekistan // "Ophthalmology. Eastern Europe", 2022;12.2:195-204. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.2.027>

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО КЕРАТОКОНУСА

*Ким А.А. Базовый докторант кафедры Офтальмологии, ТГСИ
Научный руководитель: доцент кафедры офтальмологии д.м.н., доцент
Туйчибаева Д.М.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Распространенность и заболеваемость кератоконусом оцениваются между 0,2 и 4790 на 100 000 человек с самыми высокими показателями, как правило, в странах Ближнего Востока и с азиатской этнической принадлежностью. Кератоконус развивается на втором и третьем десятилетии жизни и прогрессирует до четвертого десятилетия, т.е. самый

работоспособный возраст. Состояние затрагивает все этнические группы и оба пола. В последнее время при кератоконусе, рассматривают комбинированный метод лечения кератоконуса – имплантация интрастромальных роговичных сегментов (ИСРС), который одновременно уплощает оптический центр роговицы, центрирует верхушку конуса, уменьшает степень миопии и астигматизма с кросслинкингом роговицы, укрепляющий связи между коллагеновыми волокнами стромы роговицы.

Цель исследования. Целью этого исследования было оценить и сравнить зрительные, рефракционные и топографические результаты глаз с кератоконусом, после имплантации интрастромального роговичного сегмента с отсроченной спустя 6 месяцев кросслинкингом роговичного коллагена и после имплантации интрастромального роговичного сегмента в сочетании с кросслинкингом роговичного коллагена в тот же день и наблюдение в течение первых 12 месяцев.

Материал и методы В этом проспективном рандомизированном исследовании проанализировано 30 пациентов (34 глаз) с прогрессирующим кератоконусом II-III степени в возрасте $27,21 \pm 6,97$ (диапазон 18–41) лет. В общей сложности 18 глаз были обработаны по методу имплантации интрастромального роговичного сегмента с фемтосекундным сопровождением с отсроченной спустя 6 месяцев кросслинкингом роговичного коллагена (группа контроля), а 16 глаз подверглись имплантации интрастромального роговичного сегмента с фемтосекундным сопровождением в сочетании с кросслинкингом роговичного коллагена одномоментно (основная группа). Клиническая эффективность оценивалась между двумя группами через 6 и 12 месяцев по показателям: острота зрения, рефракция и топография роговицы (с использованием кератотопографа с Scheimpflug камерой).

Результаты и обсуждение. За период исследования ни в одной группе не было отмечено серьезных интраоперационных и послеоперационных осложнений. При средней продолжительности наблюдения $12,2 \pm 0,50$ (диапазон = 11–13) месяцев эффективным было как имплантация интрастромального роговичного сегмента с отсроченной спустя 6 месяцев кросслинкингом роговичного коллагена и так и имплантация интрастромального роговичного сегмента в сочетании с кросслинкингом роговичного коллагена в тот же день. Однако одномоментная имплантация интрастромального роговичного сегмента плюс кросслинкинг роговичного коллагена показали меньшую потребность в восстановительном периоде и экономическую эффективность за счет уменьшения койко дней.

Заключение. Результаты наблюдения через год показывают, что после имплантации интрастромального роговичного сегмента с отсроченной спустя 6 месяцев кросслинкингом роговичного коллагена и после имплантации интрастромального роговичного сегмента в сочетании с кросслинкингом роговичного коллагена в тот же день зрительные, рефракционные и топографические результаты дают сопоставимый результат. Однако при имплантации интрастромального роговичного сегмента в сочетании с кросслинкингом роговичного коллагена в тот же день уменьшается время,

затраченное пациентом для нахождения в медицинском учреждении. Комбинированная процедура безопасна и заслуживает рассмотрения при лечении прогрессирующего кератоконуса для достижения лучшей зрительной реабилитации и экономически эффективна за счет сокращения 2 процедуры операции (на 2-3 койко-дня).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Куанышкалиева Г.Н. студент 202 гр.стом.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Аслонов З.А

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Цель исследования: Оценить в сравнительном аспекте результаты традиционного и лапароскопического адгезиолизиса у больных с ОСКН.

Материалы и методы: Для достижения цели и поставленных задач использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Одним из частых послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии является спайкообразование. Спаечный процесс обнаруживается у 70-93% больных, перенесших полостные операции, а при гинекологических вмешательствах - у 97% больных. Значимость спаечной болезни брюшины растет в связи с постоянным увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Частота рецидива болезни достигает 60-70%, а острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) занимает первое место среди других форм непроходимости кишечника. В последние 10 лет активно внедряются малоинвазивные технологии в хирургическое лечение ОСКН.

Изучены результаты обследования и лечения 126 больных (59 мужчин и 67 женщин), получавших лечение в хирургическом отделении 3 клиник Ташкентской медицинской академии по поводу ОСКН с 2010 по 2015 год. Возраст пациентов составил от 20 до 68 лет. Средний возраст - $35,1 \pm 7,5$ года. В результате проведенных мероприятий у 82 пациентов приступ ОСКН был купирован консервативным путем. Данным пациентам была предложена диагностическая лапароскопия (ДЛ) с последующим лапароскопическим адгезиолизисом (ЛА) в плановом порядке. Из них только 6 пациентов дали согласие на плановый ЛА. Остальным 44 больным выполнены оперативные вмешательства в срочном порядке.

Результаты: Результаты наших исследований показали, что из 50 оперированных больных при обзорной рентгенограмме брюшной полости у 42 (84%) обнаружены чаши Клойбера, у 33 (66%) - вздутие тонкой кишки, у 17 (34%) - поперечная исчерченность (симптом периостости), у 39 (78%) - сглаженность складок. У 37 (74%) больных при ультразвуковом исследовании верифицировали "акустические окна" на передней брюшной стенке и ВПС полых органов. Ценность ультразвуковой локализации ВПС, оценки состояния моторной функции кишечника, наличия свободной жидкости в брюшной

полости превышала рентгенологическую. Из 31 больного, оперированного по поводу ОСКН лапаротомным доступом, умерших не было. Релапаротомия произведена в одном (3,2%) случае в связи с тяжелым состоянием при поступлении и прогрессированием послеоперационного перитонита вследствие несостоятельности швов после ушивания дефекта тонкого кишечника. Послеоперационный период осложнился гнойно-воспалительными осложнениями со стороны раны в 5 (16,1%) случаях, характеризовался более тяжелым течением, поздним восстановлением функции кишечника. Результаты ЭГЭГ показали, что среднее время восстановления функции кишечника после операции составляло $3,8 \pm 1,4$ дня, а длительность послеоперационного лечения - $10,1 \pm 1,2$ дня.

Вывод: Анализ непосредственных результатов ЛА показал, что ввиду ранней диагностики ОСКН, своевременного выполнения оперативных вмешательств по показаниям непосредственные результаты в значительной степени были хорошими. По результатам ЭГЭГ среднее время восстановления функции кишечника после ЛА составляло $1,8 \pm 1,7$ дня, а длительность послеоперационного лечения - $3,1 \pm 1,3$ дня. Послеоперационные осложнения в виде гнойно-воспалительных процессов в области раны отмечались в 2 (10,5%) случаях, летальных исходов не было. Значительно более легкое течение послеоперационного периода, быстрое восстановление функции кишечника, ранняя активация больных и меньшая длительность пребывания в стационаре являются важными преимуществами ЛА. При этом определение критериев отбора пациентов для ЛА является важным моментом. Таким образом, ЛА способствует быстрой реабилитации больных с ОСКН, снижает риск развития повторных спаек органов брюшной полости.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Научный руководитель: к.м.н. (PhD), асс Лапасов О.А.

Кафедры Дерматовенерологии и косметологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт

Шермухаммадова Мухлиса 405 А, Лечебный факультет

Цель исследования. Изучить дерматоскопические характеристики больных базальноклеточным раком кожи в начальной стадии для оптимизации диагностических мероприятий

Дерматоскопическое исследование при подозрении на БКРК является рутинным методом диагностики и применяется уже при первичном визите пациента в клинику. С появлением дерматоскопии в практике врача — дерматолога-онколога увеличилась точность диагностики БКРК, причем даже если речь идет о пигментных формах и опухолях малого размера, поскольку их объединяют одни диагностические дерматоскопические признаки. Так, сосудистый паттерн является основным ориентиром, на который стоит первоначально обращать внимание. Ввиду активного роста новых сосудов в поверхностных слоях дермы в проекции опухоли, чаще всего мы можем

обнаружить древовидные извитые, линейные сосуды и сосуды-шпильки вне зависимости от клинико-гистологического подтипа опухоли. Также существуют и дополнительные дерматоскопические признаки, свойственные БКК: листовидные участки, структуры по типу колеса со спицами, концентрические структуры относят к группе коричневых пигментных, серо-голубые точки, глобулы и гнезда. Наличие ulcerации на поверхности опухоли также является отдельным дерматоскопическим признаком. Структура представлена большой гомогенной красно-черной областью, иногда с коркой на поверхности элемента.

Для поверхностной формы БКРК наиболее характерными дерматоскопическими признаками являются телеангиоэктазии (короткие, тонкие, линейные сосуды), множественные мелкие эрозии (коричнево-красные корочки), блестящие красно-белые бесструктурные области/фон (полупрозрачные области красно-белого цвета). При пигментных вариантах наиболее часто встречаются множественные серо-голубые точки и глобулы, но также можно обнаружить листовидные структуры (пигментные луковичные расширения по периферии элемента), структуры по типу колеса со спицами (радиальные коричневые/серо-голубые четкие структуры с интенсивным центральным окрашиванием), концентрические структуры (крупные глобулы неправильной формы с интенсивным центральным окрашиванием).

Для определения БКРК узловой формы необходимо ориентироваться на наличие древовидных сосудов, которые зачастую имеют периферическое расположение. Также часто отмечается наличие бело-красных структур и в ряде случаев в центре новообразования можно обнаружить изъязвления. При пигментированной узловой форме БКРК отмечаются крупные серо-голубые овоидные гнезда, листовидные структуры, структуры по типу колеса со спицами и концентрические структуры.

При инфильтрирующих и фиброэпителиальных формах БКК можно дерматоскопически обнаружить разветвленные сосуды/телеангиоэктазии и короткие белые полосы соответственно, а также изъязвления, крайне редко — листовидные структуры.

Морфеаподобная форма характеризуется зачастую гипопигментацией, наличием древовидных сосудов и изъязвлений. В редких случаях присутствия пигмента дерматоскопически определяются крупные серо-голубые овоидные гнезда.

При любой из форм БКРК могут встречаться свободно расположенные точки и глобулы серого или черного цвета с четкими или размытыми границами, а также большие бесструктурные области темно-красного или черного цвета, клинически соответствующие отложениям пигмента и изъязвлениям.

В целом все дерматоскопические структуры, характерные для БКРК, можно разделить на три группы.

Дерматоскопические признаки базальноклеточного рака кожи

Группа	Признаки
Пигментные структуры	Крупные серо-голубые овоидные гнезда, множественные серо-голубые точки и глобулы, множественные сгруппированные точки,

	листовидные структуры, структуры по типу колеса со спицами, концентрические структуры
Сосудистые структуры	Древовидные сосуды, телеангиоэктазии, сосуды-шпильки, точечные и гломерулярные сосуды, штопорообразные сосуды, а также полиморфные сосуды
Непигментированные и несосудистые структуры	Блестящие белые структуры (линии, полосы и пятна), эрозии, блестящий бело-красный бесструктурный фон

Заключение. На сегодняшний день считают, что ни одна дерматоскопическая структура не является уникальной для определенного гистопатологического подтипа БКРК, и могут встречаться совершенно различные их комбинации. Тем не менее, распространенность встречающихся структур различна среди клинико-гистологических подтипов опухоли. Так, телеангиоэктазии, изъязвления, листовидные структуры и структуры по типу колеса со спицами относительно чаще встречались при поверхностных БКК, в то время как большие овоидные серо-голубые структуры — при узловой форме, древовидные сосуды — при узловой и инфильтрирующей формах.

Таким образом, нет ни одного дерматоскопического признака, который встречается абсолютно при всех формах БКК, так же как и признака, характерного лишь для одного типа БКК. Однако стоит отметить, что наибольшую распространенность среди всех описанных структур имеет сосудистый паттерн, а в частности — древовидные сосуды и короткие телеангиоэктазии, которые можно обнаружить в 51–75% случаев. Вторым важным признаком, указывающим на БКК, — это блестящие красно-белые области, которые могут быть обнаружены в 50% случаев. Пигментные структуры встречаются приблизительно в 40% новообразований и, конечно, характерны лишь для пигментных форм. Более простая дерматоскопическая идентификация пигментных структур объясняет высокую частоту верной верификации пигментных форм БКРК в сравнении, например, с красно-белыми образованиями при беспигментных БКК.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Научный руководитель: к.м.н. (PhD), асс Лапасов О.А.

Кафедры Дерматовенерологии и косметологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт

Саидкулов Жавлонбек 406 В, Лечебный факультет

Цель исследования. Изучить клинические характеристики больных базальноклеточным раком кожи в начальной стадии для оптимизации диагностических мероприятий

БКРК встречается преимущественно у людей с 1–3 фототипами кожи и локализуется на открытых для солнца участках. До 80% новообразований регистрируется на коже головы и шеи, и до 15% опухолей встречается в области

спины, груди и плеч. В настоящее время встречаются публикации частных случаев, документирующих вовлечение аногенитальной, околоногтевых, ладонных и подошвенных областей в патологический процесс. Также описаны и более необычные локализации опухоли: венозные язвы, постоперационные шрамы, области акупунктуры, кожа над артериовенозными мальформациями, ринофима, рубцы после полученных термических ожогов, области, получившие дозу радиации, область постановки вакцины БЦЖ и т.д. Как известно, люди старшей возрастной группы имеют большую предрасположенность к развитию БКРК, однако случаи возникновения новообразований описаны и среди детей. Стоит отметить, что у детей часто наблюдается связь с синдромом Горлина — Гольца (наследственный первично-множественный базальноклеточный рак кожи, аутосомно-доминантный тип наследования), синдромом Базекса (синдром Базекса — Дюпре — Кристола, Х-сцепленное наследование, включает множественные БКРК, фолликулярную атрофодерму, гипотрихоз, гипогидроз), пигментной ксеродермой.

Клинические проявления БКРК очень вариативны и могут быть представлены как тонкой эритематозной бляшкой с телеангиоэктазиями и узлами, так и выраженными деструктивными поражениями с массивными изъязвлениями. Конечно, размер поражения напрямую коррелирует с длительностью существования новообразования. Так, были зарегистрированы клинические случаи, описывающие БКРК размером более 20 см в диаметре. Базалиома имеет тенденцию к медленному росту и, несмотря на злокачественность, является неагрессивной опухолью, крайне редко дающей метастазы.

Выделяют следующие клинические формы БКРК: узловую/ульцерирующую (45–60% случаев), диффузную (инфильтративную/морфеоподобную; 4–17%), поверхностную (15–35%), пигментную (1–7%) и фиброэпителиальную (фиброэпителиома Пинкуса).

Ульцерирующая форма манифестирует в виде небольшой полупрозрачной папулы, которая может иметь желтую или розовую окраску или даже перламутровый оттенок. Эпидермис заметно истончен, а на поверхности новообразования выделяются телеангиоэктазии. По мере увеличения опухоли в центральной ее части начинает образовываться язва с четким ровным краем. Примечательно, что пациенты отмечают отсутствие клинического эффекта от любого лечения данной ульцерации.

При узловой форме БКРК изъязвления формируются редко, зачастую она может напоминать простую кожную кисту (simple cutaneous cyst). Опухоль медленно увеличивается и в диаметре может достигать 2 см и более. Узловая БКРК обычно представлена гладким узелком с выраженным сосудистым паттерном (телеангиоэктазии).

Диффузный вариант может быть представлен несколькими паттернами. Зачастую у пациентов с диффузной БКРК можно увидеть склерозирующие морфеоподобные элементы, представленные светло-розовыми бляшками, склонными к медленному периферическому росту. Часто отмечается наличие шелушения, эрозий и изъязвлений.

Поверхностная форма, как правило, представлена эритематозным пятном с тенденцией к медленному росту и преимущественным расположением на коже лица, шеи, туловища. Клинически поверхностная БКРК может напоминать воспалительные дерматозы.

Солидная БКРК может содержать пигмент и быть ошибочно принятой за меланому. Зачастую именно поверхностные формы могут характеризоваться наличием пигмента. Гигантская БКК в диаметре может достигать 10 см и более. В большинстве описанных случаев новообразование имело центральную локализацию (на коже туловища). Обычно наличие гигантской БКК сопровождается повышенным риском метастазирования (до 30%), даже несмотря на высокую степень дифференцировки опухолевых клеток.

Другие более редкие клинические формы включают линейную, унилатеральную БКК, полипоидную БКК и БКК «на ножке». Линейная форма не имеет ярких клинических проявлений, локализуется в основном на коже шеи, век. Полипоидная форма имеет преимущественную локализацию в области волосистой части головы, ушей, половых органов, однако в связи с низкой распространенностью данной формы новообразования доступно немного данных.

БКРК склонна к рецидивированию, частота повторного образования опухоли достигает 8,7% и зависит от расположения, размера, клинической и гистологической формы, а также от эффективности проводимой терапии. Чаще всего опухоли, расположенные в области носа, глаз, ушей, губ, а также достигающие 2 см в диаметре, рецидивируют. Примечательно, что поверхностные формы БКРК также имеют высокую частоту рецидивов, и причиной тому служит сложность оценки анатомических границ опухоли.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СУБПОРОГОВОГО МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СВЕТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЕТЧАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА НА ФОНЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Махмудова З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза

Актуальность. В настоящее время для лечения макулярного отека используются различные схемы консервативного лечения, интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза, кортикостероидов, а также различные методы лазерной терапии. Несмотря на многообразие существующих методов лечения, они недостаточно эффективны и не обеспечивают необходимого уровня восстановления зрительных функций. В связи с этим, задача по поиску более оптимальных методов лечения макулярного отека, в том числе развившегося в результате посттромботической ретинопатии (ПТР), является актуальной и требует решения.

Цель исследования. Оценить динамику показателя светочувствительности сетчатки при лечении макулярного отека на фоне посттромботической

ретинопатии методом субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия.

Материал и методы. Исследование проводилось в лазерном отделении РСНПМЦМГ. Под наблюдением находилось 22 пациента (30 глаз) с ПТР, из них 12 мужчин и 10 женщин. Средний возраст пациентов составил $51 \pm 4,7$ лет. Давность эпизода тромбоза составляла 1-4 месяцев.

Пациентам осуществлялось комбинированное лечение с использованием antiVEGF-терапии и метода субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия с использованием желтого диодного лазера 577 НМ с помощью лазерной установки Supra 577 нм («Quantel medical», Франция).

До и после лечения все пациенты проходили полное офтальмологическое обследование, включавшее методы визометрии, офтальмоскопии, оптической когерентной томографии с функцией ангиографии (ОКТ-ангио) и компьютерной периметрии. Определение светочувствительности проводилось на автоматическом офтальмологическом периметре AP-3000 (Tomey), используя программу 30-2 SITA standard. Диапазон интенсивности стимулов составлял от 0 до 36 дБ, где 0 дБ – это самые яркие стимулы, а 36 дБ – это самые тёмные. Стимулы, отмеченные символом «<0», указывают на максимальную интенсивность (0 дБ), не замеченную пациентом. В норме световая чувствительность сетчатки ≥ 25 дБ. Значение фиксации считается устойчивым, если более 75 % точек фиксации находятся в круге диаметром 2° .

Оценка показателей осуществлялась в сроки до лечения и через 1 месяц после проведения лечения.

Результаты. При лечении были использованы следующие параметры лазерного воздействия: длина волны 577 нм в микроимпульсном режиме, мощность 250–300–400 Вт, экспозиция 0,03 мс, скважность 10–12%, диаметр пятна 300–350 мкм. Индивидуальное тестирование мощности импульсов выполнялось вне сосудистой аркады, с титрованием мощности от 50 мВт до получения ожога 1 степени по классификации F. L'Esperance (1983).

Для антиVEGF-терапии использовался препарат препарат «Визькю» («Novartis», Швейцария), международное непатентованное название - бролуцизумаб. Препарат применяли интравитреально в дозе 0,2 мл (2,0 мг). При комбинированном лечении сеанс субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия проводился через 3 дня после однократной загрузки анти-VEGF препарата.

В динамике оценивались следующие показатели: максимально скорректированная острота зрения (МКОЗ), показатели ОКТ ОКТ-ангио в виде толщины и объема нейроэпителия, средняя светочувствительность сетчатки и показатель фиксации взора. Оценка последнего показателя была обусловлена тем, что данный критерий не только служит для оценки правильности выполнения теста, но и отображает функциональное состояние непосредственно макулы.

Результаты исследования показали, что все средние показатели характеризовались положительной динамикой. Наиболее выраженная динамика в сторону улучшения среднего значения наблюдалась в отношении морфометрических показателей ОКТ, толщины и объема нейроэпителия

($p < 0,05$). При этом, несмотря на повышение среднего показателя МКОЗ, достоверных различий в динамике выявлено не было.

Вместе с тем, следует отдельно выделить, что средний показатель светочувствительности сетчатки по данным компьютерной периметрии также был достоверно ($p < 0,05$) выше после лечения и составил $25,8 \pm 0,36$ дБ, что соответствует возрастной норме. Также стоит отметить, что достоверно повысился и показатель фиксации взора у пациентов при выполнении периметрии, что свидетельствует о восстановлении функционального состояния макулы.

Наблюдение за показателями пациентов, которые получали комбинированное лечение с включением метода субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия с использованием желтого диодного лазера 577 НМ с помощью лазерной установки Supra 577 нм («Quantel medical», Франция) показало, что данный метод не только способствует снижению выраженности отека и восстановлению центрального зрения, но и является безопасным в отношении поражения палочек в результате лазерного воздействия, о чем свидетельствуют данные компьютерной периметрии.

Вывод. Таким образом, оценка светочувствительности сетчатки методом компьютерной периметрии подтвердило безопасность метода субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия с использованием желтого диодного лазера 577 НМ в лечении макулярного отека, развившегося в результате посттромботической ретинопатии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Миразизова Дилола Равшановна,

*соискатель кафедры оториноларингологии Ташкентского
государственного стоматологического института (Узбекистан)*

*Научный руководитель: Махкамова Нигора Эргашевна, д.м.н.,
профессор кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного
стоматологического института (Узбекистан)*

Как известно, в ответ на инфекцию SARS-CoV-2 система гемостаза увеличивает свой протромботический потенциал в механизмах, зависящих в основном от сильной воспалительной реакции (так называемый цитокиновый шторм) и повреждения эндотелия, а также, возможно, подавления фибринолитической системы. Нельзя исключить прямое специфическое воздействие коронавируса на отдельные компоненты системы гемостаза, приводящее к повышению тромбогенного потенциала инфицированного организма, хотя пока нет убедительных данных, подтверждающих такую гипотезу [Iba T., Levy J.H., Connors J.M. et al, 2020; Spiezia L., Boscolo A., Poletto F. et al. 2020; Varga Z., Flammer A.J., Steiger P. et al. 2020; Gavrilaki E., Brodsky R.A., 2020]. Важной и отличительной чертой коагулопатии, ассоциированной с SARS-CoV-2, является то, что практически не встречается геморрагический

диатез. Чтобы подчеркнуть отличие нарушений свертывания крови у людей, инфицированных SARS-CoV-2, от других коагулопатий, Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y. et al, [2020]. предложили термин «COVID-19 - ассоциированная коагулопатия» (CAK).

В патогенезе СНТ значительную роль играют изменения гемодинамики и микрогемоциркуляции внутреннего уха (Овчинников Ю.М. с соавт, 1996, Петухова НА, 2000). По мнению Е.Г.Шаховой (2008), лидирующими и равнозначными по частоте встречаемости этиологическими факторами СНТ является сосудистая патология - 25% (артериальная гипертензия, гипотония, дисциркуляторная дистония и др), вирусная инфекция - 24% и остеохондроз шейного отдела позвоночника - 21%, затем следует патология среднего уха - 13% и идиопатическая СНТ - 8%. В настоящее время все больше приобретает значение улучшение мероприятий по ранней диагностике, лечению, а также по профилактике возникновения и дальнейшего развития заболевания СНТ у пациентов переболевших COVID-19.

Целью исследования явился оценка состояния системы гемостаза у больных сенсоневральной тугоухостью перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы: проведен анализ результатов биохимических исследований больных с сенсоневральной тугоухостью перенесших бессимптомную или легкую форму коронавирусной инфекции. Обследованы и получили лечение 64 пациентов с сенсоневральной тугоухостью (СНТ), возникший после коронавирусной инфекции, возраст больных колебался в пределах от 20 до 60 лет (средний возраст $21,7 \pm 1,7$ лет), преобладали лица молодого наиболее трудоспособного возраста от 30 до 50 лет. Для оценки состояния эндотелия сосудов у больных СНТ, перенесших коронавирусную инфекцию в динамике лечения проводилось: определение антикоагулянтной активности эндотелия сосудов; определение фибринолитической активности эндотелия сосудов; определение содержания эндотелина I в сыворотке крови; определение содержания гомоцистеина в сыворотке крови.

Результаты исследований эндотелиальной дисфункции у больных СНТ, перенесших коронавирусную инфекцию: анализ полученных результатов показателей системы гемостаза у больных с СНТ, перенесших коронавирусную инфекцию, свидетельствует, что у данного контингента больных происходит увеличение времени Хагеман-зависимого фибринолиза и снижение фибринолитической активности эндотелия сосудов. Угнетение фибринолитической активности эндотелия сосудов может быть связано с уменьшением выделения тканевого активатора плазминогена t-PA или активацией ингибитора тканевого активатора плазминогена и фактора Виллебранда.

В результате проведенных исследований выявлено, что у больных с СНТ, перенесших коронавирусную инфекцию, происходит увеличение содержания в сыворотке крови не только эндотелина I, но и гомоцистеина.

Таким образом, результаты исследования указывают на диагностическую и патогенетическую значимость концентрации гомоцистеина в крови при СНТ у больных, перенесших коронавирусную инфекцию.

Особенности показателей эндотелиальной системы гемостаза у больных СНТ перенесших COVID-19 до и после терапии: известно, что ключевым механизмом развития ишемии слухового и вестибулярного анализаторов является у данного контингента больных является нарушение кровообращения в лабиринтной- артерии вследствие патологической гемодинамики в вертебрально-базилярном бассейне. Отличительной особенностью отклонений в системе гемостаза у большинства (53,3%) больных СНТ перенесших COVID-19 с сосудистыми нарушениями как было указано выше, были изменения, свидетельствующие о гиперкоагуляции. Наиболее выраженными они были у больных СНТ перенесших ковидную патологию при гипертонической болезни (92,0%) больных) и атеросклерозе сосудов головного мозга (93,9% пациентов). Поэтому, лечение СНТ на фоне сосудистых нарушений у больных СНТ, перенесших Ковидную патологию, должно быть, комплексным, этапным, адекватным этиологии и патогенезу заболевания с коррекцией специфических для каждой группы больных гемодинамических нарушений в вертебрально-базилярном бассейне, системного АД, и внутрисосудистого фактора микроциркуляции.

Выводы: результаты исследований позволяют заключить, что у больных СНТ перенесших COVID-19 на фоне цитокинового шторма и проведенных различных методов фармакотерапии происходит увеличение содержание маркеров эндотелиальной дисфункции, что связано с прямой зависимостью клинических проявлений нарушения микроциркуляции, особенно при сочетании с артериальной гипертензией. Общность звеньев этиологии и патогенеза сочетанной патологии и артериальной гипертензии послужило обоснованием для разработки комплексных программ диагностики и лечения больных СНТ перенесших COVID-19, что является неотъемлемой частью лечения и профилактики данной взаимообусловленной сочетанной патологии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ

ТГСИ, студент стоматологический факультета группа 308 Нурматов Илёс

Научный руководитель: доцент кафедры терапевтического направление № 3

Абдулкасимов Ф.Б.

Актуальность. Традиционно при рассмотрении проблемы депрессивных расстройств большое внимание уделяется изучению биологических факторов в их возникновении, клинику течения и терапии, но гораздо меньшее внимание уделяется последствием депрессии, а в частности иммунологической системе больных данным заболеванием. Изучаемые нами методологические подходы в отношении исследования иммунных реакций до настоящего времени не применялись. Оценка адекватности иммунного реагирования на воздействие стресс факторов и разработка иммунологических норм с учетом напряженности адаптационных механизмов представляют интерес как в теоретическом, так и в практическом плане.

Целью настоящего исследования: Являлось изучение состояние иммунной

системы при затяжных депрессиях и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. В связи с поставленной целью определены следующие задачи: **1.** Изучить состояние иммунной системы у больных с затяжной депрессией. **2.** Оценить и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. **Материалы и методы исследования:** Клинико-иммунологическим и клинико-психологическим методом было обследовано 59 человек из них в основной исследуемой группе 37 больных в возрасте от 20 до 50 лет (находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице) с аффективными расстройствами с разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройство (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. В контрольной группе 22 соматически и психически здоровых людей соответствующего возраста. Для оценки тяжести депрессивного состояния использовалась психометрическая шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS - 21) Критериями включения в исследование являлась выраженность депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS - 21) более 20 баллов (в среднем $28,2 \pm 1,1$ балла в основной группе и $8,8 \pm 0,9$ балла в контрольной). Изучали иммунологические показатели такие как: иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)- соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, иммуноглобулина E, M, A, G.; Лимфоцитов, лейкоцитов.

Вывод: У 32 больных основной группы уровни иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. В контрольной группе этот маркер был зафиксирован у 3 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительно протекающая депрессия приводит к понижению иммунологического аспекта. Что указывает на необходимость подключения иммуномодуляторов в дальнейшей тактике алгоритма лечения.

БАРИАТРИК ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ТИРЕОИД СТАТУСИДАГИ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАР

Муратова Ш.Т.^{1,2}, Махмудова С.М.¹

*¹Ё.Х.Тўрақулов номидаги Республика ихтисослаштирилган эндокринология
илмий-амалий тиббиёт маркази, ²Тошкент давлат стоматология институти*

Кириш: Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2023 йилга берган маълумотида кўра дунё бўйлаб 650 миллион та катталар ва 379 миллиондан ошди болалар ва ўсмирлар семизликдан азият чекмоқда [Sørensen T.I.A., 2022].

Семизлик оқибатида ривожланувчи қандли диабет 2-тип ва бошқа қатор метаболик синдром касалликларининг ортиши ва ёш жихатидан эрта касалланиш ҳолатларининг ортиб бориши бугунги замонавий тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан биридир. Юқори ТВИ ($<35 \text{ кг/м}^2$), гиперлипидемия, диабет ва гипертензиянинг ҳар бири мустақил ўлим хавфини оширади [Sjostrom L., 2007]. Сўнгги 10 йилликда бутун дунёда семизликнинг энг натижавий даво усули сифатида бариатрик жаррохлик амалиётлари тан олинмоқда [Eisenberg D., 2022]. Миллий саломатлик институтларига БЖ учун қўйилган критерийларнинг янгиланишига кўра, БЖ ТВИ $>35 \text{ кг/м}^2$, ёки метаболик касаллиги бор беморларда $30\text{--}34.9 \text{ кг/м}^2$, Осиё популяцияси учун ТВИ $>25 \text{ кг/м}^2$ семизлик деб олинди ТВИ $>27.5 \text{ кг/м}^2$ БЖА га кўрсатма деб олинди [Ершова Е.В., 2016]. Тадқиқодларга кўра бариатрик жаррохлик юқоридаги барча сабаблар бўйича ўлим хавфини пасайтириш билан боғлиқлиги аниқланган. Бариатрик жаррохликнинг 2-тоифа диабет, гипертензия ва уйку апноесига таъсири кенг қамровли ўрганилган, аммо унинг қалқонсимон без фаолиятига таъсири бўйича адабиётлар етишмайди [Khan W.F., 2020]

Мақсад: Бариатрик амалиётдан олдинги ва кейинги тиреоид статусни баҳолаш асосида БЖ нинг қалқонсимон без фаолиятига таъсирини аниқлаш.

Материал ва ўтказилган услублар: Тошкент шаҳридаги Медион фемилий ҳамда Саба дармон хусусий клиникаларига 2023-йил феврал ойидан марит ойига қадар БЖ учун мурожаат қилган 95 та II ва III даражали семизлиги бор беморлар касаллик тарихи, антропометрик маълумотлари ўрганилди ва ҚҚБ гормонлари текширилди.

Таҳлиллар асосида резекцион найчалош ўтказилган беморлар орасидан 16 та (16,8%) гипотиреози бор бўлганлари танлаб олинди ва уларнинг тиреоид статуси амалиётдан 6 ой кейинги даврда текширилиб солиштирилди.

Натижа: беморларда йўқотилган вазн кўрсаткичлари ТВИ динамик кузатуви асосида таққосланди. Беморларнинг 15 таси (93,75%) аёл ва 1 нафари (6,25%) эркак бўлиб, ўртача ёши $43,3 \pm 11,1$ га тенг бўлган. Дастлаб ТВИ ўртача $42,7 \pm 5,7 \text{ кг/м}^2$, ТТГ $6,6 \pm 1,7 \text{ ммоль/л}$, эркин Т4 $0,718 \pm 0,2 \text{ нг/дл}$ бўлган. Уларнинг 14 таси (87,5%) ўрин босувчи гормонтерепияда бўлиб, левотироксиннинг кунлик дозаси ўртача $91,7 \pm 13,9$ га тенг бўлган.

Амалиётдан 6 ой ўтиб беморлар ТВИ ва тиреоид статуси текширилганда ТВИ $35,2 \pm 6,34 \text{ кг/м}^2$, ТТГ $4,2 \pm 1,6 \text{ ммоль/л}$, Т4 $1,0 \pm 0,3 \text{ нг/дл}$, кунлик левотироксин дозасига бўлган эҳтиёж $79,2 \pm 18,7$ га пасайди.

Хулоса қилиш мумкинки ошқозон резекцион найчалош амалиётини ўтказган гипотиреоид беморларда кунлик левотироксинга бўлган эҳтиёж пасаяди ва бу боғлиқлик ТВИ ҳамда ТТГ пасайиши билан бевосита боғлиқ бўлди. Амалиётдан кейинги 2 йил ичида дозани коррекция қилиш учун профилактик клиник таҳлилларни талаб этади.

УЧЕНИЕ АВИЦЕННЫ В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Мухаммаджанова М.О. - клинический ординатор 1 курса

Научный руководитель : Буранова Д.Д. –к.м.н., доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Наследие Хусайн Ибн Абдулла Ибн Сина (известный в Европе под именем Авиценна, далее по тексту Авиценна) (ок. 980 - 1037 гг.) в лечении различных заболеваний в течении нескольких столетий применяется в практике врачей различных специальностей. За длительное время накоплен большой клинический опыт, чем активно пользуется современная медицина. Авиценна врач средневековья в своей функциональной энциклопедии Канона врачебной науки в котором он обобщал многовековой опыт греческих, индийских, среднеазиатской медицины и медицины других народов средневековья, а так же по вопросам фармакологии, фармации и фармакотерапии.

Цель. Многие лекарственные растения, описанные Авиценной, прочно вошли в практику народной медицины многих стран мира, а некоторые из них - даже в научную медицину.

Материалы и методы исследования. Как известно, западная медицина считает причиной болезней внешние факторы, например, вирусы и микроорганизмы, а восточная медицина рассматривает природу болезней через внутренние факторы, например, ослабление защитной функции организма. Поэтому в западной медицине основным способом лечения является уничтожение, предотвращение внешних факторов, а в восточной медицине укрепление внутренней защитной реакции организма.

Результаты и обсуждение. Авиценна - великий ученый Средней Азии, основатель мировой медицины родился в селении Афшона близ Бухары (на территории Бухарской области нынешнего Узбекистана). Согласно древним источникам, ему приписывают около 470 произведений размером от одного листа до 20 томов в 29 областях знаний, 23 на персидском, фарси, остальные на арабском - языке науки и литературы (той эпохи) того времени. Многие из них навсегда утеряны, сохранилось и дошли до наших дней только 274. Он обобщил научные достижения своего времени и развил их дальше в энциклопедических трудах по философии, логике, математике, астрономии, физике, минералогии, правоведению, языкознанию, музыковедению.

Выводы. Наибольшую известность Авиценна приобрел как врач, фармацевт и ученый. Эпоха Авиценна - это, прежде всего, эпоха правления династии Саманидов, период расцвета науки, культуры, а Бухара - по мнению многих историков - «стала местом величия, святилищем царства, местом восхода звезд в литературе и центром ученых того времени».

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА.

Набижонов З.Н. 503а группа лечебный факультет.

Научный руководитель: ассистент кафедры дерматовенерологии косметологии Аюбова Н.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: В дерматологии одним из наиболее распространенных, относящийся к облигатным заболеваниям, является актинический кератоз. Актинический кератоз (АК) - представляет область аномальной пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, которые несут риск прогрессирования в инвазивный плоскоклеточный рак кожи.

Цель исследования: Оптимизация методов лечения и профилактика актинического кератоза.

Материалы и методы исследования: исследования основано на наблюдении и клинко-лабараторном обследовании 96 пациентов, которые были разделены по полу и по возрасту. Женщины составили 45% и мужчины составили 55%. Самому молодому пациенту было 43 года, а самому старшему 92 года было. Контрольную группу составили 40 пациентов. Оценивались следующие клинически признаки: шелушения, гиперкератоз, эритема, пигментация, атрофия.

Результаты: исследования показало, что наиболее часто встречается эритематозная (38%), гиперкератотическая (27%), пигментированная (14%), кожный рог (7,5%), атрофический (7,5%), лихеноидный (6%).

Вывод: полученные нами данные свидетельствуют, об основным и резко выраженным клиническим признаком при эритематозном форме является эритема. При кожным рог резкий гиперкератоз эпидермиса.

КАРДИТОКСИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Наркузиев Б.Б. студент 501 гр. леч. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Мадаминов А.Ю., доцент кафедры онкологии и медицинской радиологии

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан.

Актуальность. Актуальность кардиотоксических осложнений лекарственной терапии у онкологических больных обусловлена значительным распространением и широким применением медикаментозных средств для ингибирования роста опухолей, которая в дальнейшем только усилилась в связи с появлением новых лекарственных групп препаратов.

Цель исследования. Акцентирование важности данной проблемы, проведение дальнейших исследований и разработка стратегий для

предотвращения кардиотоксического осложнения.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников, изучение предыдущих исследований, клинических рекомендаций.

Результаты и обсуждение. Кардиотоксичность, согласно определению национальному институту здоровья (США) трактуется как «токсичность, которая влияет на сердце»^[1]. Данный термин, в целом включает в себя различные негативные влияния, связанные с сердечно-сосудистой системой на фоне лекарственной терапии онкологических больных.

По классификации Suter и Ewer кардиотоксичность разделяют на 2 типа: *Необратимый* (I-й тип) и *обратимый* (II-й тип). Для необратимого характерно необратимая дисфункция миокарда, в связи с гибелью кардиомиоцитов. Обычно такое встречается при приёме антрациклинов и других химиотерапевтических препаратов^[2]. Для обратимого характерно же обратимые нарушения миокарда, из-за митохондриальных и протеиновых повреждений. Наиболее часто вызывается при применении таргетной терапии^[3]. Рассмотрим несколько групп препаратов и их побочные действия.

Антрациклины. У пациентов, получавших доксорубицин, наблюдались суправентрикулярные аритмии, которые переходили в дисфункцию левого желудочка^{[4][5]}. Этот побочный эффект возникал у 1 % пациентов, принимающих антрациклины. Первичные проявления кардиотоксичности могут появиться в течение года после начала лечения, в то время как поздние проявления могут проявиться спустя 7 лет после приема препаратов^[6].

Ингибиторы митоза. Применение паклитаксела вызывало фибрилляцию предсердий (ФП) около 2% больных^[7]. Применение мелфалана также вызывало ФП у 8% больных, преимущественно у пожилых и лиц с гипертонической болезнью (ГБ)^[8].

Таргетные препараты. Ибрутиниб. По данным систематического обзора, опубликованного в 2017 году (REFS)^{[9][10]}, частота возникновения ФП при использовании ибрутиниба составляет от 3 до 16 % (в среднем 8 %).

Сунитиниб, лапатиниб, нилотиниб и вандетаниб в среднем вызывали удлинение QT сегмента на 0.15 с., приблизительно у 5% больных^[11].

Кризотиниб и церитиниб вызывал синусовую брадикардию у 15% и 4% больных соответственно^[12].

Иммунная терапия. Наибольшего внимания заслуживают ингибиторы контрольных точек. Они вызывают, т.н «Миокардиты, ассоциированные с терапией ингибиторами иммунных контрольных точек», которые характеризовались АВ-блокадой II-III степени. По данным систематического обзора 2018 года, в 10 % случаев кардиотоксичности, связанных с терапией иммунных контрольных точек, наблюдалась АВ-блокада и другие нарушения проводимости, что приводило к смерти у 50 % таких пациентов^[13]. Кроме этого, имеются сообщения о желудочковых аритмиях, связанные с ингибированием

иммунных контрольных точек у 5-10% больных^[13]. ФП также встречалась при применении инновационной клеточной иммунной терапии CAR-T, особенно у очень молодых пациентов и у тех, у кого был повышенный уровень С-реактивного белка^[14].

Заключение. Пациенты, принимающие противоопухолевые препараты, подвержены риску развития побочного эффекта, как кардиотоксичность. В связи с этим в медицине постепенно вводится новое направление, которое получило название "кардиоонкология". Эта междисциплинарная область будет приобретать все большее значение в ближайшие годы в связи со старением населения в целом и последующим ростом заболеваемости и распространенности как рака, так и сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: кардиотоксичность, осложнения, кардиоонкология, побочные эффекты.

Источники:

1. U.S. National Library of Medicine: National Institutes of Health; 2018. Available from: <https://www.nih.gov>
2. Cheungpasitporn W., Kopecky S.L., Specks U., Bharucha K., Fervenza F.C. Non-ischemic cardiomyopathy after rituximab treatment for membranous nephropathy. *J Renal Inj Prev.* 2017;6(1):18-25. <https://doi.org/10.15171/jrip.2017.04>
3. Сакаева Д.Д. Алгоритмы ведения пациентов с нежелательными явлениями на фоне терапии ингибиторами тирозинкиназы. *Медицинский совет.* 2017;(6):38–50. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-6-38-50
4. Lenneman C.G., Sawyer D.B. An update on cardiotoxicity of cancerrelated treatment. *Circ Res.* 2016;118(6):1008–20. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.115.303633
5. Ewer M.S., Ewer S.M. Cardiotoxicity of anticancer treatments. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12(9):547-58. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.65>
6. Brana I., Zamora E., Oristrell G., Tabernero J. Side effects of medical cancer therapy. *Cardiotoxicity.* 2018;14:406. https://doi.org/10.1007/978-3-31970253-7_14
7. Zhao D et al. Atrial fibrillation following treatment with paclitaxel: a case report. *Biomed. Rep* 9, 540–544 (2018). [PubMed: 30546883]
8. Feliz V et al. Melphalan-induced supraventricular tachycardia: incidence and risk factors. *Clin. Cardiol* 34, 356–359 (2011). [PubMed: 21538392]
9. Leong DP et al. The risk of atrial fibrillation with ibrutinib use: a systematic review and meta-analysis. *Blood* 128, 138–140 (2016). [PubMed: 27247135]
10. Yun S, Vincelette ND, Acharya U & Abraham I Risk of atrial fibrillation and bleeding diathesis associated with ibrutinib treatment: a systematic review and pooled analysis of four randomized controlled trials. *Clin. Lymphoma Myeloma Leuk* 17, 31–37 e13 (2017). [PubMed: 27780690]
11. Tamargo J, Caballero R & Delpon E Cancer chemotherapy and cardiac arrhythmias: a review. *Drug Saf.* 38, 129–152 (2015). [PubMed: 25577497]
12. Herrmann J Tyrosine kinase inhibitors and vascular toxicity: impetus for a classification system? *Curr. Oncol. Rep* 18, 33 (2016). [PubMed: 27099141]

13. Mir H et al. Cardiac complications associated with checkpoint inhibition: a systematic review of the literature in an important emerging area. Can. J. Cardiol 34, 1059–1068 (2018). [PubMed: 29980467]

14. Brudno JN & Kochenderfer JN Toxicities of chimeric antigen receptor T cells: recognition and management. Blood 127, 3321–3330 (2016). [PubMed: 27207799]

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТВЕТА НА АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ

Норчаева Муниса. 504 – Б гр.леч.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Бабаев Ж.С. ассистент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Цель: в настоящее время рекомендации по шизофрении рекомендуют подождать от 3 до 6 недель, прежде чем рассматривать пациента как не отвечающего на лечение. Однако недавние исследования показывают, что реакция на антипсихотические препараты начинается в течение первых двух недель лечения. Целью этого исследования является определение прогностической ценности раннего улучшения через 2 или 4 недели при отсутствии ответа через 6 недель.

Методы: Двадцать семь стационарных и амбулаторных пациентов с диагнозом шизофрении согласно DSM-IV в возрасте от 18 до 65 лет, которые были больны средней и тяжелой степени (исходный общий балл по шкале положительных и отрицательных синдромов (PANSS) ≥ 75 , с как минимум «умеренным» уровнем тяжести / баллом > 4 по меньшей мере по 2 из 4 пунктов психотического кластера Краткой психиатрической рейтинговой шкалы (BPRS)). Десять пациентов получали антипсихотическое лечение впервые, а у 17 пациентов лечение было изменено из-за отсутствия ответа на предшествующее лечение антипсихотиками. Пациентов оценивали по шкале PANSS и шкале общего клинического впечатления (CGI-S) на 0, 2, 4 и 6 неделях лечения антипсихотиками. Отсутствие ответа в конечной точке было определено тремя разными способами, чтобы отразить различия в уровне ответа на лекарство: «Незначительно улучшено», «незначительно улучшено» и «не переведено». Как описано ранее, «незначительно улучшилось» и «не сильно улучшилось» было определено как улучшение общих показателей PANSS менее чем на 28% и 53% соответственно. «Не ремиссия» определялась в соответствии с критериями, разработанными «Рабочей группой по ремиссии при шизофрении» без временного критерия. Методы обнаружения сигнала с использованием кривых рабочих характеристик приемника (ROC) были реализованы для определения оптимального порога раннего отсутствия ответа на 2 и 4 неделе. Общая точность, чувствительность, специфичность, а также положительная и отрицательная прогностическая ценность пороговых значений были рассчитаны для прогнозирования «не минимально улучшено», «не значительно улучшено» и «не

переведено» в конечную точку. «Не ремиссия» определялась в соответствии с критериями, разработанными «Рабочей группой по ремиссии при шизофрении» без временного критерия.

Результаты: Порог раннего ответа для прогнозирования «незначительно улучшился» был менее чем на 15,3% снижения общего балла PANSS на 2 неделе, менее чем на 15,5% на 4 неделе. Порог раннего ответа для прогнозирования «незначительного улучшения» был меньше чем Снижение на 22,1% на 2 неделе и менее чем на 44,3% на 4 неделе; для «не переведенных» снижение было менее 71,5% на 2 неделе и менее 23,2% на 4 неделе. Конкретные пороги «значительного улучшения» и «ремиссии» не были определены на 2 неделе, тогда как пороговые значения, рассчитанные для недели 4, были хорошими различительная сила.

Закключение. Результаты этого исследования не подтверждают выводы более ранних исследований, показывающих, что отсутствие ответа через 2 недели точно предсказывает последующее отсутствие ответа у пациентов с шизофренией. Вместо этого результаты показали, что отсутствие ответа лучше всего прогнозировать через 4 недели, как и в некоторых других предыдущих исследованиях. Вопрос о том, какой момент времени для раннего прогнозирования ответа можно лучше всего предсказать у пациентов с шизофренией, требует дальнейшего рассмотрения в последующих исследованиях с большим размером выборки.

Ключевые слова: шизофрения, ранний ответ, антипсихотики, прогноз.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ

ТГСИ, студент стоматологический факультета группа 308 Нурматов Илёс

Научный руководитель: доцент кафедры терапевтического направление № 3 Абдулкасимов Ф.Б.

Актуальность. Традиционно при рассмотрении проблемы депрессивных расстройств большое внимание уделяется изучению биологических факторов в их возникновении, клинику течения и терапии, но гораздо меньшее внимание уделяется последствием депрессии, а в частности иммунологической системе больных данным заболеванием. Изучаемые нами методологические подходы в отношении исследования иммунных реакций до настоящего времени не применялись. Оценка адекватности иммунного реагирования на воздействие стресс факторов и разработка иммунологических норм с учетом напряженности адаптационных механизмов представляют интерес как в теоретическом, так и в практическом плане.

Целью настоящего исследования: Являлось изучение состояние иммунной системы при затяжных депрессиях и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. В связи с поставленной целью определены следующие задачи: **1.** Изучить состояние иммунной системы у больных с затяжной депрессией. **2.** Оценить и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. **Материалы и методы**

исследования: Клинико-иммунологическим и клинико- психологическим методом было обследовано 59 человек из них в основной исследуемой группе 37 больных в возрасте от 20 до 50 лет (находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице) с аффективными расстройствами с разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройство (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. В контрольной группе 22 соматически и психически здоровых людей соответствующего возраста. Для оценки тяжести депрессивного состояния использовалась психометрическая шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS - 21) Критериями включения в исследование являлась выраженность депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS - 21) более 20 баллов (в среднем $28,2 \pm 1,1$ балла в основной группе и $8,8 \pm 0,9$ балла в контрольной). Изучали иммунологические показатели такие как: иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)- соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, иммуноглобулина E, M, A, G.; Лимфоцитов, лейкоцитов.

Вывод: У 32 больных основной группы уровни иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. В контрольной группе этот маркер был зафиксирован у 3 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительно протекающая депрессия приводит к понижению иммунологического аспекта. Что указывает на необходимость подключения иммуномодуляторов в дальнейшей тактике алгоритма лечения.

ТАШҚИ ТАЪСИРОТЛАРГА УЧРАГАН МУШАК ТЎҚИМАЛАРДА ТУР МАНСУБЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Нурматов Х.В, Хасанова М.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Кириш Суд-биологик экспертиза объектлари қон, сперма, тер, сўлак, бошқа ажралмалар доғлари, инсон сочлари, тана қисмлари, суяк бўлаклари ва мушак тўқималарининг парчалари ҳисобланади. Шахси номаълум ва қисмларга ажратилган, парчаланган мурдалардан тана қисмлари, суяк ва мушак тўқима парчалари, бўлакланган тана қисмлари ва уларнинг бўлакчалари, скелетланган мурдаларнинг қисмлари, суяк бўлаклари, мушак тўқималари тадқиқот қилинади. Турли муддатларда ўзгарган мушак тўқималарни текширишда, уларнинг тур мансублиги ва гуруҳ мансублиги аниқланади

Тадқиқот мақсади: Ташқи таъсиротлар натижасида (ҳарорат, намлик, чириш ва бошқа) ўзгарган мушак тўқималардаги оксилларнинг тур

мансублигини агарда аниқлашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: сифатида Республика суд тиббиёти илмий-амалий маркази Андижон филиали суд биологик лабораториясидан олинган 56 та турли муддатлар бўйича мушак тўқима намуналари. Оухтерлони усули қўлланилди

Олинган натижалар: Одам, шохли мол, қуш оксилени преципитацияловчи зардоблар ва агар (Difco, агароза, агар-агар ва бошқ.) турлари қўлланилди. Реакцияни ўтказиш: а) титри 1:10 000 дан кам бўлмаган преципитацияловчи зардоблар танлаб олинади; б) реакцияга киритиладиган мушаклар белгиланиб, майдаланади; в) Петри идишдаги ўйиқчанинг марказига 1-2 томчи преципитацияловчи зардоб қуйилади, периферик ўйиқчаларига майдаланган мушак бўлакчаси жойлаштирилади ва устидан 1-2 томчи физиологик эритма томизилади; г) Петри идиши ёпилади ва намли камера + 4-6 °C ҳароратга қўйилади. 24-72 соат давомида даврий равишда назорат қилинади. 56 та мушак бўлакчалари текшириш натижасида текширилувчи 1,3,5 йил сақланган 32 та мушак бўлакчасида агар преципитация чизиғи 3-5 ва 5-10 дақиқада одам преципитацияловчи зардоблардан бири қуйилган ўйиқлар орасида ҳосил бўлди, шохли мол ва қуш оксили орасида 1 соат давомида преципитация чизиқлари ҳосил бўлмади. Қолган текширилувчи 21 та мушак бўлакчалари 10 йил ва ундан ортиқ сақланган, уларда эса агар преципитация чизиғи 15-30 дақиқада одам преципитацияловчи зардоблари орасида ҳосил бўлди, шохли мол ва қуш оксили орасида 1-2 соат давомида преципитация чизиқлари ҳосил бўлмади. **Хулоса:** Преципитация чизиқлари преципитацияловчи зардоб ва уларга мос келувчи мушак антигенларнинг ўйиқлари орасида ҳосил бўлса, реакция тегишли тарзда, яъни тўғри ўтказилган ҳисобланади. Бундан ташқари олинган натижалар нафақат суд тиббий экспертлари, балки тиббиётнинг бошқа соҳа ходимлари учун ҳам маълум даражада илмий қизиқишни ташкил этиши мумкин.

РОЛЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРЫ РМ 2.5 В РАЗВИТИИ СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА

Орипов О.И., Хайдаров Б.Х.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Окружающая среда стремительно изменяется, оставляя организм без возможности полноценной адаптации к новым условиям. Эта проблема особенно остро ощущается среди жителей крупных городов. Негативное воздействие факторов окружающей среды на поверхность глаз приводит к нарушению слезной пленки и развитию синдрома сухого глаза (ССГ), что становится все более актуальным. ССГ представляет собой комплекс признаков высыхания роговицы и конъюнктивы из-за нарушения стабильности слезной пленки, покрывающей роговицу.

Частицы РМ 2.5 (particulate matter) – это взвешенные твердые микрочастицы и мельчайшие капельки жидкости (10 нм - 2,5 мкм в диаметре),

содержащиеся в воздухе. В отличие от крупных частиц они, преодолевая биологические барьеры, попадают в организм и поэтому угрожают человеческому здоровью. Fine particulate matter пребывают в воздухе в состоянии аэрозоля и в природной среде, но наибольшую опасность они представляют именно в мегаполисах. В городской среде их больше, по химическому составу мелкодисперсный аэрозоль намного токсичнее, чем в условиях дикой природы. В разных мегаполисах состав аэрозоля РМ 2.5 отличается, как и параметры частиц, входящих в его состав. РМ 2.5, помимо отрицательного воздействия на легкие, сосуды и другие системы организма, способна оказывать пагубное влияние и на видимые слизистые оболочки, в том числе конъюнктиву. Также не исключается ее влияние на составляющие функциональной слезной единицы, что, в конечном итоге, может вызвать развитие тяжелых форм ССГ.

Цель исследования. Оценить выраженность развития синдром сухого глаза у населения города Ташкент в условиях повышенной концентрации РМ 2.5 в атмосфере.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кафедры Офтальмологии Ташкентской медицинской академии. Для оценки уровня загрязнения воздуха РМ 2.5 были взяты данные из научно-исследовательской лаборатории окружающей среды при Ташкентской медицинской академии. Для изучения особенностей ССГ планируется обследовать контингент, проживающий на ограниченной местности (м. ТашГосМИ, ул. Камарнисо, Шифокорлар), где регулярно производятся измерения показателей воздуха.

Обследование лиц, проживающих на местности проводилось на базе 16 Семейной поликлиники, которая охватывает как раз население изучаемого региона. Всего было обследовано 64 лиц (гендерное соотношение 32/32) в возрасте от 18 до 40 лет. При этом из исследования были исключены лица с патологией глазной поверхности (выраженный ССГ, конъюнктивиты и кератиты различной этиологии, птеригиум), пациенты со всеми формами глаукомы, лица, трудовая и учебная деятельность которых ассоциирована с работой за компьютером более 2 часов в сутки, а также лица, деятельность которых ассоциирована с ночными дежурствами. Таким образом, в исследовании приняли участие преимущественно домохозяйки и мужчины, занятые в различных сферах, исключая программирование и офисную деятельность. Также исследование не включало студентов. Выше изложенные критерии исключения были использованы для того чтобы максимально избежать влияния прочих факторов на манифестацию ССГ.

В качестве группы сравнения была отобрана однородная выборка из 60 лиц, которые проживали в Сырдарьинской области, где также проводилось определение концентрации РМ 2.5 в воздухе.

В качестве основных методов использованы анкетирование с помощью опросника Ocular Surface Disease Index (OSDI) для оценки субъективной симптоматики, биомикроскопия, тест Ширмера для оценки слезопродукции и тест Норна для оценки времени разрыва слезной пленки (ВРСП). Все исследования выполнялись по общепринятым методикам.

Для статистической обработки результатов использовался базовый пакет

программ из MC Office 2019.

Результаты. Измерение уровня концентрации РМ 2,5 в столице проводилось ежедневно в период с июля по октябрь 2023 года. Средний показатель составил 28,6 мкг/м³, что в 5–7 раз выше рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Аналогичный показатель был измерен выездной бригадой лаборатории в рамках научно-исследовательской работы в Сырдарьинской области. Проведено 4 измерений в аналогичный период с интервалами 1-2 недели, средний показатель составил 9,6 мкг/м³ (рис. 1).

В нашем исследовании мы сравнили показатели ССГ у пациентов из города Ташкента и Сырдарьинской области, чтобы выявить возможные различия в характеристиках и течении этого заболевания.

Сначала мы сосредоточимся на анализе субъективных симптомов ССГ, которые были оценены с помощью балла по OSDI. В основной группе, представленной населением города Ташкента, средний балл OSDI составил $18,5 \pm 3,5$ баллов, в то время как в группе сравнения, проживающей в Сырдарьинской области, этот показатель был ниже и составил $11,6 \pm 2,2$ балла. Проведенный статистический анализ показал, что различия в субъективных симптомах ССГ между двумя группами являются статистически достоверными ($p < 0,05$), что свидетельствует о более выраженной симптоматике у пациентов из Ташкента.

Также была оценена слезопродукция. В основной группе она составила $14,1 \pm 1,6$ мм, в то время как в группе сравнения этот показатель был ниже и составил $12,1 \pm 1,4$ мм. Различия в слезопродукции также были статистически значимы ($p < 0,05$), что указывает на снижение выработки слез у пациентов из Ташкента по сравнению с жителями Сырдарьинской области.

Один из важных показателей, характеризующих стабильность слезной пленки, - время разрыва слезной пленки, измеряемое в секундах. В основной группе это время составило $9,15 \pm 0,35$ секунд, в то время как в группе сравнения оно было немного выше и составило $9,9 \pm 0,3$ секунды. И в этом случае статистический анализ показал значимые различия ($p < 0,05$) между группами, что указывает на более быстрое разрывание слезной пленки у пациентов из Ташкента. Таким образом, наши результаты показывают, что у пациентов из города Ташкента наблюдается более выраженная симптоматика и нарушения в параметрах слезной пленки по сравнению с жителями Сырдарьинской области.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о значении высокой концентрации мелкодисперсных частиц РМ 2.5 в воздухе в развитии ССГ, ее влияния на показатели функциональной слезной единицы и тяжесть поражения глазной поверхности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Ражасев Б студент 502 гр. леч фак., ТГСИ
Иномов Х.И., клинический ординатор, ТГСИ
Абдумаликова М.И., клинический ординатор, ТГСИ*

Назаров Х. студент 401 гр. Лечебный факультет, ТГСИ

Садриддинова Н.С. студент 402 гр. стом фак., ТГСИ

*Научный руководитель: Мирбабаева Ф.А., доцент кафедры
офтальмологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Проблема эффективного лечения глаукомы и сохранения зрительных функций является общемировой и несмотря на значительные достижения в офтальмологии продолжает оставаться актуальной, так как именно это заболевание является причиной необратимой слепоты и слабовидения, занимая одно из ведущих мест в перечне инвалидизирующих заболеваний органа зрения. Ранняя диагностика глаукомы позволяет сохранить зрение значительно дольше, чем диагностика заболевания в продвинутой стадии, когда уже наступили необратимые изменения. Понижение уровня ВГД является единственным доказанным способом замедления прогрессирования заболевания. Результаты крупных многоцентровых клинических исследований свидетельствуют о том, что изначально энергичное снижение ВГД позволяет предотвратить поражение зрительного нерва и снижает риск развития слепоты.

Целью данного исследования явилось, анализ стартовой терапии при впервые выявленной первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ) I, II и III стадий, оценка ее эффективности и уровня снижения офтальмотонуса.

Методы. В исследование включены 40 больных (70 глаз) с впервые выявленной ПОУГ I-III стадий, из них 13 (32,5%) мужчин и 27 (67,5%) женщин. Средний возраст всех пациентов составил $63,9 \pm 1,97$ года. Протокол исследования включал следующие показатели: возраст, анамнез (сопутствующая соматическая патология), стадии заболевания, уровень офтальмотонуса — исходный, через 2 недели, 1, 3, 6 месяцев после начала гипотензивной терапии, гипотензивный медикаментозный режим и его смены. Распределение больных по стадиям: Начальная стадия ПОУГ — 16 глаз (22,8%); Развитая стадия ПОУГ — 42 глаза (60%); Далеко зашедшая стадия ПОУГ — 12 глаз (17,2%). Больные были поделены на 2 группы: 1 группа основная, 2 группа-сравнения.

Результаты. Больные ПОУГ в 93,6% случаев имели сопутствующие соматические заболевания. Бета-адреноблокаторы (ББ) являлись препаратами первого выбора при начальной стадии (75,4%) первичной глаукомы, при развитой стадии — в 35,6% случаев. АПГ в комбинации с ББ применялись в 14,1% случаев при развитой стадии, в 33,7% — в далеко зашедшей стадии. Фиксированные комбинации этих препаратов — в 14,5% (в развитой стадии) и 13,3% (в далеко зашедшей стадии) случаев.

В развитой стадии коррекция гипотензивного режима с ББ была необходима более чем в 50% случаев. При далеко зашедшей стадии монотерапия была неэффективна в 100% случаев, комбинация АПГ и ББ эффективна только в 58,7% случаев, фиксированная комбинация этих препаратов — в 45,8% случаев.

Заключение. Назначение ББ на старте терапии глаукомы не всегда оправдано. Активная стартовая терапия в начальной стадии глаукомы,

своевременная и адекватная коррекция, выбор комбинированной терапии или подключение фиксированных комбинаций позволяют обеспечить рекомендуемый уровень офтальмотонуса на разных стадиях заболевания.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДЕМЕНЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У УХАЖИВАЮЩИХ

Райхонова Маржона,. 404 – Б гр.МО стом.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Бабаев Ж.С. ассистент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Введение: учитывая высокую распространенность Деменции разного этиологии, крайне актуальной становится проблема помощи лицам, ухаживающим за пациентами с деменцией. Пожилые ухаживающие на фоне хронического стресса подвергаются повышенному риску депрессивных, когнитивных расстройств.

Цель исследования: изучить распространенность и динамику когнитивных, депрессивных и соматических расстройств у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с Деменцией.

Материалы и методы: Были сформированы две группы. Группа 1 – 22 лица, ухаживающие за пациентом с деменцией, и Группа 2 – 20 лиц, генетические родственники первой степени родства пациентов Деменции. Генетические родственники пациентов были выбраны в качестве группы сравнения. Таким образом, в когортном исследовании (продолжительность наблюдения 2,5 года) было проведено сравнение генетического риска и фактора хронического стресса при уходе за пациентом с деменцией.

Результаты. Как в группе ухаживающих лиц, так и в группе не ухаживающих за пациентами с деменцией родственников, частота депрессии оказалась выше, чем в общей популяции пожилых лиц и составила 45,45% (10 человек) в группе ухаживающих лиц и 20% (4 человек) в группе кровных родственников пациентов. Уровень ассоциации (ϕ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на распространенность депрессии составил 0,19, что соответствовало умеренной связи. Относительный риск для развития синдрома депрессии в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 2,24 (95% ДИ [доверительный интервал] 1,0-5,5). К началу исследования частота выявления синдрома легкого когнитивного нарушения (ЛКН), диагностированного в соответствии с современными критериями, среди ухаживающих за пациентами лиц составляла 50% (11 человек), тогда как в группе генетических родственников пациентов распространенность данного синдрома составила 10% (2 человека). Исходно группа ухаживающих лиц и группа сравнения достоверно не различались по распространенности синдрома ЛКН ($p=0,38$). Уровень ассоциации (ϕ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на распространенность ЛКН, составлял 0,15, что соответствовало слабой связи. Относительный риск для развития синдрома ЛКН в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой генетических родственников пациентов составил 2,3 (95% ДИ 0,5-9,8), что является значимо

повышенным риском.

В группе ухаживающих лиц у трех обследуемых синдром ЛКН прогрессировал до легкой деменции (1 случай постинсультной деменции и 2 случая смешанной альцгеймеровского -сосудистой деменции). Среди генетических родственников пациентов с деменцией, не выполнявших функцию ухода, обследуемые с синдромом ЛКН сохранили уровень когнитивных функций, соответствующий данному синдрому. Уровень ассоциации (ϕ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на частоту ЛКН, соответствовал уже не слабой, как при исходном обследовании ($\phi=0,12$), а умеренной связи ($\phi=0,20$). Относительный риск для развития синдрома ЛКН в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 4,1 (ДИ 0,8-11,9), что соответствует более высокому риску, чем в начале исследования (2,3; ДИ 0,5-9,8).

Выводы: Уход за пациентом с деменцией – независимый фактор риска для развития депрессивных и когнитивных расстройств у ухаживающих. Это негативное влияние оказалось выражено сильнее, чем связь указанных нарушений с генетическим фактором риска. Распространенность депрессии у лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, выше, чем в общей популяции. Ухаживающие за пациентами с деменцией пожилые лица чаще страдают когнитивными расстройствами, не достигающими уровня деменции, по сравнению с кровными родственниками, не выполнявшими функцию ухода. На фоне ухода за пациентом с деменцией наблюдается более неблагоприятная динамика синдрома ЛКН с более частым прогрессированием до деменции за относительно короткий катамнестический период, нежели у пожилых родственников первой степени родства пациентов с деменцией.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Рахимова Махинур

клинический ординатор 2 курса ТГСИ

Научный руководитель: Шарипова А.У.,

доцент кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического института, Узбекистан

Актуальность: Хронический тонзиллит является наиболее распространенным заболеванием. Несмотря на обширный арсенал методов его лечения, заболеваемость ангинами и хроническим тонзиллитом остается высокой.

Существующие консервативные методы лечения не всегда эффективны, а некоторые (использование низкочастотного ультразвука, лазерного излучения, криотерапии и т. д.) практически в настоящее время для отоларингологов амбулаторной сети недоступны.

Цель исследования: Поиск эффективных методов консервативного лечения хронического тонзиллита имеет важное социальное значение, являясь

фактором снижения заболеваемости ангиной, уменьшения трудоспособности больного.

Последние десятилетия ряд авторов предлагают использовать для лечения хронического тонзиллита различные вакуум-аспирационные устройства. С целью совершенствования методов лечения хронического тонзиллита нами разработано "Устройство для обработки миндалин", устройство содержит источник вакуума с банкой-сборником, емкость для лекарственных препаратов, аппликатор, подводящую и отводящую трубки, прерыватель в виде подпружиненного рычага с конической заслонкой на рабочем конце и ответного отверстия в отводящей трубке.

Устройство вводят аппликатором, соответствующим размеру миндалин, в полость рта, накрывая миндалину. Включается источник вакуума и аппликатор присасывается к слизистой оболочке по окружности миндалин за счет разрежения, которое одновременно побуждает движение лекарственного препарата из емкости в приводящую трубку. Из трубки жидкость попадает в аппликатор и далее в отводящую трубку, вымывая содержимое из лакун миндалин. В момент нажатия на подпружиненный рычаг прерывателя коническая заслонка открывает отверстие и происходит эжекция наружного воздуха в отводящую трубку. При этом движение жидкости в аппликаторе прекращается, и она устремляется в лакуны миндалин. При отпускании рычага прерывателя коническая заслонка опять закрывает отверстие. Жидкость выходит из лакун, вымывает их содержимое в банку-сборник, соединенную с источником вакуума. Периодическое изменение давления в отводящей трубке и, естественно, в устройстве в целом способствует проникновению лекарственного препарата в более глубокие отделы лакун миндалин и "выдавливанию" их содержимого.

Материалы и методы: данную методику применили у 37 больных с компенсированными и декомпенсированными формами хронического тонзиллита. Лекарственный препарат применяли в зависимости от чувствительности микрофлоры. Сеансы проводили через день. Курс лечения 6-10 процедур.

Результаты и обсуждения: как правило, после 1-2-3 сеансов гноя, детрита в лакунах не отмечалось. Последующие наблюдения в течение года показали, что у большинства больных не отмечалось обострения тонзиллита, уменьшились или исчезали объективные клинические проявления тонзиллита, исчезали многочисленные жалобы больных.

Заключения: таким образом, предлагаемый метод позволяет существенно повысить качество санации миндалин как путем импульсного промывания их, так и путем вакуумного массажа.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ КОВИД 19 НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Студентка 403 с группы лечебного факультета Рисбаева Мохичехра
Научные руководитель- ст. преподаватель, PhD Кудратова Д.Ш.
Ташкентский Государственный Стоматологический институт

На современном этапе развития медицинской науки и практики совершенно точно установлено, что плоскоклеточный рак шейки матки может быть полностью предотвратимым заболеванием. Известен возбудитель – вирус папилломы человека (ВПЧ), известна стадийность процесса (этапы ЦИН), известны пути профилактики. Однако, при всем этом в мире в целом, в Узбекистане, в частности, ежегодно продолжают умирать от РШМ сотни и тысячи женщин. Использование скрининговых диагностических методов патологии шейки матки позволяет совершенствовать профилактические и лечебные мероприятия, проводимые в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель исследования: Совершенствовать ведение и комплексное лечение гинекологических заболеваний в постковидном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно нами была проанализирована медицинская документация 455 женщин, обратившихся в отделение гинекологии многопрофильной Клиники ТМА и частной клиники «Family» за период 2019-2021 гг., карты отбирались путем сплошной выборки.

Результаты и обсуждение. Анализ особенностей репродуктивного анамнеза проводился по единой методике: изучена гинекологическая патология, перенесенная женщинами в анамнезе, а также гинекологические заболевания, зарегистрированные на амбулаторном приеме в момент обследования. Возраст обследованных женщин колебался в пределах от 26 до 47 лет. Средний возраст на период обследования составил $29,8 \pm 5,13$ лет. Анализ показал, что наиболее часто с патологией шейки матки обращаются женщины в возрасте старше 40 лет (48,5%). В 27, 5% случаев были женщины средней возрастной группы. В целом, мы наблюдали динамическое увеличение частоты заболеваний ШМ по мере увеличения возраста пациенток. Почти половина из них были домохозяйки (49,5%). В описании анамнеза жизни лишь у 12 женщин из 455 (2,6%) было отмечено курение. Необходимо отметить, что большинство женщин были в активном репродуктивном возрасте. На момент обращения пациенток в клинику было выявлено заболеваний шейки матки у 143 женщин, что составило 31,5%. Остальным женщинам были поставлены гинекологические диагнозы, что составило 1,8 патологии на 1 пациентку. При анализе историй болезни и амбулаторных карт выявлено, что в 66,8% случаев длительность наблюдения пациенток в амбулаторных условиях составляла от 1 до 3-х лет, у 22, 0% - от 3 до 5 лет и более 5 лет и пяти лет имели гинекологические заболевания 10,2% исследованных. Основная масса пациенток отметила обращаемость за гинекологической помощью не менее 1-2 раз в год (79%). Наряду с патологией шейки матки сопутствующие гинекологические заболевания имели место у 68,6% пациенток, у них диагностированы такие заболевания, как: воспалительные заболевания матки (12,0%) и придатков матки (9,0%), гиперпластические процессы эндометрия (15,0%), остроконечные кондиломы влагалища и вульвы (23,2%), мультифолликулярные яичники (9,0%), миома матки (5,1%), эндометриоз (5,1%), полипы цервикального канала (22,5%), диффузная мастопатия (66,2%). Среди воспалительных изменений особое место занимают цервициты, частота которых остается высокой в динамике лет – 61,7% в 2019 г., 60,6% - в 2020 г. и 58,7% в 2021 г. соответственно.

Выводы. Таким образом, по ретроспективному анализу медицинской документации 455 пациенток из обратившихся в клинику, имели различную патологию шейки матки и состояния, требующие диагностики, терапии и диспансерного наблюдения. Наши наблюдения показали, что из года в год нарастает количество предраковых заболеваний. Возможно, это связано с улучшением диагностики. В последние годы частота патологии шейки матки увеличилась в 1,5 раза. При этом, в возрастном аспекте частота последних приходится преимущественно на возрастной период 37- 45 лет, что требует особой настороженности именно в этот период жизни.

ЭХИНОКОКК ГЛАЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Рузибеков А.У. студент 501С группы леч.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Туйчибаева Д.М. доктор медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии,

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Эхинококкоз человека – редкое заболевание, вызываемое личиночной стадией ленточного гельминта эхинококкового цепня, который во взрослом состоянии паразитирует только у животных. Локализация гельминта наиболее часто встречается в печени человека – 75%, в легких – 15%, у 10% больных личинки развиваются преимущественно в глазнице или мозге.

Глазные проявления эхинококкоза объединяются в три группы: поражение глазницы – наиболее часто встречающаяся форма, подконъюнктивальная и глазная локализация, глазная симптоматика при локализации кисты в мозге.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение глазных проявлений эхинококкоза глаза и его диагностика

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациента 45 лет с эхинококком глаза, обратившийся к офтальмологу на обследование в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр оториноларингологии и болезней головы и шеи.

Результаты и обсуждение. Пациент Н. обратился к офтальмологу с жалобы на быстрое снижение зрения левого глаза. Со слов пациента, снижение зрения наблюдалось в течении 10 дней, при этом отрицает получение травм.

При обследовании: Vis OD=1,0, на левом глазу

Vis OS=0.01 не корригирует.

Внутриглазное давление: OD = 17 мм рт. ст.;

OS = 21 мм рт. ст.

Биомикроскопия глаза: OD - в пределах нормы.

OS - глазные щели равновеликие, кожа век не отличается с кожи лица, рост ресниц правильный, конъюнктив век - гладкая, розовая, прозрачная, слезные точки средней величины, склера - белая, поверхность гладкая, конъюнктив над ней прозрачная, роговица – прозрачная, выпуклая, блестящая, зеркальная, отсутствуют сосуды, чувствительность сохранена, радужная оболочка – цвет, рисунок, рельеф не изменены, зрачок – округлый, область зрачка серая,

хрусталик – помутнён неравномерно во всех слоях.

Офтальмоскопия: OD - в пределах нормы.

OS - не офтальмоскопируется в следствии мутного хрусталика.

Ультразвуковое исследование:

А сканирование: переднезадняя ось правого глаза – 22,3 мм, левого – 22,5 мм.

В сканирование глаз: правая орбита – патологии не выявлено, левая – в стекловидном теле отмечается плавающее кистовидное образование не имеющая постоянную локализацию размером 8,10мм×8,0мм×8,15 мм, также отмечается множественные нитевидные и хлопьевидные плавающие помутнения в стекловидном теле и отслойка задней гиалоидной мембраны.

Был поставлен предварительный диагноз: OS - Осложнённая катаракта. Эхинококк глазного яблока.

В связи с чем пациент был направлен в инфекционную клинику для прохождения пробы Касони, а также КТ грудного отдела и УЗИ печени.

Проба Касони положительная. Ультразвуковое исследование показало два кистозных образования в печени.

Заключение. Данный клинический случай бывает очень редким в клинической практике офтальмолога. В связи с чем, при быстротечном помутнение хрусталика, без травм в анамнезе, офтальмолог обязательно должен проводить дополнительные методы исследования для установки этиологического фактора возникновения помутнения хрусталика. Лечение паразитарных поражений органа зрения – эхинококковых кист – только хирургическое, в ходе которого возможно добиться благоприятных терапевтических исходов.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ МАНЗАРАСИ

Сайитхонов Саиданвархон Муротхон ўғли

Илмий раҳбар: Собиров М.О. тиббиёт фанлар доктори

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Буйраклар организмда суюқлик, электролитлар ва кислота-ишқор мувозанатини регуляция қилишда асосий ўрин тутганлиги туфайли, сурункали буйрак касаллигида (СБК) гиперкалиемиа, метаболит ацидоз ва гиперфосфатемиа каби кўплаб сув-электролит бузилишлар юзага келади. Шунинг учун, СБК беморларда сув-электролит ва бошқа эндоген субстанцион омилларни ўзгаришларини касалликнинг турли босқичларида ўрганиш, солиштириш, таххислашга янги услубларни тадбиқ қилишни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида электролитлар мувозанати бузилишларини гипергомоцистеинемиага боғлиқ ҳолда ўзгаришлари динамикасини тахлил қилиш билан беморларда дисэлектролитемиа ва гипергомоцистеинемиянинг буйрак етишмовчи авж олишидаги хавф даражасини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли

клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБК нинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 87 нафар беморлар ажратиб олиниб улардан иккита тадқиқот гуруҳи ташкил этилди. 1-гуруҳ 53 нафар СБК 3-босқич, 2-гуруҳ 34 нафар СБК 4-босқич беморларидан иборат. Шунингдек, СБК 5-босқичдаги беморлардан 3-гуруҳ (n-25) ташкил этилди. Барча беморларнинг қон зардобиди калий, натрий, кальций, фосфор ва гомоцистеин текширилди.

Натижалар муҳокамаси. Тадқиқотларга мувофиқ, калий 1-гуруҳда $4,47 \pm 0,24$ мкмоль/л; 2-гуруҳ беморларида $5,6 \pm 0,32$ ва 3-гуруҳда эса $5,9 \pm 0,26$ мкмоль/л миқдор аниқланди. Натрий 1-гуруҳда $139,2 \pm 1,71$ мкмоль/л.га камайиб кетгани, 2-гуруҳ $151,7 \pm 1,93$ ва 3-гуруҳда эса $158,9 \pm 1,87$ мкмоль/л қийматни ташкил этди. Кальций 1-гуруҳда $2,0 \pm 0,08$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳ $1,9 \pm 0,09$ ва 3-гуруҳда $1,52 \pm 0,11$ мкмоль/л.га камайиб борди. Фосфор 1-гуруҳда $1,59 \pm 0,13$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳда $2,08 \pm 0,1$ ва 3-гуруҳда $2,37 \pm 0,1$ мкмоль/л.гача кўтарилиб кетгани аниқланди. Гомоцистеин динамикасига кўра, 1-гуруҳда $29,6 \pm 4,084$ мкмоль/л; 2-гуруҳда $44,17 \pm 2,76$ мкмоль/л. ва 3-гуруҳда эса $53,4 \pm 3,27$ мкмоль/л. эканлиги аниқланди.

Хулосалар

1. Гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда сурункали буйрак касаллигининг авж олиб консерватив босқичдан терминал босқичига ўтгани сайин калий ва натрий ортиб бориб гиперкалиемия даражасигача етади, шунингдек бу даврда жараёнга гипокальциемия ва гиперфосфатемия ҳам қўшилади.
2. Гипергомоцистеинемия сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичида енгил, диализ олди ва терминал босқичларида эса ўрта даражада намоён бўлади.
3. Гомоцистеин – буйрак етишмовчилиги авж олишининг жиддий эндоген омили, сурункали буйрак касаллигининг эрта даврларидан бошлаб қон зардобиди гомоцистеин даражасини мониторинг қилиш лозим.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ БИЛАН ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИ ЯХШИЛАШ

Сайитхонов Саиданвархон Муротхон ўғли

Илмий раҳбар: Собиров М.О. тиббиёт фанлар доктори

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Умуман олганда, сув-электролитлар мувозанатининг номутаносиблиги, гипергомоцистеинемия каби эндоген омиллар буйрак етишмовчилиги билан кечувчи касалликлар патогенетик занжирида кенг кўламли ташкил этади. Шундай экан, СБК беморларда гипергомоцистеинемияни даволаш билан организмдаги сув-электролит мувозанатини оптималлаш бўйича илмий изланишларни олиб борилиши мақсадга мувофиқдир.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичидаги беморларда гипергомоцистеинемияни статинлар билан даволаш орқали электролитлар номутаносиблигини мувофиқлаштириш.

Материал ва услублар. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБК нинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 87 нафар беморлар танлаб олиниб улардан иккита 1-(n-45) ва 2-(n-42) тадқиқот гуруҳлари ташкил этилди. 1-гуруҳ СБК беморларини даволаш стандартига мувофиқ анъанавий даво билан кифояланди, 2-гуруҳга эса анъанавий давога қўшимча аторвастатин препарати (аторвастатин 20 мг/сутка) уч ой муддатга берилди. Тадқиқот бошида ва уч ойдан сўнг барча беморларнинг қон зардобиди калий, натрий, кальций, фосфор ва махсус иммунофермент усулида гомоцистеин текширилди.

Натижалар муҳокамаси. Тадқиқотга кўра, 1-гуруҳда калий тадқиқот бошида $5,28 \pm 0,132$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $5,31 \pm 0,19$ мкмоль/л.га ошди. 2-гуруҳда эса калий тадқиқот бошида $5,23 \pm 0,17$ мкмоль/л. бўлиб, даволашдан кейин $4,52 \pm 0,15$ мкмоль/л.га пасайди. Натрий 1-гуруҳда тадқиқот бошида $152,7 \pm 1,93$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $153,4 \pm 2,04$ мкмоль/л. га ўзгарди. 2-гуруҳда натрий тадқиқот бошида $151,9 \pm 1,87$ мкмоль/л. экани аниқланиб, тадқиқот сўнгида $145,3 \pm 1,87$ мкмоль/л.гача пасайиши кузатилди. Кальций 1-гуруҳда даволанишдан олдин $1,95 \pm 0,03$ мкмоль/л. қийматни кўрсатган бўлса, у тадқиқот охирида $1,91 \pm 0,04$ мкмоль/л.га пасайди. 2-гуруҳда эса зардобдаги кальций тадқиқот бошида $1,96 \pm 0,03$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $2,07 \pm 0,04$ мкмоль/л.гача кўтарилди. Даволаниш бошида 1-гуруҳда $1,84 \pm 0,1$ мкмоль/л. бўлган фосфор, тадқиқот сўнгида $1,93 \pm 0,12$ мкмоль/л.га ошди. 2-гуруҳда фосфор тадқиқот бошида $1,82 \pm 0,11$ мкмоль/л. бўлиб, у тадқиқот сўнгида $1,53 \pm 0,09$ мкмоль/л.гача камайганлиги кузатилди. Гомоцистеин 1-гуруҳда тадқиқот бошида $36,9 \pm 3,72$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у уч ойлик даволашдан кейин $41,35 \pm 3,93$ мкмоль/л.га ишончсиз ўзгарди. 2-гуруҳда гомоцистеин тадқиқот бошида $37,1 \pm 3,68$ мкмоль/л. бўлиб, уч ойлик даволашдан кейин $21,37 \pm 3,79$ мкмоль/л.гача камайганлиги кузатилди.

Хулосалар

4. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида электролитлар номутаносиблиги гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда содир бўлади.
5. Сурункали буйрак касаллигини даволашда аторвастатин тавсия этилиши қон зардобиди гомоцистеин ва унга боғлиқ ҳолда электролитларни ишончли мувофиқлаштириши олиб келади.

КЛИНИЧЕСКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ХОРДОЙ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ

Сатвалдиева А., студентка 402 группы лечебного факультета.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Научный руководитель: Мухсинова М.Х.

К.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

mukhsinovamakhzuna@gmail.com

Актуальность. В структуре сердечно-сосудистой патологии большое значение имеют функциональные нарушения и состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца.

К малым аномалиям развития сердца следует относить анатомические изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов не приводящие к грубым нарушениям функции сердечно-сосудистой системы. В 96-99% случаев не обнаруживаются при осмотре, остаются не диагностированными или выявляются случайно при обследовании по поводу другой патологии. Встречаемость у новорожденных колеблется от 40 до 69%.

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у детей при дополнительной хорде в левом желудочке. В исследование были включены 40 детей с дополнительной хордой в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Аускультативно отмечено у 40 (100%) детей систолический шум функционального характера. По данным электрокардиографического исследования выявлено нарушения проводимости такие, как неполная блокада левой ножки пучка Гиса и синдром ранней реполяризации преобладали у (7,5 и 20,0%) детей. Нарушения ритма сердца такие, как синусовая тахикардия и синусовая брадикардия отмечалось в равных процентах у (7,5%) детей. Данные ЭхоКГ показывают что, у детей с доп.хордой сократительная способность ЛЖ сохранена, также размеры левого желудочка не изменены.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 40 детей с дополнительной хордой в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Контрольную группу составили 20 детей не имеющие дополнительную хорду. Дети обследованы на базе Городского детского медико-консультативного диагностического центра. В исследовании использованы общеклинические, биохимические, функциональные, инструментальные и статистические методы.

Результаты исследования. Изучение медико-биологических факторов показало, что Доп.хорда ЛЖ чаще встречается у мальчиков (52,5%). Развитие доп.хорды в ЛЖ в большей степени преобладало у детей, возраст матери старше 35 лет на момент рождения данного ребенка (12,5%). Анализ акушерского анамнеза показал, что матери детей с Доп.хордой в ЛЖ в 62,5% случаях во время беременности перенесли ОРВИ, у 12,5% выявлены - TORCH-инфекции (цитомегаловирус, вирус герпеса). Физикальное обследование показало что, перкуторные границы относительной сердечной тупости у 40 (100%) детей с дополнительной хордой в ЛЖ не расширены. Аускультативно отмечено у 40 (100%) детей систолический шум функционального характера. По данным электрокардиографического исследования выявлены нарушения проводимости такие, как неполная блокада левой ножки пучка Гиса и синдром ранней реполяризации преобладали у (7,5 и 20,0%) детей. Нарушения ритма сердца такие, как синусовая тахикардия и синусовая брадикардия отмечалось в равных процентах у (7,5%) детей. Данные ЭхоКГ показывает что, у детей с доп.хордой сократительная способность ЛЖ сохранена, также размеры левого желудочка не изменены.

Выводы. Таким образом, при изучении клинико-функциональных особенностей дополнительной хорды в левом желудочке у детей показало, что, при дополнительной хорде ЛЖ структурно-геометрических параметров камер сердца и нарушение их функции не изменяется, но в последующем может сопровождаться отрывом хорды.

Библиографические ссылки:

1. Ахрарова Ф.М. Клинико-патогенетическое обоснование формирования сердечно - сосудистой патологии у детей с кардиальными проявлениями дисплазии соединительной ткани автореф. дис. кандидат мед. наук: 14.00.09 / Ахрарова Ф.М. – СПб., 2020. – 20 с.
2. Диспластическое сердце: возможно ли прогнозировать электрическую нестабильность миокарда? / М.Ю. Сметанин, Т.Е. Чернышова, Л.Т. Пименов, Н.Ю. Кононова, //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 11, №. 2-2. – С. 353-354.
3. Земцовский Э.В. Малые аномалии сердца: попытка ревизии рабочей классификации с позиций кардиолога-клинициста / Э.В. Земцовский Э.Г. Малев. //Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. – 2019. - №4. - С. 67-73.
4. Меншикова Л.И. Дисплазия соединительной ткани сердца в генезе кардиоваскулярной патологии у детей / Л.И. Меншикова, О.В. Сурова //Вестник аритмологии – 2018. – №19. -С.54-59.
5. Мухсинова М.Х. Малые аномалии сердца у детей (обзор литературы). / Мухсинова М.Х., Хужаева Ф. С., Абдувохидов Ж.З. // Re-health journal. -2021. - №2(10). С. 173-181.
6. Caselli S., Mango F., Clark J. et al. Prevalence and Clinical Outcome of Athletes With Mitral Valve Prolapse. Circulation, 2018, vol. 137, pp. 2080–2082.
7. Corrado D., Basso C., Nava A. et al. Sudden death in young people with apparently isolated mitral valve prolapse // G. Ital Cardiol. 2018. Vol. 27. P. 1097–1105.
8. Daliento L. Mitral valvar prolapse: overlap or masked syndrome? / Cardiol Young, 2019, vol. 12, pp. 317–319.
9. Finocchiaro G., Papadakis M., Robertus J.-L. et al. Etiology of sudden death in sports. Insights from a United Kingdom regional registry. Jour Am Coll Cardiol., 2018, vol. 67, no. 18, pp. 2108–2115.
10. Muxsinova M.X. Bolalardagi kichik yurak anomaliyalarining klinik va funktsional xususiyatlari. / Muxsinova M.X., Ortikov U.U., Xujaeva F., Abduvohidov J.Z., Abdurazakova Z.K. //Евразийский вестник педиатрии. 2021. - №3(10). - С.98-104.
11. Kadurina T.I. Connective tissue dysplasia. A guide for doctors / T.I. Kadurin, V.N. Gorbunova — SPb .: » ELBI «. — 2019. — 714 p.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Саъдуллаева Мохинабону,. 504 – Б гр.леч.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Бабаев Ж.С. ассистент кафедры «№3 предметы терапевтического направления» Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Введение. Повышение доли когнитивных нарушений в структуре заболеваемости представляет собой одну из первоочередных проблем современной медицины. Основную роль в развитии когнитивных нарушений играет так называемый феномен разобщения – нарушение связей между корой головного мозга (в особенности лобных долей) и подкорковыми структурами. Наличие у пациента умеренных когнитивных нарушений свидетельствует о высоком риске развития деменции в ближайшем будущем.

Цель исследования: определить эффективность сочетания медикаментозных и не медикаментозных методов лечения когнитивных расстройств.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 67 (40 женщин и 27 мужчин) пациентов, находящихся на лечении и обследовании в психосоматическое отделение РКПБ МЗ Рес.Узб, страдающих когнитивным снижением разной степени выраженности, которые были обусловлены различными органическими заболеваниями головного мозга. Возраст пациентов колебался от 44 до 72 лет ($58,75 \pm 6,75$). Из них цереброваскулярными заболеваниями (атеросклероз сосудов мозга, гипертоническая болезнь) страдало 28 больных, последствиями черепно-мозговых травм с церебрастеническим синдромом – 19 больных, смешанного генеза, в том числе атрофического – 20 человек. Перед проведением исследования анализировались данные амбулаторной карты. Все пациенты были проконсультированы терапевтом, окулистом, неврологом, проведены дополнительные обследования. Всем пациентам проводилось психологическое тестирование, которое включало анализ по краткой шкале оценки психического статуса, шкале МоСА, тест с рисованием часов; нарушения памяти исследовались при помощи теста на заучивание 10 слов.

Результаты: Психологическое исследование проводилось дважды – до назначения терапии и после завершения ее курса. У 15 больных были выявлены выраженные когнитивные нарушения, у 32 – умеренные и у 20 – легкие. Все пациенты получали симптоматическую и патогенетическую терапию: препараты, улучшающие церебральную микроциркуляцию, нормализующие артериальное давление и нейрометаболическую терапию. При умеренных и выраженных когнитивных нарушениях больные получали препарат мемантин по схеме. В результате проведенного лечения у 32 из 67 пациентов результаты повторного психологического тестирования показали положительные результаты. В наиболее полном объеме отмечалось восстановление функции памяти, как долговременной, так и оперативной, улучшились функции счета, значительно регрессировали проявления церебрастенического синдрома. У пациентов, страдающих когнитивными расстройствами после перенесенной ЧМТ, отмечалось значительное восстановление функции памяти, улучшилась как кратковременная, так и долговременная память. Наряду с медикаментозной терапией при лечении легких и умеренных когнитивных нарушениях мы

использовали психотерапевтическую программу, в которую входят: когнитивная терапия, когнитивная активация, социально-компетентный тренинг, психообразование. Каждый цикл состоит из 10 занятий, продолжительностью 45 минут и не чаще, чем 2 раза в неделю. Групповое занятие проводят врач-психиатр. Оценка состояния и его динамики производилась клинико-психопатологически, эффективность психообразовательной программы оценивалась с помощью опросника «Карта оценки эффективности психообразовательной программы». В результате проведенного лечения, увеличилась доля пациентов, высоко оценивших уровень информированности о первых признаках обострения (с 12,4% до 44,5%), о способах предупреждения обострений (с 9,6% до 34,3%), о поведении при обострении (с 12,2% до 68,3%). Особое значение имели рост уверенности в возможности распознавания болезненного поведения (70,4% высоких оценок при завершении цикла занятий против 30,2% в начале), а также расширение представлений о собственной роли в процессе лечения (69,2% высоких оценок при завершении цикла занятий против 10,9% в начале) и способах преодоления трудностей, связанных с болезнью (58,7% высоких оценок при завершении цикла занятий против 13,2% в начале).

Выводы: Разработанная психотерапевтическая программа наиболее эффективна в группе пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Групповая работа дает возможность обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом, вместе искать пути решения проблем. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне, помогают пациенту лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как оно влияет на больного и членов его семьи. Полученные данные свидетельствуют о более активной и ответственной позиции пациентов, получавших групповую психосоциальную терапию в стремлении преодолеть болезнь с наименьшими потерями.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сейпуллаева Д. А

Студентка 401 С группы Лечебного факультета

Научный руководитель: Назирова М. У., доцент

*Ташкентского Государственного Стоматологического Института,
Ташкент, Узбекистан*

Неразвивающаяся беременность (Замершая беременность) — это патологическое состояние, включающее в себя внутриутробную гибель плода, патологическую инертность миометрия и нарушение системы гемостаза. Основными причинами неразвивающейся беременности являются: поздний репродуктивный возраст матери, большое число выкидышей в анамнезе, гормональные нарушения, неправильный образ жизни, мутационные изменения в развитии плода, анэмбриония, хронические заболевания матери как гинекологические, так и экстрагенитальные: TORCH-инфекции, аномалии

стенки матки, синдром поликистоза яичников, декомпенсированный сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания такие, как — системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром.

Актуальность: В настоящее время невынашивание беременности остается одной из актуальных проблем практического акушерства и требует более глубокого изучения. Риск невынашивания в возрасте 18-25 лет составляет до 10%, 30-40 лет — до 30%, а выше 45 лет уже до 75%. Чем больше в анамнезе невынашивание беременности, тем хуже прогноз для последующего зачатия.

Цель исследования: Изучить факторы риска и причины невынашивания на ранних сроках развития плода и оценить их влияние на дальнейшую репродуктивную функцию

Материалы и методы исследования: Проведено исследование, куда вошли 25 пациенток с диагнозом НРБ, получающие лечение в отделении Гинекологии родильного дома №8 г.Ташкент. Общепринятыми методами исследования были: Общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бак. посев мазка на флору и исследования на TORCH-инфекции

Результаты исследования: Женщины в возрасте от 18 до 35 лет составили 72% случаев. Из них 8(32%) пациенток не работают, 15(60%) работают в государственных учреждениях, 2(8%) имеют тяжелый физический труд. Первобеременные составили 40%, среди которых имелись женщины с медицинским абортом в анамнезе. Настоящая беременность протекала на фоне обострения TORCH-инфекций у 20%, острая респираторная вирусная инфекция у 12% женщин. С клиникой угрожающего аборта обратились 64% женщин. Клинической картиной были кровянистые выделения из влагалища и болевой синдром. 20% женщин обратились с обильными кровотечениями из влагалища, которым в срочном порядке было произведено выскабливание полости матки. 16% женщинам был поставлен диагноз НРБ, по данным УЗИ с признаками несоответствия размеров матки сроку гестации и неэффективности сохраняющей терапии. НРБ в I триместре отмечалось у 88% женщин, во II триместре у 12% женщин. Всем пациентам по показаниям проводился медицинский аборт с последующим проведением антибактериальной и противовоспалительной терапии и заместительной терапии острой кровопотери. Послеоперационные осложнения по типу эндометрита встречались у 8% пациентов. У всех женщин было выполнено гистологическое исследование соскобов из полости матки. В 64% выявили ЦМВИ - цитомегаловирусную инфекцию. У 20% - вирус простого герпеса, 12% - уреаплазменная инфекция, 4% - хламидийная инфекция.

Выводы: Таким образом, в ходе данного исследования было установлено, что факторами риска невынашивания могут служить: раннее начало половой жизни, многочисленные выкидыши и аборты в анамнезе, воспалительные заболевания органов малого таза, экстрагенитальные заболевания, аномалии развития матки. Острая респираторная вирусная инфекция, вирус простого герпеса на ранних сроках беременности послужили инфекционным фактором, приводящим к гибели плода.

ИНТРАДИАЛИЗНАЯ СОСУДИСТАЯ ДИСФУНКЦИЯ. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Даминов Азиз Ботирович

Илмий раҳбар: Собиров М.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования – изучить интрадиализную динамику эндотелий зависимой вазодилатации при применении интрадиализной физической нагрузки.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование включала 103 больных ХБП5д и 20 здоровых добровольцев соответствующего возраста. Всем участникам исследования проводилось инструментальное обследование, включающее изучение функционального состояния эндотелия (проба с эндотелий зависимой вазодилатацией плечевой артерии – ЭЗВД ПА). Данные, полученные в группе больных ХБП5д (103 человека) сравнивались с данными, полученными в группе здоровых добровольцев (КГ, 20 человек).

Результаты исследования и вывод: У больных ХБП5д по сравнению со здоровыми лицами отмечается нарушение функционального состояния эндотелия, подтвержденное уменьшением степени эндотелийзависимой вазодилатации ($9,23 \pm 0,24\%$ vs $12,90 \pm 0,25\%$, $p < 0,001$). Гемодиализ уже к 60-90 минуте ассоциируется с дальнейшим ухудшением вазоактивной функции эндотелия (снижение ЭЗВД до 2,64%). К концу ГД эндотелиальная дисфункция продолжает прогрессивно ухудшаться, ЭЗВД снижается до 0,88%. Интрадиализная эндотелиальная дисфункция более выражена у лиц моложе 41 года по сравнению с лицами старшего возраста. Интрадиализная физическая нагрузка оказывает протективный эффект в аспекте прогрессирования эндотелиальной дисфункции уже к 60-90 минуте диализа: тенденции к нормализации ЭЗВД к концу сеанса ГД.

Ключевые слова: гемодиализ, эндотелий зависимая вазодилатация, интрадиализная физическая нагрузка, манжеточная проба.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ

Собиров Н.С. клинический ординатор 2 года обучения кафедры оториноларингологии ТГСИ, Рузматов К.М. кафедра оториноларингологии ТГСИ

Научный руководитель: Рузматов К.М. К.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии ТГСИ

В результате широкого использования в практике интенсивной терапии

длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и последующей трахеостомии, а также увеличивающихся случаев автокатастроф, техногенных аварий, военных конфликтов, выполнения сложных хирургических операций у исходно тяжелой категории больных растет число пациентов с постинтубационными и посттрахеостомическими повреждениями гортани и трахеи.

С целью улучшения результатов хирургического лечения больных со стенозами гортани и трахеи путем разработки новых операций, внедрения современных технологий и применения диагностическо-лечебного алгоритма нами было обследовано 8 больных с хроническим стенозом гортани и трахеи.

Этиологией развития подсвязочного стеноза гортани у всех пациентов являлась длительная интубация. Всем пациентам была произведена операция баллонная дилатация подскладкового стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подскладкового отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подскладкового стеноза гортани наблюдалось только у одного пациента.

Во многих случаях дилатация стеноза гортани и трахеи с помощью баллонных систем имеет значительные преимущества по сравнению с открытой ларингопластикой.

Данный метод все больше внедряется в медицинскую практику и применяется у пациентов различных возрастных групп со стенозом гортани и трахеи. В настоящее время развитие и использование эндоскопической баллонной методики позволяет определить точную локализацию стеноза, рассчитать силу воздействия, возникающего при использовании жестких систем дилатации.

Баллонная дилатация подсвязочного стеноза гортани является методом деликатного и малотравматичного лечения, который позволяет контролировать радиальное давление на стриктуру и прогнозировать диаметр просвета в зоне стеноза после дилатации.

Материал и методы. В отделении отоларингологии под нашим наблюдением находились 8 пациентов с подсвязочного стеноза гортани постинтубационной этиологии (3 женщины и 5 мужчин) в возрасте от 25 до 59 лет. Причиной развития подсвязочного стеноза гортани у 5 пациентов являлась длительная интубация. У 3 больных причиной стеноза являлся гранулематоз Вегенера. У 3 больных на момент поступления в стационар имелась трахеостома. Всем пациентам были проведены клинико-лабораторное обследование, компьютерная томография гортани и трахеи, эндофибрларинготрахеоскопия, исследование функции внешнего дыхания, консультации смежных специалистов.

По результатам мультиспиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией хрящевого остова у всех пациентов на уровне перстневидного хряща определялось циркулярное сужение просвета за счет утолщения и уплотнения мягких тканей в просвете. Протяженность стеноза

составляла от 6 до 11 мм, диаметр просвета самой узкой его части от 4 до 8 мм. При трехмерной реконструкции изменений хрящевого остова гортани не выявлено, его каркасная функция не нарушена.

Результаты. В результате проведенного хирургического лечения удалось добиться стойкого расширения просвета подсвязочного отдела гортани путем микроразрывов рубцовой ткани строго по диаметру баллона. Сужения просвета в первые минуты после проведения дилатации не наблюдалось. По завершении операции в зону стеноза делали инъекцию 4 мг дексаметазона.

Длительность стационарного лечения составила 3-5 сут. Фиброларинготрахеоскопию выполняли в 3-е и 5-и сутки стационарного лечения. Проводилась консервативная антибактериальная, противовоспалительная (дексаметазон до 16 мг внутривенно в 1-е сутки и до 12 мг в последующие) терапия, местное эндоскопическое лечение путем инъекций дексаметазона в область рубца гортани, щелочные ингаляции, ингаляции с антисептиком. Пациентов выписывали для амбулаторного наблюдения на 7-й и 14-й дни после операции и далее наблюдали каждый месяц в течение года. Пациентам с трахеостомой при отсутствии процесса рестенозирования подскладкового отдела гортани, отсутствии жалоб на затруднение дыхания через 2 мес после баллонной дилатации проводили пластику трахеального дефекта.

По данным эндоскопического исследования гортани и трахеи, в послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечались реактивные явления в виде гиперемии мягких тканей в зоне дилатации, отека от незначительного до умеренно выраженного, наличия фибринового налета, которые успешно купировались проводимой консервативной антибактериальной и противовоспалительной терапии, физиотерапевтическим лечением. Сроки стационарного лечения составили в среднем 4,5 дня.

Заключение. Операция под прямой опорной ларингоскопией позволяет детально визуализировать зону стеноза, определить точную локализацию и под контролем зрения провести хирургическое вмешательство.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с посттравматическими стенозами гортани и трахеи. Отмечаемый ежегодный рост автодорожного, производственного и бытового травматизма, природных и экологических катастроф; предполагает постоянное увеличение данной категории больных. Однако до сих пор не выработана единая тактика, профилактики, диагностики и лечения пациентов с посттравматическими стенозами гортани и трахеи. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих хирургических способов ларинготрахеопластики является актуальной и социально значимой задачей и имеет важное практическое значение.

Литература:

1. Рузматов К. М., Шамсиев Д. Ф. (2021). Лечение хронического стеноза гортани малоинвазивными методами. In Volgamedscience (pp. 361-362).
2. Рўзматов Қ. М., Шамсиев Д. Ф. (2022). Ҳикилдоқнинг сурункали чандикли торайиши бўлган беморларни даволашда баллон дилатация ва маҳаллий гормонотерапия қўллашнинг аҳамияти. MedUnion, (1), 149-154.

3. Рузматов К. М., Шамсиев Д. Ф. (2022). Современный взгляд на диагностику и лечение хронического рубцового стеноза гортани // Журнал «Интернаука», №6, (229), 2022, с.46-50.
4. Рузматов К.М., Шамсиев Д.Ф. (2022) Клинико-функциональное исследование больных с хроническими стенозами гортани // Медицина и инновации № 1, 2022 год. Стр. 7-17
5. Шамсиев Д. Ф. (2001). Реологические свойства эритроцитов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. Вест. оторинолар, (№1), 22-23.
6. Шамсиев Д. Ф. (2005). Состояние покровного эпителия воспалительных полипов носа. Российская ринология, (№2), 37-37.
7. Шамсиев Д. Ф. (2005). Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении. Stomatologiya, (1-2 (27-28)), 51-53.
8. Шамсиев Д. Ф. (2003). Эффективность различных хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах. Российская ринология, (№2), 44.
9. Шамсиев Д. Ф., Миразизов К. Д. (2002). Эндоскопическая гайморотомия. Вестник оториноларингологии, №4, 39-40.
10. Шамсиев Д., Исмоилов И., Чакканова М., Каримов О., Соатов С. (2019). Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита. Stomatologiya, 1(1 (74)), 75-78.
11. Шамсиев Д., Рузматов К. (2018). Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны. Stomatologiya, 1(4 (73)), 87-89.
12. Шамсиев Ж. Ф. (2015). Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фуқонал хусусиялари. Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 103-104.
13. Шамсиев Д. Ф. (2009). Особенности диагностики и хирургического лечения хоанальных полипов. Журнал «Вестник оториноларингологии», № 5, 37-39.
14. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. (2020) Повышение эффективности диагностики и лечения подвязочного рубцового стеноза гортани // Stomatologiya, (№2 (79)), стр. 96-99.
15. Шамсиев Д.Ф., Каххоров А.В., Рахимова Г.Ш., Исмоилов И.И. (2021) Эффективность местной кортикостероидной терапии в комплексном лечении больных с хроническими полипозными синуситами // Журнал «Авиценна» №79, стр. 4-7
16. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. (2020) Хиқилдоқнинг бурмалар ости чандикли торайишларини ташхислаш ва самарали даволаш усуллари// Stomatologiya, (№2 (79)), стр. 96-99.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИТОВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЁ ТЕРАПИИ

Содиқова С.З. базовый докторант 1 года

Научный руководитель: Раимова М.М.,

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – второе по распространенности нейродегенеративное заболевание после болезни Альцгеймера, представляющее собой значительную медицинскую и социально-экономическую проблему во всем мире. С увеличением продолжительности жизни населения число случаев болезни Паркинсона продолжает расти, что делает ее одной из основных причин неврологической инвалидности среди пожилых людей. Распространенность заболевания удвоилась за последние 25 лет. Частота встречаемости заболевания от 100 до 300 случаев на 100 000 населения, при этом характерно увеличение распространенности заболевания с возрастом. Однако в 10% случаев болезнь начинается в возрасте до 40 лет. Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2020 году, смертельные случаи от болезни Паркинсона в Узбекистане достигли 563 или 0,35% от общей смертности.

На ранних стадиях БП часто трудно диагностировать из-за неспецифической симптоматики и отсутствия надежных биомаркеров, что задерживает начало лечения и может ухудшать прогноз.

Болезнь Паркинсона накладывает значительную экономическую нагрузку на системы здравоохранения и общество в целом из-за высоких затрат на лечение, уход и потерю трудоспособности.

На данный момент не существует лекарства, способного остановить или обратить вспять процесс нейродегенерации при БП. Доступные методы лечения ограничиваются управлением симптомами и улучшением качества жизни пациентов. Однако, в последние годы накапливаются доказательства, подтверждающие, что кишечная микрофлора может играть ключевую роль в развитии БП, предоставляя новые подходы к пониманию механизмов заболевания, его диагностики и лечения. Некоторые симптомы БП стали привлекать к себе большое внимание и в аспекте изучения патогенеза заболевания, в частности при рассмотрении возможной роли микробиоты в механизме развития нейродегенеративных болезней. Согласно результатам исследований, микроорганизмы, живущие в кишечнике, могут играть решающую роль в развитии заболеваний, сопряженных с нарушениями двигательной активности, такими как при болезни Паркинсона, при наличии генетической предрасположенности. Тем не менее, экспериментальных доказательств, подтверждающих роль микроорганизмов кишечника в развитии нейродегенеративных заболеваний, не достаточно чтобы установить точную связь между микробиотой кишечника и БП. С помощью современных подходов к секвенированию характеристика микробиома у здоровых людей и при заболеваниях продемонстрировала нарушение микробиоты, или дисбактериоз, связанный с патологическими состояниями. Характерными проявлениями БП, наряду с моторными симптомами, являются расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся изменением клеточного состава биоценоза кишечника, причем за несколько лет до развития клиники заболевания. Гастроинтестинальные симптомы при БП ассоциированы с выраженным дискомфортом, болью в животе, ощущением вздутия, снижением массы тела, а также нередко являются причиной неотложных состояний, таких

как аспирационная пневмония, перфорация и непроходимость кишечника. В числе гастроинтестинальных симптомов наиболее часто встречаются запоры. Распространенность запоров в зависимости от критериев, применяемых в эпидемиологических исследованиях, колеблется в широком диапазоне — от 20 до 81% (Brudek T. Inflammatory Bowel Diseases in PD). Кишечный дисбиоз в свою очередь способствует развитию воспалительных изменений, что подтверждается повышением уровня провоспалительных цитокинов, таких как, интерлейкины, фактор некроза опухоли, С-реактивный белок и т.д. (Houser M, Chang J. Gut feelings about smoking in PD). Повышение уровня провоспалительных цитокинов выявляется на ранних стадиях заболевания и не имеет тенденции к повышению по мере его прогрессирования (Houser M, Chang J, Factor S. Stool Immune Profiles Evinced). Наличие воспалительных изменений кишечника в анамнезе (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит и др.) повышает риск развития БП на 20—35% (Brudek T. Inflammatory Bowel Diseases in PD). В эксперименте было показано, что воспалительные изменения кишечника через системные механизмы могут нарушать проницаемость гематоэнцефалического барьера и стимулировать процессы гибели нейронов черной субстанции (Villarán R, Espinosa-Oliva A. Ulcerative colitis exacerbates).

Кроме того, кишечные микроорганизмы способны продуцировать вещества, которые могут влиять на функционирование нервной системы, включая короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК), серотонин, катехоламины, глутамат, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) и др., среди которых роль КЦЖК в развитии болезни была высоко оценена в ряд исследований.

КЦЖК -основные метаболиты, образующиеся в результате бактериальной ферментации пищевых волокон в желудочно-кишечном тракте, играющие ключевую роль в перекрестных связях между микробиотой, кишечником и мозгом. КЦЖК являются важным топливом для кишечных эпителиальных клеток и регулируют их функции с помощью различных механизмов, модулируя их пролиферацию, дифференцировку, а также функции субпопуляций, таких как энтероэндокринные клетки, для воздействия на перистальтику кишечника и укрепления барьерных функций кишечника и метаболизма хозяина. КЦЖК являются единственными известными лигандами для рецептора GPR43, который участвует в регуляции воспаления посредством ингибирования аденилатциклазы и активации фосфолипазы C. (Bindels LB, Dewulf EM, Trends in Pharmacological Sciences. 2013) Активация данного рецептора рассматривается как один из механизмов взаимодействия макроорганизма и микробиоты, нарушение работы которого приводит к дисбалансу иммунитета и провоспалительному фенотипу (Ang Z, Ding JL. GPR41 and GPR43 in Obesity and Inflammation.)

Применение пробиотиков в контексте БП представляет собой новое и перспективное направление в неврологии и гастроэнтерологии. В исследованиях обнаружено, что пробиотики облегчают симптомы запора у пациентов с БП, регулируя микробиоту кишечника (Gershon, 1981; Mulak and Bonaz, 2015).

В исследование основное внимание будет направлено на изучении

продуктов жизнедеятельности микроорганизмов кишечника, в частности, на пропионат, бутират и ацетат, которые являются главными представителями КЦЖК и некоторых провоспалительных медиаторов обнаруживаемых у больных в связи с воспалительными изменениями в стенке кишечника из-за обнаруженного нами дисбиоза у исследуемых, и определить их корреляцию с клиникой болезни Паркинсона. Также будут рассмотрены вопросы влияния мер, нацеленных на коррекцию микробиоты, таких как пребиотики, пробиотики и диета на динамику заболевания.

Цель исследования. Изучить значимость кишечного дисбиоза, метаболитов кишечной микробиоты (КЦЖК: пропионовая, масляная, уксусная кислоты) и провоспалительных цитокинов на развитии клинических признаков болезни Паркинсона с последующей коррекцией его терапии.

Материалы и методы исследования.

Клинико-неврологические данные больных, образцы сыворотки венозной крови и экскрементов данных больных.

Методы исследования: социологический (в виде стандартизованного опросника и шкал), метод непосредственного наблюдения, клинические и функциональные методы обследования лиц, клинико-лабораторные и статистические анализы.

Ожидаемые результаты исследования:

1. Будет выявлена связь между уровнем пропионовой, масляной, уксусной кислотами со степенью кишечного дисбиоза и течением болезни Паркинсона.
2. Будет установлена тяжесть течения болезни Паркинсона в зависимости от уровня провоспалительных агентов.
3. Определится влияние кишечного дисбиоза на прогрессирование БП.
4. Будет прослежена динамика болезни при комплексной коррекции в терапии.

ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОНКОЛОГИИ, ОСНОВАННАЯ НА ТЕХНОЛОГИИ CRISPR-Cas9

Талипов Р.Р студент Лечебного факультета, ТГСИ

Шаниева С. Р. студент Лечебного факультета, ТГСИ

Научный руководитель: Мадаминов А.Ю. доцент кафедры Радиологии и онкологии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, 100047

Ташкент, ул. Махтумкули, 103;

Республиканский центр детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии,

Республика Узбекистан, 100115 Ташкент, ул. Арнасай 28;

Ключевые слова: CRISPR-Cas9, sgРНК, ДНК, редактирование генома, рак, CAR-T

Введение. В современной медицинской онкологии CRISPR (кластеризованные короткие палиндромные повторы с регулярными интервалами) и эндонуклеаза Cas9 активно используется

не только при изучении рака, но и при создании иммунобиологических подходов, таких как генетически модифицированных адаптивных Т-клеток и естественных киллеров, секрета антител, стимуляция цитокинов и преодоление иммунных контрольных точек.

Цель. Анализ современных научных данных, посвященных молекулярным механизмам стратегии CRISPR-Cas9 в редактировании генов, преимуществам и недостаткам в исследованиях рака и разработке новых методов лечения.

Методы. Комплексный электронный поиск соответствующих опубликованных исследований был проведен в научных базах данных PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Wiley и

Google Scholar опубликованные за период с 2014 г. По 2023 г. Поиск был адаптирован к конкретным требованиям каждой базы данных на основе следующих ключевых слов: CRISPR-Cas9, sgРНК, ДНК, редактирование генома, рак, CAR-T. Кроме того, мы фокусируемся на важности и проблемах CRISPR-Cas9 в производстве генетически модифицированных Т-клеток для потенциального использования при лечении определенных типов рака.

Результаты. Соответственно, CAR-T (Т клетка с химерным антигенным рецептором) терапия широко используется в качестве одного из основных компонентов иммунотерапии при лечении лейкемии, лимфомы и некоторых солидных опухолей. Разработка запрограммированных направляющих РНК (sgРНК) и новых модификаций белка Cas9, позволила сделать технологию гибкой и универсальной. CRISPR-Cas9 часто используется для модификации Т- и НК-клеток с помощью конструкции антигенных рецепторов для улучшения их сенсорных цепей сложной функциональности, способных распознавать и уничтожать опухолевые клетки. При этом, доставка готового рибонуклеопротеинового (Cas9+sgРНК) комплекса в клетку позволяет избежать процессов транскрипции и трансляции, что обеспечивает максимально быстрое редактирование генов. Электропорация Cas9 и sgRNA, направленная на экзон 1 гена белка PD-1 (PDCD1, Programmed cell death protein 1) в Т-клетках человека с последующей доставкой лентивирусного вектора, содержащего трансген CD19 CAR, обеспечивает высокую эффективность и минимальную токсичность CAR-T терапии. Это открытие подчеркивает негативную роль оси PD-1/PD-L1 в формировании цитотоксического эффекта CAR-T-клеток против раковых клеток, экспрессирующих опухолеассоциированный антиген.

Заключение. В этом обзоре мы рассмотрели научные данные, подчеркивающие многообещающее влияние технологий CRISPR на исследования и лечение рака. CRISPR-Cas9 считается уникальной и эффективной технологией в области геномной и биомолекулярной инженерии. Прокариотический адаптивный иммунный механизм используется для введения двухцепочечных разрывов в интересующем генетическом месте с использованием sgRNA. Редактирование генома с этической точки зрения является сложным вопросом и вызывает множество дискуссий среди ученых. Но система CRISPR-Cas9 может открыть новые возможности в исследованиях и эффективном лечении рака в то время, когда распространенность болезни и ущерб от нее неуклонно растут. Использование всего потенциала CRISPR-Cas9

в исследованиях и лечении рака может помочь найти решения во многих сложных ситуациях.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

Тойчибоев Сарваржон Эркин оглы, Насирдинов Омаджон Адхамджон оглы
Факультет медицинской профилактики студенты 352 - Б группы
Ташкентская медицинская академия ургенчский филиал, Ургенч Узбекистан
Научный руководитель: ассистент Нуралиева Н.Б

Актуальность темы. Одним из самых распространенных заболеваний среди людей в Узбекистане являются паразитарные заболевания. Кожный лейшманиоз-это трансмиссивное простейшее заболевание, встречающееся у людей и животных, возбудителем которого являются лейшмании. Кожный лейшманиоз передается комарами-искапарами. Ежегодно во всем мире умирает около 51 миллиона человек. Из них около 17 миллионов-инфекционные и паразитарные заболевания. Лейшманиоз-это тропическое заболевание, эндемичное в 98 странах мира. По данным ВОЗ, во всем мире насчитывается около 12 миллионов пациентов с кожным лейшманиозом. При этом ежегодно регистрируется около 600 тысяч новых случаев заболевания. Согласно статистике за последние 10 лет, заболеваемость кожным лейшманиозом растет. В странах Центральной Азии основная эпидемическая зона лейшманиоза находится в Узбекистане и Туркменистане, что говорит о том, что кожный лейшманиоз является актуальной проблемой в настоящее время в связи с эпидемиологическими особенностями заболеваемости в этих странах. Эпидемиологически 5 наиболее активных природных очагов кожного лейшманиоза в Узбекистане: в Бухарской, Кашкадарьинской, Навоийской, Сурхандарьинской областях и Республике Каракалпакстан. На территории Узбекистана выделено около 40 отдельных очагов кожного лейшманиоза: каршинский, зарафшанский, сурхандарьинский, Джизакский, Нурлатский, Сырдарьинский, Джизакская пустыни, нижняя Амударья, Устюрт и Фергана, которые отличаются эпидемиологически.

Цель. Изучение распространенности, эпидемиологических особенностей кожного лейшманиоза в Узбекистане и совершенствование мер профилактики.

Методы и приемы. На основе статистических данных ССВ Республики Узбекистан использованы эпидемиологические и статистические методы по заболеваемости кожным лейшманиозом в разрезе областей.

Результат. Эпидемиологическую ситуацию по кожному лейшманиозу в республике нельзя назвать стабильной. По официальным данным Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Республики Узбекистан, рост заболеваемости кожным лейшманиозом в республике к 2017 году составил 32% (512 выявленных случаев в 2013 году увеличились до 741 к 2017 году, по интенсивному показателю-с 1,7 до 2,3 на 100 тыс. населения). Об

этом свидетельствует тот факт, что среди населения нашей республики из года в год регистрируется заболевание в стабильном состоянии, которое в большинстве случаев приобретает хронический характер и приводит к неприятным осложнениям. Анализ заболеваемости кожным лейшманиозом, зарегистрированным в Республике Узбекистан в 2002 - 2016 гг., показывает, что показатель заболеваемости составил 17,3 – 67,09 на 100 тыс. населения в разные годы. В первый год проведения анализа интенсивность заболеваемости кожным лейшманиозом в нашей республике в 2001 году составила 54,19 на 100 тысяч населения, а самый высокий показатель за анализируемые годы – 49,09 в 2005 году. С 2016 года наблюдается тенденция к снижению, при этом минимальный показатель 2020 года составил 39,3.

Вывод. Причиной резкого снижения заболеваемости в 2020 году стало то, что из-за пандемии коронавируса COVID-19 в 2020 году все жители нашей республики соблюдали правила пандемии, находились дома, строго соблюдали санитарные правила, не посещая общественные места, детские сады и школы.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА МИГРЕННИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ ВА НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Тошхўжаева Л.Р. ТДСИ Асаб касалликлари. Халқ таъбири кафедраси клиник ординатори

Илмий раҳбар: Ёдгарова Умида Гайбуллоевна

ТДСИ, Асаб касалликлари. Халқ таъбири кафедраси

Долзарблиги: Мигрень (французча migraine) бошнинг бир томонида пароксизмал тарзда пайдо бўлувчи ва такрорланиб турадиган кучли оғриқлар билан кечувчи касаллик. Оғриқ хуружи, асосан, кўз-пешона-чаққа сохаларида кузатилади ва кўнгил айниши, қусиш, ёруғлик ва атрофдаги товушларга ўта сезгирлик билан намоён бўлади. Оғриқ хуружидан сўнг беморда уйқучанлик ва холсизлик кузатилади. Касаллик кўпроқ аёлларда учрайди, касалликка асосан қон томир тонусини бошқариб турадиган нерв ишининг бузулиши, кўпинча оилада ва наслда қон томирга берилувчанлик сабаб бўлади. Мигрень аксари балоғатга етиш даврида кузатилади. Касаллик хуружи одатда асабийлашиш натижасида ёки ўта чарчаш оқибатида рўй беради. Хуружнинг тутиш муддати, унинг оғир-енгиллиги ёш улғайиши билан ўзгаради. Бу – турмуш тарзига, меҳнат ва дам олиш режимида роя этмаслик, мунтазам овқатланмаслик, чекиш, шовқин, равшан ёруғлик, аёлларда эса хайз циклига боғлиқ.

Хозирги кундаги маълумотларга кўра, болалар ва ўсмирларда бош оғриғининг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири мигрендир. Аммо зўриқишдаги бош оғриғининг гипердиагностикаси фонида 20-30% ҳолатдагина мигрень ташхиси қўйилади. Мигрень ҳар қандай ёшда учраши мумкин, ҳаттоки 3 ёшгача бўлган болалар орасида ҳам мигрень дебютлари кузатилади. Ўдақларда кузатиладиган ичак коликалари кейинчалик кейинчалик мигрень ривожланиш хавфини туғдириши мумкин. Тадқиқотларга қараганда, 10 ёшда мигреннинг тарқалиши 5% га етади, 7 ёшгача бўлган болаларнинг 2,5% дан кўпроғи мигреннинг такрорий хуружларидан азият чекади. 11-12 ёшгача

мигрень ўғил болалар орасида кўпроқ учрайди. Жинсий балоғатга ўтиш даврида эса қизларда мигреннинг частотаси сезиларли даражада ошади. Мигрень билан касалланган болаларнинг камида ота-оналаридан бири шу касалликдан азият чекиши кўп кузатилади. Болаликдаги мигрень ва зўриқишдаги бош оғриғининг асосий сабабдаридан бири уйдаги ва мактабдаги психосоциал муаммолар ҳисобланади. Ўсмир болаларнинг тахминан 1-2%и сурункали мигреньдан азият чекади. 12 ёшгача эса бу кўрсаткич сезиларли даражада паст бўлиб, 0,5-0,7% ни ташкил этади.

Тадқиқот мақсади: Болалар ва ўсмирларда кузатиладиган бош оғриқларини эрта ташхислаш, даволаш режаларини тўғри ташкил қилиш, хуружлар такрорланиш частотасини камайтириш, беморларга индивидуал ёндошув.

Тадқиқот материал ва методлари: Болалардаги мигрень хуружларининг асосий ўзига хослиги уларнинг қисқа муддатлилиги (30 дақиқадан бир неча соатгача) ва бош оғриғининг икки томонлама локализациясидир. Бош оғриғининг бир томонга (гемикрания) латерализацияси асосан ўсмирлик даврида кузатилади. Болаларда мигрень пайтида бош оғриғининг энг кўп локализацияси пешонада (60.9%), темпорал (38.6%), ва периорбитал (53.1%) сохаларда кузатилади. Оғриқнинг энса соҳасида кузатилмаслиги бошқа касалликлардан қиёсий ташхислаш учун энг муҳим критериялардан бири ҳисобланади. Болаларда хуруж пайтида оғриқнинг характери ҳам фарқ қилиши мумкин, одатда босувчи, сиқувчи, пульсацияли кўринишларда бўлари. Аммо жуда камчилик болалар оғриқнинг пульсацияли бўлишини айтадилар.

Кўпчилик болалар ўзларида кечаётган жараённи тасвирлаб бера олмайдилар. Шундай ҳолларда болаларнинг хуруж вақтидаги умумий ҳолатини ҳамда оғриқнинг кўринишини тасвирлаб беришлари учун смайликлар (хар хил эмоциялар тасвирланган юзчалар)дан ҳам фойдаланиш мумкин. Бунда хурсанддан (оғриқ йўқ) хафагача (ўртача оғриқ), кўзидан ёш оқаётган смайлик эса жуда кучли оғриқ. Базида эса болалардан оғриқ пайтидаги ҳолатини расм чизиб тасвирлаб бериш ҳам сўралади.

Мигреннинг номедикаментоз давоси ва профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: дам олишни тўғри ташкил қилиш, ўз вақтида ухлаш қонун-қоидаларига риоя қилиш, доимий соғломлаштирувчи спорт машғулотлари билан шуғулланиш, овқатланиш режимига риоя қилиш ва овқат таркибидан хуружни кўзғатиши мумкин бўлган маҳсулотлар (триггерлар)ни олиб ташлаш ва ортиқча хиссий зўриқишлардан сақланиш мигрен хуружлари сони ва кучини камайитишда жуда катта ёрдам беради. Айтиб ўтганимиздек овқатланиш рационага амал қилиш ҳам ўта муҳим. Болаларда айниқса овқатланиш вақтларини тўғри ташкил қилиш (кунига 3-4 мартадан кам бўлмаган) ҳамда етарли миқдорда кунлик суюқлик қабул қилиш мигрен профилактикасининг муҳим аспектларидан бири ҳисобланади. Таркибида тирамин сақловчи озиқ-овқатларни (помидор, селдер, какао, шоколад, пишлок, сут, ёнғоқ, тухум) истеъмол қилишни чеклаш лозим. Болаларни тез-тез сайрларга олиб чиқиш ва тоғли ҳудудларга олиб бориш ҳам мигрен профилактикасида ўта муҳим. Шунингдек, игна билан даволаш, массаж, постизометрик релакция,

гидротерапия ва шу каби бошқа рефлексор таъсирга эга муолажалар ҳам мигрен хуружлари профилактикаси учун жуда муҳим аҳамиятга эга.

Хулоса: Бир томондан мигрен – сурункали неврологик касаллик бўлиб, хозирги вақтга хуружларнинг тўлиқ йўқолишига олиб келадиган даво чораси топилмаган. Бошқа томондан эса, тадқиқотларга қараганда мигрен билан оғриган беморларнинг 25-30%ида 18 ёшдан кейин хуружлар ўз-ўзидан камайиб боради. Ўз вақтида таъхис қўйиш, хуружларни қандай қилиб тўғри бартараф этишни ўргатиш ва профилактик даво чораларини ўз вақтида ўтказиш болалик давридаёқ мигрендан халос бўлиш учун ёрдам беради.

МИКРОИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Адхамова Л.А. Свободный соискатель кафедры Офтальмологии, ТГСИ

Научный руководитель: доцент кафедры офтальмологии д.м.н., доцент Туйчибаева Д.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Заболевания макулярной области включают в себя значительную группу патологии, к которой можно отнести центральную серозную хориоретинопатию (ЦСХ), характеризующуюся отслойкой нейроэпителия (НЭ) с трансформациями в пигментном эпителии (ПЭ) локального, либо диффузного характера. Лазеркоагуляция – это метод выбора при лечении ЦСХ, который считается общепринятым и высокоэффективным. Выполнение лазеркоагуляции в индивидуально подобранные сроки способствует закрытию дефекта в ПЭ, рассасыванию субретинальной жидкости и прилеганию отслойки нейроэпителия. Прямая лазеркоагуляция возможна при локализации точек фильтрации на расстоянии более 500 мк от фовеолярной точки фиксации зрения по данным ФАГ. Отрицательные стороны лазеркоагуляции – нежелательные побочные эффекты, к которым относятся лазериндуцированные поражения, а именно: центральные и парацентральные скотомы (гибель фоторецепторов), прогрессирующее расширение лазерных хориоретинальных рубцов (спаек) – «ползучая атрофия», хориоидальная неоваскулярная мембрана. Следовательно, при локализации точки просачивания субфовеолярно возникают определенные проблемы и трудности, которые обусловлены высокой чувствительностью фоторецепторов к лазерному воздействию.

Цель исследования. Определить эффективность применения микроимпульсного лазерного воздействия (МИЛВ) в лечении центральной серозной хориоретинопатии с локализацией точки фильтрации субфовеолярно.

Материал и методы В этом проспективном рандомизированном исследовании проанализировано Проведен анализ историй болезней 39 человек (39 глаз) с односторонним течением центральной серозной хориоретинопатии. Мужчин – 28, женщин – 11. Средний возраст пациентов – 33,8 года. Сроки наблюдения составили от 4 до 32 недель. Пациентов распределили на две

группы. 12 человек (12 глаз), которым выполнялось микроимпульсное лазерное воздействие на диодном лазере с длиной волны 810 нм, находились в основной группе. Сюда вошли пациенты, которые при наблюдении в течение 12 недель не получили самостоятельной ремиссии заболевания и повышения зрительных функций. В контрольной группе было 27 человека (27 глаз) с естественным течением процесса и самостоятельной ремиссией заболевания.

Результаты и обсуждение. После проведенного лазерного лечения у пациентов в основной группе с использованием инфракрасного лазера в микроимпульсном режиме офтальмоскопических изменений на сетчатке замечено не было, жалоб никто не предъявлял, дискомфорта в процессе МИЛВ не отмечено. По оценке клинико-функциональных результатов лечения пациентов основной группы, зафиксирована положительная динамика уменьшения среднего значения высоты отслойки НЭ с 438 мкм до начала лечения до 356,5 мкм и 128 мкм через 4 и 16 недель соответственно. Что в свою очередь объясняет и повышения остроты зрения (МКОЗ) с $0,5 \pm 0,093$ до $0,7 \pm 0,041$ и в сроке наблюдения 4 месяца – 0,9 - 1,0. На ФАГ – закрытие дефекта пигментного эпителия, отсутствие фильтрации. Пациенты основной группы отметили исчезновение «пятна» и искажения перед глазом, а также повышение зрительных функций. У 3 пациентов в сроке наблюдения 16 недель произошло рецидивирование заболевания с возникновением точки просачивания на другом участке глазного дна – экстрафовеоларно, развитием серозной отслойки нейроэпителия, ухудшением остроты и качества зрения (среднее значение некоррегированной остроты зрения составило 0,6). В данных случаях возникла необходимость в дополнительном сеансе МИЛВ, который был проведен по вышеописанной методике. Интервал между сеансами в среднем составил 12 недель. На сроке наблюдения 16 недель у всех пациентов отмечается полное прилегание нейросенсорной сетчатки (по данным ОКТ), повышение остроты зрения до 0,9–1,0.

Закключение. При лечении центральной серозной хориоретинопатии с субфовеоларной точкой просачивания методом выбора является микроимпульсное лазерное воздействие (МИЛВ), которое зарекомендовало себя как высокоэффективный и безопасный метод лечения. Отсутствие самостоятельного выздоровления требует применения лазерного лечения. С применением микроимпульсного режима работы инфракрасного диодного лазера стало возможным выполнять лазерные вмешательства даже в 500 мкм от фовеоларной аваскулярной зоны без функционального повреждения ретинального ПЭ и НЭ, с минимальным риском рецидивирования, без лазериндуцированных повреждений и развития ятрогенной хориоидальной неоваскулярной мембраны, что подтверждается офтальмоскопически и данными оптической когерентной томографии.

ПОЛОСТЬ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Тулаганова К.О., студент 401 гр., стоматологический факультет

Махкамова Н.Э., д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии

Актуальность: расщелины верхней губы и неба по анатомической форме и размерам могут быть различны. Самая легкая степень дефекта - скрытые расщелины, расположенные только в пределах мышечного слоя мягкого неба или костной ткани твердого неба при хорошо развитой слое слизистой оболочки. У детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) отмечается более высокая частота оториноларингологических заболеваний по сравнению со здоровыми детьми.

Целью исследования явился оценка состояния структур полости носа и придаточных пазух носа у детей с ВРГН и без расщелин.

Материал и методы: Обследованы 96 ребенка с ВРГН в возрасте от 9 до 18 лет (основная группа; 52 мальчиков и 44 девочек) и 96 ребенка в возрасте от 9 до 18 лет (контрольная группа; 48 мальчиков и 48 девочек) без врожденных аномалий челюстно-лицевой области. В группу детей с ВРГН вошли: 17 детей с двухсторонней врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба, 44 детей с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба слева, 31 ребенка с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба справа. Все пациенты были успешно оперированы по поводу врожденного порока на первом году жизни.

Обследование детей включало в себя сбор анамнеза и жалоб пациента, рутинный ЛОР-осмотр (переднюю риноскопию, мезофарингоскопию, отоскопию), эндоскопию полости носа и носоглотки и компьютерную томографию околоносовых пазух.

Результаты исследования: Проведенное обследование выявило, что у 69 детей с ВРГН (41 - со сквозной расщелиной верхней губы и неба слева, 28 - со сквозной расщелиной верхней губы и неба справа) отмечалось искривление перегородки носа в области четырехугольного хряща. Из них у 35 детей со сквозной расщелиной верхней губы и неба слева отмечалось искривление перегородки носа вправо, а у 27 - со сквозной расщелиной верхней губы и неба справа отмечалось искривление перегородки носа влево. У 12 детей с двусторонней врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба отмечалась выраженная деформация перегородки носа, при этом деформированный участок перегородки носа прилежал к гиперплазированной нижней носовой раковине, в связи с чем было выполнено оперативное лечение — подслизистая резекция перегородки носа, двусторонняя вазотомия нижних носовых раковин (отметим, что компенсаторная гиперплазия нижних носовых раковин была выявлена у всех 96 пациентов).

Всем пациентам была выполнена компьютерная томография околоносовых пазух. У 15 пациентов с двусторонней врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба, 14 со сквозной расщелиной верхней губы и неба слева и 11 со сквозной расщелиной верхней губы и неба справа отмечалась повышенная пневматизация переднего конца средней носовой раковины (concha bullosa). У 89 пациентов (22 — с двусторонней врожденной сквозной расщелиной верхней

губы и неба, 39 — со сквозной расщелиной верхней губы и неба слева, 28 — сквозной расщелиной верхней губы и неба справа) отмечалась удовлетворительная пневматизация придаточных пазух носа.

Выводы: у пациентов с ВРГН более чем в 95,2% случаев отмечается искривление перегородки носа, сопровождавшееся гиперплазией нижних носовых раковин. При отсутствии ярко выраженных отличий между околоносовыми пазухами пациентов с ВРГН и здоровых детей и соответствии степени пневматизации ОНП возрасту ребенка в обеих группах у пациентов с ВРГН отмечалась повышенная пневматизация переднего конца средней носовой раковины.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

ТГСИ, студент лечебного факультета группа 108 Турсунов Бехруз

Научный руководитель: доцент кафедры терапевтического направления № 3 Гопурова Г.Ф.

Актуальность: За последние годы накопилось большое количество информации, свидетельствующей о том, что нервные, иммунные, а также эндокринные системы не являются автономными, в широком смысле этого слова, а представляют собой компоненты общей системы реагирования на внешние стимулы и раздражители. При этом особое внимание уделяется изучению иммунологических процессов, являющихся по общему признанию важнейшей частью системы реагирования на любое стрессовое воздействие, и их целенаправленной коррекции. С учетом имеющихся данных к числу наиболее адекватных моделей для доказательства терапевтического взаимодействия психофармакологических и иммуномодулирующих препаратов можно отнести больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (по МКБ-10 F 41,2) при котором наблюдаются достаточно выраженные биологические изменения в организме больных, в частности понижение иммунологических показателей. Доказательством этому мы можем считать частые визиты депрессивных больных к другим узким специалистам таким как лор-врачу, ревматологу, гастроэнтерологу, а также наличие.

иммуннограммы с пониженными показателями. В соответствии с целью работы поставлены следующие

Задачи:

- 1) Сравнить и оценить эффективность и переносимость монотерапии иммуномодуляторами в процессе терапии.
- 2) Обосновать показания к применению иммуномодуляторов у больных с аффективными расстройствами и разработать методику их использования в лечебной практике.

Материалы и методы исследования: Клинико-иммунологическим методом было обследовано 37 человек с аффективными расстройствами разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекур-рентные депрессивные расстройство (F33.2),

депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврас-тения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. Их мы разделили на 2 группы, из них в основной исследуемой группе 18 больных, в контрольной группе 19. Критериями включения в исследование являлось выраженное снижение иммунологических показателей иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)-соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, уровень иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. К алгоритму лечения контрольной группы подключили иммунокорригирующие препараты, разрешенных к клиническому применению в Узбекистане, на основании показателей клинического состояния больных. Иммунокорректоры проводились соответствующим курсом. Состояние каждого пациента оценивали до и после курса лечения. Первоначально забор крови проводили до начала терапии. Повторное взятие крови производили на 3-и сутки после окончания терапии.

Вывод: Полученные данные указывают на то, что после проведенного курса иммуномодуляторами картина иммунного

статуса значительно улучшилось, поднялся уровень иммуноглобулина (IgG), а также показатели лимфоцитов намного снизились и приблизились к норме. Общее состояние больных улучшилось, пациенты отмечали у себя прилив сил, повышения аппетита, уменьшение болей в суставах, купирование болей в горле, в носовых пазухах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ В РАБОТЕ КОСМЕТОЛОГА

Турсунова Дилрабо Қажоржон қизи, студентка 401-Б группы лечебного факультета ТГСИ

Научный руководитель: Ибрагимова Н.С. PhD, доцент кафедры предметов терапевтического направления N4

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Вульгарные угри (acne vulgaris) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Некоторые заболевания проявляются сходными симптомами, часто приводящими к неправильному лечению. Поскольку поражения на лице имеют как физические, так и психологические последствия, обеспечение своевременной постановки наиболее подходящего диагноза важно для достижения успешных результатов лечения.

Цель исследования: изучение особенностей клинических проявлений,

дифференциальной диагностики *acne vulgaris* и ошибок, которые могут быть допущены во время косметических процедур.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 40 пациентов с *acne vulgaris* и акнеформными высыпаниями, которые получали лечение у косметологов, но были недовольны результатом.

Результаты и обсуждение. После сбора жалоб, анамнеза, осмотра и всестороннего обследования был проведен дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз включал розацеа (при котором не наблюдаются комедоны), акне, индуцированные глюкокортикостероидами (при которых отсутствуют комедоны, а пустулы обычно находятся на одной стадии развития), периорифициальный дерматит (отсутствие комедонов, локализация, а также наличие зуда или жжения), малассезиозный (*Pityrosporum*) фолликулит (характеризуется сильным зудом, в основном оно поражает подбородок и боковые части лица). Таким образом, больным были выставлены следующие диагнозы: *acne vulgaris* - 35%; розацеа – 22,5%; периорифициальный дерматит 7,5%; стероидные акне - 15%; малассезиозный (*Pityrosporum*) фолликулит - 20%. А также в ходе обследования выяснилось, что косметологи допустили несколько ошибок, когда пациентам с папуло-пустулезной розацеа проводили химический пилинг, думая, что это акне. Механическая чистка лица проводилась при угревой сыпи в стадии обострения, что способствовало усугублению заболевания.

Заключение. Некоторые заболевания, связанные с поражениями кожи лица, легко принять за обыкновенные угри. Рассмотрение потенциальных вариантов акне и дифференциальных диагнозов заболеваний, которые чаще всего ошибочно за них принимают, может способствовать принятию клинических решений, которые облегчат получение пациентами соответствующего и эффективного лечения.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ КАК БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛИЦЕВЫХ БОЛЯХ

Туфлиев А.А., Нармахматов Б.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт
abdiraximovichazimjon@gmail.com

Введение. Актуальностью проблематики классической невралгии челюстно-лицевой области является наличие значительного болевого синдрома, возникающего за счет компрессии корешка или веточек тройничного нерва. Всемирная организация здравоохранения отмечает, что частота встречаемости доходит до предела 30-50 пациентов, а заболеваемость составляет 2-4 человека в пересчете на 100 000 населения.

В литературе встречается множество работ, посвященных различным видам. Однако недостаточно работ, посвященных консервативному лечению данной патологии. Следовательно, дальнейшее изучение этого вопроса имеет важное теоретическое и практическое значение. Дальнейшее изучение этого вопроса представляет большое медико-социальное значение.

Исследователи установили обязательный и успешный результат получают при диагностическом обследовании и терапии пациентов с данной патологией в высоко специализированных учреждениях стационарного или амбулаторного типа. Поскольку патология является многогранной с разным течением и болевым механизмом точно следует привлекать для участия в диагностике и лечении многих смежных специалистов, а именно стоматологов, невропатологов, работников физиотерапевтических методов и психологов. Болевые человеческие страдания – серьезная проблема настоящего времени, возможна исключительно при комплексном междисциплинарном подходе. Более углубленное раскрытие патофизиологических изменений в патологии лицевой области при подходе междисциплинарных позиций врачей различных профилей: стоматологов, неврологов, анестезиологов, рефлексотерапевтов, это позволит иметь четкое представление патогенеза лицевой боли, а также обязательном интегративном подходе использовать эффективную патогенетически обоснованное лечение.

Цель исследования

Повысить эффективность лечения лицевой боли путем применения метода радиочастотной абляции в качестве базисного компонента с учетом воздействия стоматологических нарушений.

Материалы и методы исследования

В рамках данного исследования проведен проспективный рандомизированный анализ клинического массива, собранного из 60 пациентов, принятых по обращению в амбулаторную поликлинику хирургического стоматологического кабинета период с 2020 по 2023 год с жалобами на болевые приступы в области лица и челюстей.

Правилом включения больных послужил факт присутствия болевого синдрома и факт отсутствия острой фазы развития зубочелюстной патологии.

Больные, которые были введены в исследование, рандомизированы. I группа пациентов вели по стандартному протоколу лечению, II группа - по предложенной схеме лечения. Срок наблюдения был 3 месяца, на прием вызывались три раза: при обращении, спустя от начала лечения в течение 1 месяца, затем в конце через 3 месяца.

Радиочастотная абляция (РЧА) базируется на физическом принципе генерации тока высокой частоты на активном электроде, за счет чего молекулы жидкости в тканях начинают колебаться, вызывая тем самым повреждение сенсорных (чувствительных) волокон нервов.

Существует два принципиально различных варианта методики РЧА: термоабляция и импульсная абляция. Суть термоабляции в том, что ткани в месте расположения электрода разогреваются до 80 °С, из-за чего возникает их повреждение размером около 10 мм в диаметре. Это приводит к различным гистологическим изменениям в нервном волокне: валлеровской дегенерации нервных волокон; разрывам базальной мембраны, периневрия; другим аксональным повреждениям. Следует сразу отметить, что основные зоны, на которых проводится РЧА, состоят из аксонов (длинных отростков нервных клеток). Все эти повреждения носят обратимый характер и, как правило,

проведение по нерву восстанавливается в течение 1–2 лет.

Результаты исследования. Пациенты с классической невралгией, которым проводили стандартное консервативное лечение, было 30 лиц, среди них мужчин было - 15, женщин - 15. В возрастном аспекте наблюдалось с 45 до 66 лет (средний возраст - $54,6 \pm 1,2$ лет). По возрастному цензу женщины и мужчины различались статистически значимо с достоверностью.

Длительность заболевания в среднем у 83,2% больных, которым вводили консервативную терапию наблюдалась 5,42 лет, а у остальных 16,8% больных - 3,13 месяца. У 13,56% больных заключительное обострение в среднем показало 12 дней, у 79,31% больных – 3 месяца и 10 дней, у 7,15% пациентов - 1 год и 8 месяцев.

Места болевых приступов преимущественно встречались в проекциях первой и второй ветвей иннервации встречались в 4,76% случаях, в области всех вместе трех ветвей тригеминального нерва в 4,76% случаях.

Наблюдаемая группа до лечения показатель ИБ (интенсивности боли) по ВАШ составил $9,48 \pm 0,25$, по шкале ВМ - $4,81 \pm 0,09$, характеризующие выраженный болевой синдром. По результатам оценки анкет ночного сна, как у больных, получавших консервативное лечение, так и у хирургических больных до лечения отмечалось нарушение сна. Среднее ее значение во 2 группе больных составило $19,71 \pm 0,71$. При оценке состояния больных по шкале депрессии Гамильтона до лечения была выявлена депрессия. Средний показатель по данной шкале составил $11,67 \pm 1,32$.

Импульсная РЧА проводилась с целью воздействия на смешанные (двигательные и чувствительные) волокна и эффективность лечения составила 90 % результативности.

Выводы. Комплексное лечение больных с НТН, сопровождающийся лицевыми болями необходимо осуществлять на основе мультидисциплинарного подхода при активном содействии врача-стоматолога и анестезиолога с совместным проведением методов регионарной анальгезии и радиочастотной абляции как базисной терапии.

Список литературы:

Азимова Ю. Э., Скоробогатых К. В. Боль в лице: клинический разбор //РМЖ. – 2017. – Т. 25. – №. 24. – С. 1764-1766.

Акмаева А. А., Васильева А. С., Ураев Д. А. Обзор методов лечения невралгии тройничного нерва //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2020. – Т. 10. – №. 1. – С. 31-31.

Алексеевец В. В. и др. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва //Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2016. – Т. 6. – №. 3. – С. 308-317.

Барулин А. Е. и др. Диагностика миофасциальной лицевой боли //Российский журнал боли. – 2020. – Т. 18. – №. 1. – С. 41-44.

Батищева Е. И., Лопушанская Т. А., Коцюбинская Ю. В. Лицевая боль как мультидисциплинарная проблема //XXI Давиденковские чтения. – 2019. – С. 27-

Грачев Ю. В., Шмырев В. И. Тригеминальная лицевая боль: систематика клинических форм, принципы диагностики и лечения //Лечащий врач. N. – 2008. – Т. 8. – С. 34-38.

Доронина О. Б., Доронина К. С., Доронин Б. М. К вопросу о диагностике и лечении орофациальной боли //Неврология Сибири. – 2018. – №. 1. – С. 23-29.

Махинов К. А. и др. Лицевая боль //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2015. – Т. 115. – №. 7. – С. 79-88.

Страчунская Е. Я. Лицевые боли сосудисто-нейрогенной природы //Смоленский медицинский альманах. – 2020. – №. 3. – С. 250-252.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Убайдуллаева Ш.М.¹, Аляви Б.А.¹, Латипов Н.М.¹, Кенжаев М.Л.², Кодирова Ш.К.².

1. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Узбекистан.

2. Ташкентская областная специализированная соматическая больница, г. Ташкент, Узбекистан.

Введение: Сахарный диабет (СД) является значительным фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), вызывая перегрузку объема левого желудочка, что может дополнительно ухудшить функцию левого желудочка (ЛЖ).

Цель: Цель исследования заключается в оценке диастолической дисфункции и продольной деформации миокарда (GLS) у пациентов с помощью ЭХОКГ, что помогает предсказать сердечно-сосудистые нарушения.

Материалы и Методы: В данное исследование были включены 105 пациентов в возрасте старше 50 лет имеющие в анамнезе СД более 8 лет. Параметры E/A, E/E' и E' измерялись методом TDI и традиционным 2D эхокардиографией; также были оценены следующие параметры: IVRT, IVCT, поток из легочных вен и поток из печеночных вен. Продольная деформация миокарда (GLS) и скорость деформации измерялись в проекциях AP4C, AP3C и AP2C.

Результаты: В нашем исследовании 93% пациентов имели нормальное значение GLS, а у 7% пациентов значение GLS было снижено. У 16% пациентов была нормальная диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), у 68% - ДДЛЖ I степени, и у 16% пациентов - ДДЛЖ II степени. ДДЛЖ не коррелирует с GLS у пациентов с сахарным диабетом.

Заключение: В результате нашего исследования мы обнаружили, что у пациентов с сахарным диабетом, включенных в наше исследование, наблюдалось высокое распространение диастолической дисфункции (ДД), что соответствует предыдущим данным о связи сахарного диабета и сердечно-

сосудистых заболеваний. Однако, мы не обнаружили корреляции между ДДЛЖ и продольной деформацией миокарда (GLS) у данных пациентов. Более того, большинство пациентов имели нормальное значение GLS, что может указывать на отсутствие явной связи между GLS и диастолической функцией у пациентов с сахарным диабетом.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БЕМОРЛАРИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИ ИНГИБИТОРЛАРИНИ БУЙРАК ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИ

Узакова Н.И, Сабиров.М.А.

Тошкент давлат стоматология институти.

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Узбекистан.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигини диабетга боғлиқ ривожланиши мавжуд беморларда 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторларини қўллаш билан буйрак фаолиятини яхшилаш орқали даволашни муқобиллаштириш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволанган ва кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, қандли диабет этиологияли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касаллигининг II ва III А-босқичидаги беморларнинг 103 нафари танлаб олинади. Улар тасодифий икки гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ (n-54) фақат анъанавий даво, яъни, сурункали буйрак касаллигини даволаш стандартларига мувофиқ терапия билан кифояланишган. 2-гуруҳга (n-47) эса анъанавий давога қўшимча 2-тип натрий-глюкоза котранспортери ингибиторлари сарасига мансуб эмпаглифлозин препаратини (эмпаглифлозин 10 мг 1 таб/сут.) уч ойга тавсия этилди. Барча беморлардан даволаш бошида ва тадқиқот сўнгида мочевина ва креатинин текширилди, шунингдек, креатинин асосида коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) ҳисобланди. Натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Диабетик нефропатия генезли сурункали буйрак касалликларида буйрак фаолияти кўрсаткичлари турли даволаш схемалари фонида қуйидаги манзарани намоён этди. 1-гуруҳда мочевина тадқиқот бошида $12,1 \pm 0,85$ ммоль/л. бўлиб, тадқиқот сўнгида $10,44 \pm 0,47$ ммоль/л.га ишончсиз пасайди. 2-гуруҳда эса мочевина тадқиқот бошида $12,5 \pm 0,89$ ммоль/л.ни ташкил этиб, уч ойдан сўнг ушбу қиймат $9,2 \pm 0,38$ ммоль/л.гача ишончли ($p < 0,01$) пасайгани кузатилди. Креатинин 1-гуруҳда тадқиқот бошида $156,1 \pm 6,13$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, даволашдан кейин $138,2 \pm 6,2$ мкмоль/л.га кам ишончли ($p < 0,05$) пасайган бўлса, 2-гуруҳда креатинин тадқиқот бошида $157,6 \pm 5,73$ мкмоль/л. бўлиб, тадқиқот якунида ушбу қиймат $129,6 \pm 5,98$ мкмоль/л.гача ишончли ($p < 0,01$) камайгани кузатилди. Буйрак фаолиятини белгиловчи энг ишончли градиентларидан бўлган КФТ 1-гуруҳ беморларида тадқиқот бошида $49,3 \pm 1,74$ мл/дақ.ни ташкил этиб, даволашдан сўнг $56,7 \pm 2,21$ мл/дақ.га кам ишончли ($p < 0,05$) ошди. Ушбу

кўрсаткич 2-гурӯҳда тадқиқот бошида $48,7 \pm 1,79$ мл/дақ. бўлиб, тадқиқот якунида КФТ $62,7 \pm 1,73$ мл/дақ.гача ишончли ($p < 0,001$) кўтарилгани кузатилди.

ХУЛОСА.

1.Диабетик нефропатия беморларида буйрак дисфункцияси кузатилади ва у шикастланади ва у қон зардобида мочеви́на ва креатинин миқдорини ортиб кетиб, КФТ қийматини пасайиши билан кечади.

2.Диабетик нефропатия генезли сурункали буйрак касаллигини даволашда эмпаглифлозин тавсия этилганида препаратининг нефропротектив самараси буйрак фаолиятини белгиловчи кўрсаткичлар ижобий томонга силжиши, яъни, қон зардобида мочеви́на ва креатинин миқдорини сезиларли пасайиб КФТ қийматини кўтарилиши билан намоён бўлади.

РОЛЬ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Улжабоев Фаёзбек студент 302-а группы стом.ПИМУ

Научный руководитель: ассистент **Мирзаахмедова Н.А.** Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

Введение Пищевая аллергия является актуальной проблемой в нашей жизни. Интерес исследователей к пищевой аллергии существенно возрос за последние годы в связи с резким ростом этой патологии среди детей раннего возраста в Узбекистане.

Цель: Изучение роли и этиологической значимости пищевых аллергенов в механизме аллергических заболеваний, разработка дифференциальных критериев аллергических и псевдо аллергических реакций на пищу с целью назначения адекватной терапии.

Материал и методы: Изучены и проанализированы 20 детей до 15 лет. Из них 10 девочек и 10 мальчиков. Для оценки состояния больных анализировались наличие пищевых аллергенов и качество питания.

Результаты: Однако совершенно очевидно, что пищевая аллергия обычно возникает у детей до 15 лет . Частота встречаемости пищевой аллергии выражается в соотношении троих детей на одного взрослого. Известно, что в детском возрасте пищевая аллергия выявляется у девочек приблизительно в 7 раз чаще ,чем у мальчиков. При исследовании выявлялось, что аллергия к продуктам животного происхождения чаще возникает у детей до 6 лет, а аллергия к продуктам растительного происхождения чаще всего возникают в возрасте старше 6 лет и у взрослых.

Распространённость аллергии к белкам коровьего молока составляет 0,21 % у новорожденных и 0,35% в глубоко недоношенных младенцев, а заболеваемость выше у детей раннего возраста 5%, чем у более старших детей

Среди больных бронхиальной астмой в 8% случаев имеется приступы с пищевым аллергеном, а среди больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы распространённость аллергия к продуктам

питания выше ,чем среди лиц, не страдающих этой патологией, и колеблется от 5 до 50% .

Выводы: При заключении наших исследований практически любой пищевой продукт может стать аллергеном и причиной развития пищевой аллергии, однако одни продукты питания обладают выраженными аллергизирующими свойствами, а другие имеют слабую сенсibiliзирующую активность. Более выраженными сенсibiliзирующими свойствами обладают продукты белкового происхождения, содержащие животные и растительные белки, хотя прямая зависимость между содержанием белка и аллергенностью продуктов отсутствует.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В МЕДИЦИНЕ

Умаров Х. Д. Расулов А. Д. Каримуллаева Б. У. студенты 302-А МО. фак. ТГСИ

Научный Руководитель: Ассистент Шукурова Л.Х

Кафедра: Внутренние болезни. Клиническая фармакология

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан

Введение:

Острая почечная недостаточность (ОПН)- это резкое, внезапное нарушение всех внутрпочечных функций: гемо- и гидродинамики, клубочковой фильтрации, канальцевой секреции и реабсорбции. В результате нарушается гомеостаз, что проявляется гиперазотемией, глубокими нарушениями водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, артериальной гипертензией, анемией. Признаки:

уменьшение количества выделяемой мочи, олигоурия, дизурия; общая заторможенность, сонливость; тошнота, рвота, снижение аппетита; тахикардия, повышение давления; вздутие живота, жидкий стул. Выделяют такие виды почечной недостаточности как: острое повреждение почек – до 7 дней; острую болезнь почек – от 7 до 90 дней; хроническую болезнь почек – от 90 дней

Цель исследования: Поиск новых тактических решений в лечении больных острой почечной недостаточностью. Острая почечная недостаточность является важной социально значимой медицинской проблемой.

Материалы и методы исследования:

Заболевания почек являются одними из самых распространенных проблем которые практически не поддаются самостоятельному диагнозу. В Узбекистане количество детей с различными патологиями почек за последние несколько лет значительно увеличилось. По данным статистики ВОЗ, каждый десятый житель страдает какой-либо нефроурологической патологией. Эти данные не могут не пугать, ведь почки одни из тех органов, которые обуславливают чистоту организма.

Результаты:

Определение точности правильной работы почек подтверждаются данными лабораторной диагностики.

Основной метод это- биохимический анализ крови с определением показателей общего белка, креатинина, мочевины, калия, натрия, кальция, фосфора. Для подбора правильного лечения может потребоваться расширенное обследование:

- общий анализ мочи (при наличии мочевого выделения);
- биохимический анализ мочи;
- общий анализ крови;
- показатели системы свертывания крови.

Для упрощения диагностики в 2012 году эксперты предложили использовать 3 основных симптома:

- увеличение уровня креатинина в сыворотке крови на 0,3 мг и более за 48 часов;
- повышение креатинина в крови более чем в 1,5 раза от исходного уровня за последние 7 дней;
- показатель диуреза менее 0,5 мл/ кг/час в течении 6 и более часов.

Если у пациента есть хотя бы один из вышеназванных симптомов, то острая недостаточность функции почек присутствует со 100% вероятностью и лечение нужно начинать в кратчайшие сроки. Если диагностика подтвердила, что у пациента почечная недостаточность протекает в острой форме, то его немедленно помещают в стационарное отделение лечебного учреждения. В этом случае пациенту проводится обязательная медикаментозная терапия для стабилизации состояния пациента и нормализации функций почек.

Выводы:

При лечении ОПН последовательно решаются следующие вопросы:

- 1) можно ли ликвидировать прerenальную и постренальную ОПН путем устранения причин ее возникновения
- 2) при невозможности п. 1 необходимо обеспечить эволюемическое состояние и нормализовать сердечный выброс;
- 3) при соблюдении п. 2 и отсутствия эффекта целесообразно назначение диуретиков и почечных вазодилататоров;
- 4) соблюдение адекватного парентерального питания.

Ученые считают, что прerenальная ОПН быстро корригируется при восстановлении почечного кровотока и фильтрационного давления. Состав растворов для инфузионной терапии зависит от источника потери жидкости. Гиповолемия, вследствие тяжелой геморрагии, обычно восполняется эритроцитарной массой, в то время как физиологический раствор применяется при потере плазмы. Жидкость, теряемая с мочой и через ЖКТ, всегда гипотонична, и для заместительной терапии обычно применяются гипотонические растворы, такие как 0,45% солевой раствор или 5% раствор декстрозы. Некоторые русские учёные полагают, что в случае прerenальной ОПН важно направить усилия на устранение факторов, вызвавших острую

сосудистую недостаточность или гиповолемию, отменить лекарства, индуцирующие преренальную ОПН (нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы АПФ, сандиммун). Для выведения из шока и восполнения ОЦК используют введение больших доз стероидов, декстраны (полиглюкин, реополиглюкин), плазму крови, раствор альбумина.

ЭНДОМЕТРИОЗ – ПРИГОВОР?

Хаимов Ё.-И. Ю., студент 301а гр. МО ЛД ТГСИ

Научный руководитель: Дон А. Н., доцент кафедры физиологии и патологии

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан.*

Актуальность.

Эндометриоз – это хроническое состояние, которое охватывает до 10% (400 млн) женщин в репродуктивном возрасте. Он становится актуальной и проблематичной темой для современной медицины. Эндометриоз ограничивает социальную и профессиональную активность женщин, влияя на их качество жизни и репродуктивное здоровье. Эндометриоз характеризуется сильной болью во время менструации, полового акта, акта дефекации и/или мочеиспускания, хронической тазовой болью, вздутием живота, тошнотой и повышенной утомляемостью. Исследования и понимание этого заболевания является одним из самых актуальных медицинских вопросов на данный момент, и его решение остается приоритетным для современного общества. Вопрос о том, является ли эндометриоз приговором или нет, требует серьезного обсуждения среди медицинского сообщества и общественности в целом.

Цель исследования.

Цель данной статьи – обратить внимание на проблему эндометриоза, выявить ключевые аспекты этиологии этого заболевания, его клинической картины, диагностики и лечения. Привлечь внимание медицинского сообщества к этой распространенной, но недостаточно исследованной патологии. И главное понять, является ли все-таки эндометриоз приговором в наше время.

Материалы и методы

Для создания данного обзора были изучены данные из многочисленных научных исследований и рецензируемых статей, размещенных в открытом доступе интернет-ресурсов научных платформ, журналов, сборников, монографий. Был проведен аналитический обзор публикаций и литературных источников в базах данных PubMed, Medline, Web of Science и Cochrane Library.

Результаты и обсуждение

Эндометриоз — это хроническое гинекологическое заболевание, характеризующееся присутствием эндометриальной ткани за пределами полости матки. Однако, точные механизмы его развития остаются предметом исследований (*Bulun SE. Endometriosis. New England Journal of Medicine. 2009*). Существуют различные гипотезы относительно механизмов развития эндометриоза, включая ретроградную миграцию эндометриальных клеток, иммунные дисфункции и генетические факторы. Клинические проявления

эндометриоза могут значительно варьироваться от легкой дискомфортности до интенсивной боли и бесплодия, что делает его сложным для диагностики и лечения (Burney RO, Giudice LC. *Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. Fertility and Sterility*. 2012). Пелвическая боль, дисменорея, диспареуния и аномальное кровотечение могут быть характерными признаками этого заболевания. Однако у некоторых пациенток эндометриоз может протекать бессимптомно, что усложняет его диагностику. Не всегда больной эндометриозом стоит говорить об ее диагнозе, если патология незначительна и не развивается. Ведь пациентка может начать сильно переживать из-за своего диагноза. Диагностика эндометриоза требует комплексного подхода, включая анамнез, клинический осмотр и инструментальные методы. Основные методы диагностики включают клинический осмотр, ультразвуковое исследование и лапароскопию, которая остается золотым стандартом для подтверждения диагноза («Эндометриоз. Диагностика и лечение»; К.В. Андреева, Н.М. Садовникова, И.М. Баранов; 2014). Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография являются полезными для визуализации аномалий, связанных с эндометриозом, однако лапароскопия остается главным методом подтверждения диагноза. Лечение эндометриоза может включать медикаментозную терапию для уменьшения симптомов и хирургические вмешательства для удаления пораженной ткани. Однако, эффективность лечения может различаться в зависимости от степени тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента («Эндометриоз: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения»; В.А. Рубин, В.Л. Тарасенко, В.П. Тряпцын; 2015). Обсуждение эндометриоза требует внимания к психологическим и социальным аспектам, которые могут существенно влиять на качество жизни пациенток. Психологическая поддержка и консультации могут оказаться не менее важными, чем медицинское лечение, для помощи женщинам справиться с негативными эмоциями и стрессом, связанными с этим состоянием.

Заключение

Эндометриоз остается серьезной медицинской проблемой, требующей дальнейших исследований и разработки современных методов диагностики. Понимание его патогенеза и методов лечения могут значительно улучшить качество жизни женщин, страдающих от этого заболевания. Хотя эндометриоз может казаться приговором для женщин, столкнувшихся с этой патологией, он не должен определять их жизнь полностью. Современная медицина предлагает широкий спектр инструментов и методов для контроля над этим заболеванием. Важно продолжать исследования и повышать осведомленность об этом заболевании, чтобы помочь женщинам справиться с вызовами, которые оно представляет.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ

Халилов Д. Р.- клинический ординатор 1 курса кафедры нервных болезней.
Народной медицины
Научный руководитель: Абдуллаева М.Б.- доцент кафедры нервных

Актуальность: Полинейропатии (ПНП) относятся к числу самых распространенных болезней периферической нервной системы. Это группа заболеваний, характеризующаяся множественным и диффузным поражением корешков, сплетений и периферических нервов. В зависимости от того, какие нервные волокна в большей степени вовлекаются в патологический процесс, возникают следующие жалобы: чувствительные симптомы: пациента беспокоят онемение, покалывание, жжение, "ползание мурашек" в кистях и/или стопах; неустойчивость при ходьбе, усиливающаяся в темноте и при закрывании глаз; двигательные симптомы: развивается неловкость, слабость в кистях и/или стопах; похудание мышц рук и ног; нарушение мелкой моторики (сложности при застегивании пуговиц и молнии, завязывании шнурков и т.д.); затруднения при ходьбе ("шлепанье" стоп, трудности при подъеме и спуске с лестницы и т.д.); вегетативные симптомы: колебание цифр артериального давления, "перебои" в работе сердца, запоры или диарея, сухость кожи или повышенная потливость, снижение либидо, нарушение эрекции. Кроме вышеуказанных причиной данного заболевания могут быть: применение нейротоксичных препаратов, проведение химиотерапии интоксикация солями тяжелых металлов, некоторые хронические соматические заболевания с явлениями недостаточности печени, почек, заболевания эндокринных органов, например, щитовидной железы.

Цель работы. изучить динамику поражения периферической нервной системы при различных полиневропатиях. На основании анализа показателей лабораторно-диагностических методов, неврологического осмотра, ведущих клинических симптомов и результатов оценочных шкал, разработать наиболее эффективные вмешательства для лечения полинейропатий.

Материалы и методы: Участниками исследования стали 80 взрослых в возрасте 40 лет и старше, у которых выполняли стандартизированное обследование с целью выявления периферической нейропатии. ЭНМГ. Электронейромиография для оценки функционального состояния периферических нервов. ВАШ (визуально-аналоговая шкала) от 0 до 10 баллов.

Total Neuropathy Score (TNS)O - общий балл по шкале невропатии. TNS оценивает симптомы сенсорной, моторной и автономной невропатии и может быть полезен для отслеживания изменений с течением времени.

Результаты и обсуждение: Среди наиболее часто регистрируемых неврологических жалоб были случаи боли и сенсорных нарушений. Хронический болевой синдром, сохраняющийся более трех месяцев, поразил всех обследованных пациентов. Согласно оценкам с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), интенсивность боли в покое была зарегистрирована на уровне 4 [3;6] баллов, демонстрируя статистически значимое увеличение ($p = 0,002$) до 7 [5;9] баллов во время физической активности. Первичные места локализации боли у пациентов были преимущественно в костных структурах, таких как ребра,

лопатки, ключицы или позвоночник, затронув 104 человека (94,5%). О невропатической боли сообщили только 6 пациентов (5,5%) среди тех, кто испытывал болевые симптомы. Сенсорные нарушения были отмечены у 31 пациента (28,2%), при этом 19 человек сообщили о периодическом появлении жалоб и 12 человек испытывали постоянные сенсорные нарушения. Симптомы, указывающие на снижение чувствительности, включая снижение чувствительности и онемение пальцев рук, ступней и ладоней, наблюдались у 8 пациентов, причем 6 из них сообщили о симптомах в нижних конечностях и 2 - в верхних конечностях. Восемь пациентов сообщили о таких симптомах, как раздражение, характеризующееся покалыванием, ощущением мурашек или жжения, локализованных в кистях или стопах. Среди этих пациентов у шести наблюдались симптомы преимущественно в нижних конечностях, в то время как у двух были зарегистрированы симптомы в верхних конечностях. Двигательные симптомы в сочетании с сенсорными симптомами наблюдались у 14 пациентов с полиневропатии (12,7%). Среди этих пациентов четверо сообщили о жалобах на двигательные симптомы, характеризующиеся неуклюжестью в пальцах рук, в то время как двое испытывали неуклюжесть в ногах. Мышечные спазмы, указывающие на двигательные симптомы раздражения, были отмечены четырьмя пациентами в нижних конечностях, двумя пациентами в верхних конечностях и двумя пациентами как в верхних, так и в нижних конечностях. Кроме того, две пациентки сообщили об одновременных двигательных симптомах выпадения и раздражения в дистальных отделах как верхних, так и нижних конечностей.

По результатам электронейромиографии (ЭНМГ) у 14 пациентов (12,7%) патологии выявлено не было. Однако признаки симметричных дистальных полиневритических поражений исследуемых нервов наблюдались на нижних конечностях у 42 пациентов (38,1%) и как на верхних, так и на нижних конечностях среди остальных пациенток (87,2%).

Выводы: Среди наиболее часто регистрируемых неврологических жалоб были боль и сенсорные нарушения. Поразительные 80,9% пациентов испытывали хронический болевой синдром продолжительностью более трех месяцев, при этом интенсивность боли значительно возрастала во время физической активности. Боль была преимущественно локализована в костных структурах, поражая значительное большинство пациентов, в то время как невропатическая боль встречалась реже. Сенсорные нарушения были отмечены у значительной части пациентов, причем некоторые из них периодически жаловались, а у других наблюдались стойкие сенсорные нарушения. Симптомы, указывающие на снижение чувствительности, включая покалывание, ощущения покалывания и жжения, были преобладающими, особенно в конечностях. Двигательные симптомы в сочетании с сенсорными симптомами наблюдались у подгруппы пациентов, демонстрируя неуклюжесть и мышечные спазмы, указывающие на двигательное раздражение. Неврологические обследования выявили значительные колебания вибрационной и температурной чувствительности, наряду с нарушениями тактильных ощущений у некоторых пациентов. Глубокая рефлекторная оценка выявила симметричное снижение

различных рефлексов, при этом у некоторых пациентов наблюдалось полное подавление рефлексов. Примечательно, что у значительной части пациентов были выявлены полиневритические расстройства, характеризующиеся снижением чувствительности аксонов и нарушением глубоких рефлексов в дистальных отделах конечностей.

ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ПРОЛАКТИНОМАМИ.

Халимова З.Ю., Сафарова М.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Особенностью ПРЛ, которая отличает ее от других гормонально активных аденом гипофиза, является то, что они являются наиболее восприимчивыми к медикаментозной терапии агонистами дофаминовых (АД) рецепторов, которая в большей части случаев позволяет добиваться стабилизации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли. При этом существует доля больных ПРЛ, которые неудовлетворительно реагируют даже на терапию высокими дозами АД, то есть они являются резистентными к действию данной группы препаратов. Их доля достигает приблизительно 10-15%. При этом следует отметить, что до сих пор нет единого толкования самого понятия «резистентность к терапии АД». В связи с вышеизложенным, остается чрезвычайно актуальным вопрос о факторах, причинах и патогенезе развития резистентности к лечению АД, способах своевременной диагностики данного состояния, а также методах преодоления резистентности.

Материал и методы. Научная работа проводилась в период 2021-2024 годов. В рамках исследования на базе Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Эндокринологии имени академика Ё.Х.Туракулова МЗ РУз проводились клинический, визуализационный и лабораторные этапы исследований.

По результатам отбора была сформирована общая выборка случаев ПРЛ в количестве 128 пациентов, средний возраст составил $44,2 \pm 8,7$ лет. В общей выборке пациентов с ПРЛ преобладали женщины (64,06%).

Для определения уровня макропролактина использовался метод ПЭГ-преципитации. Для количественной оценки биологически активного пролактина сыворотки крови были обработаны ПЭГ 6000 (0,25 мл сыворотки смешивалось с равным объемом 25 % (wt/vol) ПЭГ в буфере (pH 7.4) и оставлялось на 30 минут при комнатной температуре). После центрифугирования (1500 об/30 мин) определялся количественный уровень биоактивного пролактина. Количество макропролактина определялось путём вычитания показателей биоактивного пролактина из общего пролактина.

Результаты. Наиболее значимым в диагностике ПРЛ являлось определение уровня пролактина в сыворотке крови. Данные таблицы показывают, что уровень пролактина у пациентов с резистентностью к терапии АД существенно выше по сравнению с пациентами, чувствительными к терапии. В группе с

резистентностью к терапии АД отмечается более широкий разброс значений, что может свидетельствовать о более высокой вариабельности уровня пролактина. В группе с резистентностью к терапии АД как среднее значение, так и стандартное отклонение выше, что может указывать на более разнообразные и изменчивые результаты.

Отмечено, что статистически значимых различий между группами не выявлено при $p < 0,05$. Несмотря на различия в показателях, эти различия не достигают уровня статистической значимости при выбранном уровне значимости. Это означает, что различия необязательно представляют собой реальные различия между группами. Также были проанализированы данные с разделением пациентов в зависимости от пола. Прослеживалась тенденция к более высокому уровню пролактина у мужчин, чем у женщин как в группе пациентов с чувствительными пролактиномами, так и в группе с резистентными ПРЛ.

Таким образом, уровень общего пролактина различен у пациентов с ПРЛ в зависимости от чувствительности или резистентности к терапии АД. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более высокие средние значения, более высокую медиану и больший разброс данных по сравнению с группой, чувствительной к терапии. Статистическая значимость не подтверждена, что требует дополнительных исследований и учета других факторов, которые могут влиять на уровень.

О состоянии макропролактинэмии можно говорить, если содержание big-big-пролактина, или высокомолекулярного макропролактина в сыворотке крови составляет более 60%. Если же его содержание менее 60%, то состояние расценивается как "истинная гиперпролактинемия". Исследование показало, что среди 128 пациентов с ПРЛ не было выявлено случаев макропролактинэмии и во всех случаях имело место истинная гиперпролактинемия. При этом особый интерес представляло количественное определение содержания (%) и уровня макропролактина методов вычета из общего содержания пролактина низкомолекулярного биопролактина, содержание которого было определено с помощью ПЭГ.

Результаты показали, что уровень высокомолекулярного пролактина выше у пациентов с ПРЛ, чувствительной к терапии АД, по сравнению с теми, у кого резистентность к терапии. Оба показателя (процент и концентрация) достаточно высоки, но в группе с резистентностью к терапии АД наблюдается немного более низкий максимальный уровень. Средние значения указывают на существенное различие в уровне высокомолекулярного пролактина между двумя группами. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более низкий средний процент, но более высокую среднюю концентрацию. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более высокое стандартное отклонение, что свидетельствует о большем разбросе данных и более значительной вариабельности в уровне высокомолекулярного пролактина. Уровень высокомолекулярного пролактина различен у пациентов в зависимости от чувствительности или резистентности к терапии АД. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более низкий средний процент, но более высокую среднюю концентрацию и больший разброс

данных.

Результаты показали, что уровень низкомолекулярного пролактина выше у пациентов с ПРЛ, резистентной к терапии АД, по сравнению с теми, у кого чувствительность к терапии. Оба показателя (процент и концентрация) являются относительно высокими, но в группе с резистентностью к терапии АД наблюдается более высокий максимальный уровень. Средние значения указывают на значительное различие в уровне низкомолекулярного пролактина между двумя группами. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более высокий средний процент и среднюю концентрацию. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более высокое стандартное отклонение, что свидетельствует о большем разбросе данных и более значительной вариабельности в уровне низкомолекулярного пролактина. Уровень низкомолекулярного пролактина различен у пациентов в зависимости от чувствительности или резистентности к терапии АД. Группа с резистентностью к терапии АД имеет более высокий уровень среднего процента, средней концентрации и больший разброс данных.

Коэффициент корреляции Пирсона оказался равен $-0,615$. Отрицательное значение коэффициента указывает на обратную связь между уровнем общего пролактина и содержанием высокомолекулярного макропролактина. Чем выше один параметр, тем ниже другой, и наоборот. В данном случае, чем выше уровень общего пролактина, тем ниже содержание высокомолекулярного макропролактина, и наоборот. Коэффициент корреляции Пирсона показывает умеренную обратную связь между уровнем общего пролактина и содержанием высокомолекулярного макропролактина.

Коэффициент корреляции Пирсона был равен $-0,570$. Отрицательное значение коэффициента указывает на обратную связь между содержанием высокомолекулярного макропролактина и степенью инвазии пролактиномы. То есть, чем выше содержание высокомолекулярного макропролактина, тем ниже степень инвазии пролактиномы, и наоборот. Коэффициент корреляции Пирсона указывает на умеренную обратную связь между содержанием высокомолекулярного макропролактина и степенью инвазии пролактиномы. Статистика z и доверительные интервалы подтверждают статистическую значимость и направление корреляции.

Вывод. Установлено, что для пациентов с резистентной ПРЛ помимо более высокого среднего значения уровня общего пролактина ($387 \pm 213,1$ нг/мл) была характерно более низкая доля высокомолекулярного макропролактина (150-170 кДа) ($37,8 \pm 6\%$) и более высокая доля низкомолекулярного биологически активного пролактина (23 кДа) ($62,2 \pm 6\%$).

МОНИТОРИНГ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хамидова К.Д., Дон Н., студенты Факультета международного образования,
направление стоматология

Научный руководитель: к.м.н., доцент Дон А.Н.

Кафедра физиологии и патологии

Актуальность. Исследования по поиску гиполипидемических и антиатеросклеротических препаратов из растительного сырья имеют большое значение для современной медицины, учитывая все большее распространение сердечно-сосудистых заболеваний в мире. Хедерагенин, как простетическая часть тритерпенового сапонина ладыгинозида, синтезированного из корней *Ladiginia bucharica*, представляет собой интересный объект для дальнейших исследований.

Цель исследования. Имея растительное происхождение, хедерагенин является биологически активным веществом, которое может оказать положительное воздействие на метаболизм липидов и процессы атеросклероза. Исследования в данной области имеют целью выявить возможные механизмы действия хедерагенина как активного компонента сапонинов на функциональную морфологию щитовидной железы.

Материалы и методы. Объекты исследования: 37 половозрелых беспородных самцов весом к началу опыта 2,1 – 3,0 кг. Животные разделены на 2 группы. 18 животных 1-ой группы получали перорально хедерагенин в дозе 0,002 г/кг веса, 19 – составили контроль. Каждая группа была разделена на 3 подгруппы по срокам эксперимента: 7, 15 и 30 суток.

По традиционной технологии готовились микропрепараты щитовидных желез. Функциональная морфология щитовидной железы оценивалась с помощью тест-точковых морфометрических алгоритмов по Автандилову Г.Г. (1973). Учитывались: средний диаметр фолликулов, средняя высота фолликулярного эпителия. Выводился индекс накопления коллоида – «Фолликул/Эпителий» («Ф/Э»).

Средний диаметр фолликулов, мкм

«Ф/Э» = -----

Удвоенная средняя высота фолликулярного эпителия, мкм

Результаты и их обсуждение. Выявлено типичное для региона нормальное строение щитовидной железы животных контрольной группы, что является важным стартовым пунктом для дальнейших исследований и позволяет обеспечить базовую основу для анализа изменений и эффектов эксперимента. При этом, средний диаметр фолликулов составил $76,15 \pm 1,74$ мкм, средняя высота фолликулярного эпителия $4,26 \pm 0,08$ мкм. Индекс «Ф/Э» был равен $9,26 \pm 0,28$ условных единиц.

В опытной группе выявлено снижение величины фолликулов. В 7 суток опыта средний диаметр фолликулов равнялся $65,91 \pm 7,84$ мкм, средняя высота фолликулярного эпителия - $6,21 \pm 0,84$ мкм. Индекс «Ф/Э» - $5,82 \pm 1,64$ условных единиц.

Через 15 дней опыта величина этих показателей была соответственно равна: $63,67 \pm 3,75$ мкм, $6,73 \pm 0,40$ мкм, $4,90 \pm 0,64$. И на 30-е сутки - $60,29 \pm 6,09$ мкм,

$6,76 \pm 0,48$ мкм, $4,58 \pm 0,73$.

У экспериментальных кроликов было отмечено нарастание показателей, увеличение которых свидетельствует о повышении морфофункциональной активности железы. Изменялись и дескриптивные показатели: интрафолликулярный коллоид разжижался, имел фестончатые края, местами встречался «вспененный» коллоид. Увеличение высоты эпителия фолликулов сопровождалось ростом объема межфолликулярного эпителия и сосудов стромы.

Обсуждая результаты исследования, уместно отметить, что у экспериментальных кроликов, в сравнении с животными контрольной группы, отмечается рост значения показателей, увеличение которых, с точки зрения общепринятых парадигм, свидетельствует о повышении морфофункциональной активности железы. При этом зафиксировано статистически значимое понижение тех из них, которые указывают на однонаправленность процесса - средний диаметр фолликулов, индекса «Ф/Э». Увеличение сроков опыта до 15 и 30 дней сопровождается более отчетливой манифестацией описанных выше изменений.

Выводы. Оценка функциональной морфологии щитовидной железы с помощью морфометрических алгоритмов, основанных на применении тест-точечного метода получения количественных показателей, позволила получить точные сведения. Полученные данные об изменении гистофизиологических показателей под воздействием хедерагенина, вызывающего увеличение морфофункциональной активности щитовидной железы, представляют интересные результаты эксперимента. На 7-й сутки после введения хедерагенина уже наблюдаются изменения в гистоструктуре щитовидной железы, которые становятся более выраженными на 15-й сутки и достигают пика на 30-й сутки.

Этот вывод говорит о возможной способности хедерагенина влиять на функциональную активность и структуру щитовидной железы в течение определенного периода времени. Изменения в гистофизиологических показателях могут быть связаны с различными механизмами действия вещества на клетки и ткани железы. Детальное изучение этих изменений на различных временных отрезках после введения хедерагенина позволяет понять динамику воздействия вещества на щитовидную железу и выделить возможные ключевые моменты в этом процессе. Эти результаты могут быть важны для дальнейших исследований в области влияния хедерагенина на эндокринную систему и ее функции.

ПОСТТРАВМАТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИ ДАГНОСТИКАСИНИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

*Хикматова Ш.Ш. Асаб касалликлари. Халқ таъобати кафедраси таянч
докторанти*

*Илмий раҳбар: Хайдаров Н.К. Асаб касалликлари. Халқ таъобати
кафедраси профессори*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Посттравматик энцефалопатия (ПЭ)- психик ва неврологик бузилишларни шундан иборат, бош миёна жароҳатидан сўнг, миёна ётламларида бир ёки бир неча йиллар давомида ривожланидиган атрофик, дистрофик ва дегенератив ўзгаришларни ўз ичига олади. ПЭ белгилари ва зарарланиш даражаси беморнинг ёшига, бош миёна жароҳати даражасига, даво муолажаларининг қандай таъсир килганлигига, бош миёна ён томирларидаги ўзгаришларга, сурункали ҳамда алкоголь интоксикациялар таъсирига боғлиқ. Бош миёна жароҳатлари нейротравматологияда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири ва ҳозирги кундаги тиббиётнинг долзарб муаммоси ҳисобланади. Нейротравматологиядаги жароҳатларнинг 80% енгил бош миёна жароҳатлари ҳисобланади, турли хил мамлакатларда ўртача 1.000.000 аҳолининг 120 дан 300 тагача инсонларда учрайди. Бундан ташқари ҳозирги кундаги урбанизация, шаҳар йўлларида транспорт воситаларининг кўпайиши сабабли бош миёна жароҳатлари, ҳамда жароҳатлардан сўнг келиб чиқадиган посттравматик энцефалопатия ҳам энг долзарб муаммога айланиб бормокда. Бош миёналарда турли травмадан сўнг келиб чиқадиган асоратлар беморларни ҳаёт сифатини ёмонлаштириб, ижтимоий адаптациясини қийинлаштиради. Бош миёна жароҳатлари айниқса ёш инсонларда кўпроқ кузатилиши кўплаб ижтимоий муаммоларни келтириб чиқаради. Шу сабабли бундай беморларни даволаш ва даво тактикасини такомиллаштириш зарур вазифага айланди.

Илмий тадқиқот мақсади: Посттравматик энцефалопатияларнинг ривожланишини баҳолаш ва самарали диагностика қилиш, ҳамда даво чораларни ишлаб чиқишдан иборат. Тиббиётда бош миёна жароҳатларидан кейин келиб чиқадиган посттравматик энцефалопатия ҳолатлари турли ёшдаги инсонларда, шунингдек ёш болаларда тез-тез учраб туради, ва инсоннинг кундалик ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатиб, унинг ижтимоий адаптациясини қийинлаштиради. Бу эса, давлат миқёсида турли ижтимоий ва маънавий муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Шу сабабли, бундай беморларда касалликнинг диагностикаси, даволаш йўналишларини такомиллаштириш тиббиётнинг зарур вазифаларидан бирига айланди.

Илмий тадқиқот материаллари ва усуллари: Посттравматик энцефалопатия билан хасталанган 100 та беморнинг клиник ҳолати ва даволаш самарадорлиги таҳлил қилинди. Даволаш стандартлари бўйича фарқланадиган текширувчилар асосий ва назорат гуруҳларига ажратилиб, оддий рандомизация усули орқали текширув ўтказилди. Клиник кузатувлар Тошкент вилоят ихтисослаштирилган соматика шифохонасининг неврология бўлимида ўтказилди. Соғлиқни сақлаш тизими амалиётида тавсия этилган соҳалар бўйича нерв тўқималари ўсиш омили (NGF) қийматлари концентрациясини ҳисобга олган ҳолда, посттравматик энцефалопатия билан хасталанган беморларнинг реабилитация потенциалини баллар асосида баҳолаш таклиф этилди; нейротрофик омилларнинг таркибини таҳлил қилиш орқали неврологик етишмовчиликнинг даражаси, кундалик иш фаоллиги ва ишемик посттравматик энцефалопатияларнинг ногиронлик даражаси объектив баҳоланди;

Посттравматик энцефалопатиялар билан оғриган беморларни даволаш тактикасида комплекс даволаш сифатида Липосом форте препаратини ўз ичига

олган ҳолда даволаш чоралари кейнгайтирилди. Хозирги кунда посттравматик энцефалопатия билан хаста беморларни стандарт даво муолажалари билан даволагандан сўнг ҳам, баъзи бир беморларда етарли самара бермаганлиги ва асоратлар қолаётганлиги сабабли давони такомиллаштириш мақсадида синтетик фосфолипид бўлган - Липосом фортени таъсирини ўрганиш учун беморлар асосий 2 гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳга 30 та посттравматик энцефалопатия билан хасталанган беморларга учун стандарт даво тавсия этилди;

2-гуруҳга 30 та посттравматик энцефалопатия билан хасталанган беморларга стандарт давога қўшимча равишда Липосом форте препаратини касалхонага ётқизилган кундан бошлаб, 28мг/2мл дан кунда 1 маҳал 24 соатлик интервал билан 10 кун давомида мушак остига юборилди.

Тадқиқот давомийлиги 4 ойни ташкил қилди. Бу ҳар иккала гуруҳда даводан олдин МРТ ва ЭЭГ текширувлари, даводан сўнг ЭЭГ текшируви ўтказилди, ҳамда когнитив фаолияти ва беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари сўровномалар ёрдамида текширилди.

Илмий тадқиқот натижалари ва муҳокамалар: Посттравматик энцефалопатия билан хасталанган беморларда клиник-неврологик, нейрофизиологик, невровизуал ва лаборатор-инструментал текширувларнинг умумий таҳлили ҳамда даволашда синтетик фосфолипид сифатида Липосом фортенинг қўлланилиши бўйича олинган илмий натижаларга асосланиб клиник амалиётга тадбиқ этиш тавсия этилди.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ.

Хикматуллаев Ж.Р. студент 201 гр. факульт.дет.стом.

ТГСИ

Научный руководитель: Аслонов З.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Цель исследования: Исследования заключается в оценке клинической эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии путем сравнительного анализа с традиционной открытой холецистэктомией. В частности, исследование направлено на сравнение длительности оперативного вмешательства, времени пребывания в больнице, осложнений послеоперационного периода и результатов лечения у пациентов, прошедших обе процедуры.

Материалы и методы: Для достижения цели и поставленных задач использованы общеклинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы исследования.

До сих пор нет единого мнения о методике проведения однопрокольной холецистэктомии. Зарубежные авторы описывают два основных типа трансумбиликальной ЛХЭ — однопортовую и многопортовую версии через один

умбиликальный разрез.

В последние 10 лет активно внедряются малоинвазивные методы в хирургическое лечение холецистэктомии.

Результат: Важным условием в проведении операции было введение одного многоканального порта через один разрез с последующим использованием нескольких инструментов через отдельные каналы, что дало возможность избежать потери CO₂ при манипуляции инструментами, удалять пораженный орган через систему, защищая брюшную стенку от инфицирования, а также надежно ушивать дефект передней брюшной стенки после извлечения порта.

Однако имеется проблема безопасности выполнения ХЭ из ЕЛД. М. Joseph и соавт. (2012), проанализировав 2625 ХЭ из ЕЛД, пришли к заключению, что совокупная частота осложнений, классифицированных по шкале тяжести хирургических осложнений Dindo-Clavien, составила 4,2%, а частота повреждений магистральных желчных путей — 0,72%.

По данным систематических обзоров и метаанализа уровень интраоперационных осложнений при выполнении ХЭ из ЕЛД достигает 20%, чаще всего встречаются перфорации желчного пузыря - 2,2% и кровотечения - 0,3%. Уровень послеоперационных осложнений составляет 3,4%, чаще всего возникают гематомы и нагноения в области раны — 2,1%, желчеистечения - 0,4%, резидуальный холедохолитиаз - 0,3%, послеоперационные грыжи и стриктуры внепеченочных желчных протоков - по 0,09%.

Вывод: В результате проведенного сравнительного анализа эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии можно заключить, что данная методика является эффективным и безопасным вариантом для удаления желчного пузыря у пациентов с желчнокаменной болезнью. Лапароскопическая холецистэктомия показала сопоставимые или даже более благоприятные результаты по сравнению с открытой холецистэктомией, включая более короткую длительность операции, меньшую длительность пребывания в больнице, сниженный уровень осложнений послеоперационного периода и более быстрое восстановление пациентов. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия может рассматриваться как предпочтительный метод хирургического вмешательства при желчнокаменной болезни, обеспечивающий оптимальное сочетание эффективности и безопасности для пациентов.

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Чориев Ж.К., клинический ординатор 1 курс – Общая хирургия

Научный руководитель: заведующий кафедры Хирургия и ВПХ, д.м.н. профессор Баймаков С.Р., доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Юнусов С.Ш., старший преподаватель кафедры Хирургия и ВПХ Болтаев Ш.Ш., ассистент кафедры Хирургия и ВПХ Хасанов Х.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время колоректальный рак среди онкологических заболеваний у пожилого населения занимает третье место по распространенности, второе – по летальности. Наиболее часто встречающееся осложнение рака толстой кишки представляет острая кишечная непроходимость (ОКН), которая согласно статистическим данным составляет 88,9%

Цель настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью при колоректальном раке путем оптимизации выбора тактики хирургического лечения.

Материал и методы: Проведён анализ результатов обследования и лечения 54 больных колоректальным раком, осложнённый ОТКН, в отделении хирургии Многопрофильной клиники ТМА за период 2016-2022 гг. Все пациенты были разделены на основную группу, которую составили 28 (51,8%) пациентов и контрольную группу 26 (48,2%) пациентов. Как в основную, так и в контрольную группу вошли пациенты, которые поступили в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, так же и пациенты со средней степенью тяжести. Пациентам контрольной группы, проводились стандартные методы подготовки к оперативному вмешательству, а в основной группе выполняли фиброколоноскопию и разгрузку толстой кишки.

Результаты исследования. В ходе выполнения колоноскопии была выполнена биопсия из участка онкологического поражения. Исходя от общего числа больных, в 25 (52,1%) пациентов результатом биопсии была аденокарцинома, у 2 (4,2%) пациентов перстневидноклеточный рак и в 1 (2,1%) случае недифференцированный рак.

После выполнения технически успешной реканализации, отмечались осложнения в 6 (22,2%) случаях. На 1 сутки после выполнения манипуляции у 1 пациента появились симптомы перитонита, в результате чего больной был взят на экстренное оперативное вмешательство, в ходе которого было выявлено перфорация стенки кишки на месте установки стента. Также в 1 случае на 5 сутки после установки стента появились признаки перитонита, причиной которого была перфорация стенки толстой кишки в участке реканализации. В 2 случаях отмечалось осложнение кровотечением.

В основной группе пациентов, в 19 (67,8%) случаях была успешно проведена радикальная операция, в 10 (35,7%) случаях с наложением первичного анастомоза, в 6 (21,5%) случаях наложена колостома и в 3 (10,7%) случаях илеостома.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 15 (27,7%) от общего числа пациентов, в то время, как на долю контрольной группы приходится 20,4% (11 случаев) и на основную группу пациентов 7,4% (4 случая). Средняя длительность стационарного лечения составила 24,8 койко-дней, при неосложнённом течении послеоперационного периода — 15, при развитии послеоперационных осложнений — 34,6 койко-дня.

Заключения: Выполнение фиброколоноскопии со стентирование обтурированного участка толстой кишки способствует снижению послеоперационных осложнений до 13%. Реканализация обтурированного участка толстой кишки дала возможность проведения радикальной операции в

67,8% случаев, в то время как выполнение операции на высоте ОКН радикальная операция выполнена в 57,6% случаев. В контрольной группе формирование первичного анастомоза выполнено 19,2% случаев, а в основной группе в 35,7% случаев.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Чориев Ж.К., клинический ординатор 1 курс – Общая хирургия

Научный руководитель: доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Пулатов М.М., доцент кафедры Хирургия и ВПХ PhD Юнусов С.Ш., ассистент кафедры Хирургия и ВПХ Хасанов Я.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Механическая желтуха считается одним из грозных и тяжелых осложнении заболеваний билиарной системы. Узбекистан является эндемическим регионом по эхинококкозу. Частота заболеваемости за последние 10-15 лет колеблется в пределах 5-8 случаев на 10000 человек. Среди осложнений эхинококкоза печени, являющийся наиболее грозным – механическая желтуха (МЖ) встречается в 4,8-52%, при котором остаётся высокой послеоперационная летальность, составляя 8,1-22%.

Цель – улучшение диагностики и результатов лечения больных эхинококкозом печени, осложненной МЖ.

Материал и методы. Проанализировано течение ближайшего послеоперационного периода у 62 больных в возрасте 17-78 лет (34 мужчин и 28 женщин) с признаками нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК), находившихся на лечении в I хирургическом отделении РКБ № 1 МЗ РУз за последнее десятилетие.

У 52 (83,8%) больных доминирующим признаком была МЖ: у 46 (74%) – разной степени выраженности гипербилирубинемия установлена при госпитализации, а у 6 (11,5%) – в анамнезе. Из 12 (19,3%) больных в момент поступления, кроме МЖ наблюдались проявления портальной гипертензии, причем у 3-х в сочетании с асцитом.

У 42 (80,8%) больного причиной нарушения оттока желчи в ДПК явился прорыв эхинококковой кисты в билиарный тракт с обтурацией холедоха обрывками хитина и дочерними кистами; у 10 – сдавление извне долевых и/или общего желчных протоков, а также расширение портальной вены. При прорыве эхинококковой кисты в ЖВП, кроме МЖ, у 46 (74%) наблюдалась выраженная картина острого обтурационного гнойного холангита, а у 54 (87,1%) сопровождалась бурной эндотоксемией и во всех случаях печеночной недостаточностью, обуславливающие тяжесть состояния больных.

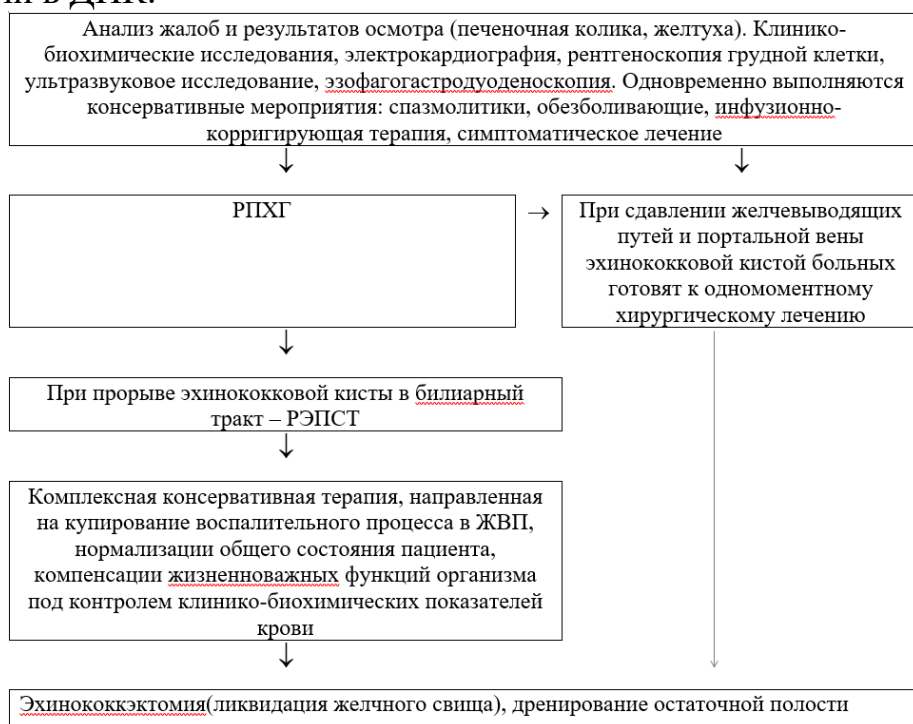
Результаты их обсуждения. На первом этапе 54 больным выполняли ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (РЭПСТ) и санацией холедоха, независимо от уровня общего билирубина. После улучшения состояния, нормализации показателей

крови выполняли второй этап хирургического лечения – эхинококкэктомия, ликвидацию желчного свища и дренирование остаточной полости. У этих больных необходимости в выполнении билиодигестивных анастомозов не было, дренирование после папиллотомии было адекватным.

У 10 больных со сдавлением билиарного тракта эхинококковой кистой после кратковременной подготовки выполнена эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости, а ретроградная холангиография явилась дополнительным диагностическим пособием. В послеоперационном периоде у этих больных проявления портальной гипертензии прошли на 5-7-е сутки, размеры селезенки уменьшились до нормы на 8-9-е сутки. Во время операции у данной категории больных со стороны печени характерных цирротических изменений не обнаружено.

При данной тактике лечения летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 12 из 58 больных: нагноение раны – у 8, сердечно-сосудистая недостаточность – у 2, пневмония – у 2.

На основании опыта лечения нами разработан алгоритм диагностической и хирургической тактики эхинококкоза печени, осложненного нарушением оттока желчи в ДПК.



Заключение. Согласно разработанному нами алгоритму диагностической и хирургической тактики при эхинококкозе печени, осложненном нарушением оттока желчи в ДПК, предпочтительным является двухэтапное хирургическое лечение, а у больных со сдавлением ЖВП и портальной вены после кратковременной подготовки – проведение отсроченных хирургических вмешательств.

ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Чориева Нилюфар - студентка 406 С группы Лечебного факультета

Научный руководитель: Назирова М. У., доцент

*Ташкентского Государственного Стоматологического Института,
Ташкент, Узбекистан, Ташкент*

Ключевые слова; остеопения, остеопороз, перименопауза, минеральная плотность костей.

Актуальность. Остеопороз одно из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место в структуре переломов и вывихов, влияющих на качество жизни женщин. Перименопаузальная форма остеопороза относится к первичному остеопорозу, поэтому тяжесть ее проявления тесно связана с образом жизни. Алиментарный фактор является основной причиной - употребление однообразной и малокалорийной пищи с недостатком содержания кальция, а также присоединение перименопаузального периода усугубляет общее состояние женщины.

Цель исследования. Изучение состояния минеральной плотности костей в зависимости от возраста и периода перименопаузы.

Материал и методы. Проведено исследование у 68 женщин перименопаузального возраста, изучалось состояние минеральной плотности костной ткани на уровне дистального отдела лучевой кости методом ультразвуковой денситометрии с применением аппарата соноденситометра MSLBDO 1 (Китай) путем применения ультразвукового линейного датчика. Женщины были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. Первая группа- женщины в возрасте от 45-56 лет и вторая группа- от 56-65 лет

Результаты и обсуждение. У обследованных женщин были следующие клинические проявления: боли в спине у 44,1% женщин, судороги и боли в нижних конечностях у 11,8% перелом локтевой кости у 4,4%. 81% обследованных женщин страдают анемией 1- 2 степени, хронический аднексит имелся у 20,6% , хронический пиелонефрит у 17,6%, нарушения менструальной функции были у 32,4%. Среднее число родов в анамнезе у исследованных составляло от 4 до 6.

Полученные данные интерпретированы согласно классификации ВОЗ по Т-критерию и скорости проведения ультразвука (SOS). Согласно рекомендациям группы экспертов ВОЗ (WHO) величина стандартных отклонений Т-и Z-score выше -1,0 SD как норма. От -1 до -2,5 интерпретируется, как остеопения , от -2,5 и ниже-остеопороз. В наших исследованиях норма была определена лишь у 2 женщин. Снижение минеральной плотности от -1-2,5 (остеопения) было выявлено у 47,3% из первой группы и у 26% - второй. Остеопороз- у 42,1% первой и 74%- второй. При исследовании больных обнаружено, что, чем старше возраст и давность заболевания, тем ниже показатели минеральной плотности костной ткани. В показателях ультразвуковой денситометрии отмечаются аналогичная корреляция в возрастном аспекте и давности заболевания с денситометрическим риском перелома, который уже имелся в анамнезе 3 женщин.

Выводы. Таким образом, с увеличением возраста больных и давности

заболевания отмечается снижение плотности костной ткани. Развитие остеопении начинается, возможно, в репродуктивном возрасте и усугубляется в динамике перименопаузы. Факторами риска являются большое число беременностей и родов, хроническая анемия, гинекологические хронические заболевания и несбалансированное питание.

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО УЗБЕКИСТАНА С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ - СПЕЦИАЛИТЕТ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

*ТГСИ, студент стоматологический факультета группа 308 Шарифжонов
Асадбек*

*Научный руководитель: ассистент кафедры терапевтического
направление № 3 Уролова Д.А.*

Abstract: The article presents the main directions for the organization of educational activities on the basis of joint educational programs implemented in accordance with the agreement concluded between the Republic of Uzbekistan and foreign partner organizations of higher education: at the same time, tasks and directions in the discipline of clinical psychology are briefly highlighted

Annotatsiya: Maqolada O‘zbekiston Respublikasi oliy ta’limining va Orenburg davlat tibbiyot Universiteti bilan hamkor tashkilotlari o‘rtasida tuzilgan shartnomaga muvofiq amalga oshiriladigan qo‘shma ta’lim dasturlari asosida ta’lim faoliyatini tashkil etishning asosiy yo‘nalishlari, shu bilan birga, klinik psixologiya yo‘nalishining vazifalari va yo‘nalishlari keltirilgan.

Аннотация: В статье приведены основные направления организации образовательной деятельности на основе совместных образовательных программ, внедряемых в соответствии с договором, заключенным между Республикой Узбекистан и Оренбургским Государственным медицинском университетом, а также коротко освещены задачи и направлении дисциплины клинической психо-логии.

Ключевые слова: совместное образование, клиническая психо-логия, наука.

Наука – это важнейший фактор, которым гордится каждый народ и нация. Все признают важность науки для человека и общества. Даже если мы посмотрим на опыт развитых стран, то увидим, что инвестиции в науку вывели экономику каждой страны на более высокий уровень.

В приветствии Главы государства выпускникам школ 25 мая текущего года было подчеркнуто, что уровень охвата молодежи высшим образованием вырос с 9% в 2016 году до 25% в 2020 году, и что главная задача довести этот показатель до 28% в этом году и до 50% в 2030 году.

В целях определения приоритетных направлений системного реформирования высшего образования в Республике Узбекистан, поднятия на качественно новый уровень процесса подготовки самостоятельно мыслящих высококвалифицированных кадров с современными знаниями и высокими духовно-нравственными качествами, модернизации высшего образования, развития социальной сферы и отраслей экономики на основе передовых образо-

вательных технологий ведутся масштабны работы.

Ниже приведены основные направления организации образо-вательной деятельности на основе совместных образовательных программ, внедряемых в соответствии с договором, заключенным между Республикой Узбекистан и зарубежными партнерскими организациями высшего образования:

- на уровне подготовки высококвалифицированных кадров, способных решать важные задачи развития отраслей экономики республики на уровне международных стандартов образования;

- развитие системы подготовки специалистов и научно-педагогических кадров за счет интеграции и преемственности образования и науки, а также экспансии в мировое образовательное сообщество;

- разработка и внедрение новых образовательных программ и форм обучения, направленных на совершенствование и модерни-зацию системы подготовки кадров;

- организация практики обучающихся по совместным образо-вательным программам в зарубежных партнерских организациях высшего образования, в странах их местонахождения и в органи-зациях других стран;

- поддержка развития педагогического потенциала, активное совершенствование педагогических технологий и методов обучения;

- развитие и укрепление долгосрочных связей с ведущими образовательными организациями, научными центрами и бизнес-сообществами зарубежных стран в сфере образования и науки, повышение потенциала организаций высшего образования Респуб-лики Узбекистан;

- совместное проведение научных конференций и семинаров, организация стажировок и реализация международных научных и образовательных проектов.

Огромную роль в этом процессе играет плотное научно-образовательное сотрудничество с Российской Федерацией.

Первый российско-узбекский образовательный форум состо-ялся в октябре 2018 года в Ташкенте в рамках государственного визита Владимира Путина в Узбекистан. Тогда его участниками стали ректоры более 200 вузов. По итогам дискуссий стороны подписали порядка 130 соглашений о сотрудничестве и реализации совместных образовательных программ и проектов между универ-ситетами двух стран.

В мае 2019 года стороны приняли соглашение о взаимном при-знании образования и квалификации, ученых степеней Узбекистана и России.

Специалисты из Узбекистана обучаются по программам двой-ных дипломов по приоритетным техническим, естественно-научным и гуманитарным направлениям. При этом количество вузов, включенных в программу, продолжает увеличиваться. В ходе реализации дорожной карты, принятой по итогам Первого Российско-Узбекского образовательного форума Ректора Оренбургского государственного медицинского университета и Ташкентского государственного стоматологического института, подписали меморандум о сотрудничестве. В рамке этого меморан-дума идёт подготовка специалистов по направлению “Клиническая психология”.

В рамках программы 3+2 между Ташкентским стоматологи-ческим институтом и Оренбургским медицинским университетом с 2019-2020 учебного года действует бакалавриат по направлению «Клиническая психология». Продолжительность обучения в бака-лавриате составляет всего 5 лет, первые 3 года студенты учатся в Ташкентском государственном стоматологическом институте, а последующие 2 года в Оренбургском медицинском университете, получают дипломы двух государственных вузов.

После окончания курса клинических психологов наши выпуск-ники работают клиническими психологами по специальности клинические психологи. Они становятся специалистами по «Клини-ческой психологии» и работают «психотерапевтами», «нейропси-хологами», «психоневрологами» во всех больницах и научных центрах нашей Республики. Степень бакалавра в отделах, научных лабораториях и психосоматических отделениях, которые открыва-ются в « Клинической психологии», работают те , кто закончил с отличием и в совершенстве владеет иностранными языками .

В то же время в нашей республике планируется открытие «психосоматических отделений» в научных и медицинских центрах, клиниках медицинских институтов и областных клинических больницах. Для этого должно быть достаточно специалистов, полу-чивших степень бакалавра по специальности «Клиническая психо-логия». В этих отделениях проходят лечение больные со следую-щими психосоматическими расстройствами .

- Заболевания, вызванные сильными или стойкими психичес-кими травмами;

- цефалгии психогенного характера;
- кардиалгии;
- синдром раздраженного кишечника;
- ревматоидный артрит;
- сексуальные расстройства психогенного типа;

- урологические заболевания функционального типа и др.

По происхождению болезни 70% р вызывают психосома-тические расстройства. Именно поэтому количество медицинских психологов, работающих в медицинских центрах развитых зарубежных стран, почти в 2 раза превышает количество врачей. В этих странах пациентов осматривает медицинский психолог, независимо от того, на какую специальность они жалуются. Потом его направляют к другим врачам. Медицинский психолог – высококвалифицированный специалист, такой же, как невролог и психиатр.

Клиническая психология – научно-прикладная отрасль психо-логии, изучающая закономерности психических свойств, процессов и состояний у людей, страдающих различными заболеваниями, разрабатывающая методы клинической психодиагностики, психоло-гической помощи, психопрофилактики и психогигиены.

Содержание клинической психологии определяется, прежде всего, потребностями клиники – психиатрической, неврологической, соматической. Иными словами, задачами психологической диагнос-тики и психологической

помощи больным.

Система подготовки клинических психологов предоставляет ставшую уникальной для Узбекистана возможность получения диплома специалиста.

ПОДНЯТИЕ НИЖНЕЙ СТЕНКИ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ КАК МЕТОД УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА КОСТНОЙ ТКАНИ

Юлдашев Р.А., Хасанов Ш.М.

**Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан**

Аннотация

Цель: Предоставить имеющиеся данные о методе поднятия нижней стенки носовой полости (назолифтинге) с целью создания места под установку дентальных имплантатов. Сравнить другие методы вертикальной костной аугментации в переднем отделе верхней челюсти с назолифтингом.

Методы: Поиск статей в базах Google Scholar, MEDLINE (PubMed), Elsevier. Сюда сколько нашел, и после нее сравниваешь методы.

Размер альвеолярного отростка уменьшается уже в первый год после потери зуба¹. Для восстановления целостности зубного ряда могут быть использованы ортопедические методы. Ношение имедиат протезов снижает резорбцию кости в сравнении с заживлением альвеолы удаленного зуба без протеза. Но в долгосрочной перспективе съемные и частично съемные протезы усугубляют атрофию альвеолярного отростка из-за давления передаваемого напрямую на десну и кость. Данное побочное действие является неизбежным и продолжается все время до прекращения ношения протеза^{2,3}. Поэтому предпочтительнее всего установка дентальных имплантатов. Успех дентальной имплантации во многом зависит от наличия достаточного объема костной ткани для установки имплантата⁴. Достаточный размер альвеолярного отростка положительно влияет как на остеоинтеграцию, так и на долгосрочные результаты, такие как стабильность и эстетика^{5,6}. Минимальный размер кости необходимый для установки эндооссального цилиндрического имплантата равняется 5-8 мм в высоту и 6 мм в ширину⁷⁻¹⁰. В связи с этим предложены хирургические методы решения проблемы недостатка кости как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях. Нарращивание кости в вертикальном направлении является более трудной задачей^{6,11}. К методам костной пластики с целью создания объема в вертикальном направлении на верхней челюсти относятся: синус-лифтинг, сагиттальная остеотомия (остеотомия по Ле Фор I), направленная костная регенерация, титановая сетка, трансплантация костных блоков, дистракционный остеогенез^{6,11-15}. Особую сложность представляет имплантация в переднем отделе¹⁶. Поэтому был предложен метод назолифтинга (поднятия нижней стенки носовой полости с последующим заполнением пространства костным материалом) в 1997¹⁷. Тем не менее, информации касаясь этой операции, а также о последующей выживаемости имплантатов, крайне мало¹⁸.

Поэтому целью данного литературного обзора было осветить данную методику.

Материалы и методы

Основной задачей был поиск информации об этапах проведения, краткосрочных и долгосрочных перспективах, противопоказаниях и осложнениях операции, статистики по стабильности и выживаемости имплантатов; противопоказаниях и осложнениях альтернативных операций.

Операция при отсутствии показаний в общем обезболиванию выполняется под местной анестезией. Так же как и синус-лифтинг операция может быть открытой и закрытой¹⁹.

При открытом способе проводят разрез по краю маргинальной десны с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута. Далее проводят два послабляющих вертикальных разреза и отслаивают ткани с целью получения интраорального доступа к нижнему краю грушевидного отверстия. После этого, с помощью кюрет для открытого синус-лифтинга производят сепарацию слизистой носовой полости от подлежащей кости. Масштаб сепарации определяется количеством запланированных имплантатов и расположением наиболее дистального из них. Так, чтобы имплантат после установки был покрыт 1-2 мм костного материала со всех сторон. Может быть использован только аутогенный костный материал²⁰, комбинация аутогенной кости и ксенографта²¹ или только остеокондуктивные материалы^{22,23}. Использование коллагеновой мембраны, в случае если слизистая не была перфорирована является необязательным¹⁸.

При закрытом способе после проведения разреза по краю маргинальной десны и отслоения полнотканного лоскута проведение послабляющих разрезов необязательно. Далее с помощью специального наконечника для закрытого синус-лифтинга или пьезохирургического аппарата получают доступ к слизистой полости носа. С помощью полого герметичного наконечника установленного в полость сверления и прогрессивного гидродинамического давления, созданного одноразовым шприцом, производят сепарацию и поднятие слизистой полости носа. Согласно закону Паскаля, давление будет передаваться равномерно и риск перфорации минимален. Далее пространство заполняется костным материалом различного происхождения¹⁹⁻²³.

Как итог обоих способов, удастся достичь прирост кости до 6 мм, если нижняя носовая раковина не удалена, в среднем этот показатель равен $3,65 \pm 0,9$ мм²³. В завершении при наличии достаточного объема кости для первичной стабилизации устанавливается имплантат и зашиваются края раны, пациенту даются рекомендации и назначается антибиотик, НПВС, антисептическое полоскание полости рта^{4,19}.

Результаты

Назолифтинг не является сложной операцией в техническом плане, а также не требовательна с материальной точки зрения, так как инструменты для синус-лифтинга подходят и для этой процедуры^{4,18,19}. В плане эффективности, процент выживаемости имплантатов крайне высок (90-100%)^{6,20,22,23} и идентичен такому же показателю у синус-лифтинга.

Обсуждение

Синус-лифтинг как метод костной аугментации в боковых отделах верхней челюсти хорошо зарекомендовал себя и широко применяется²⁰. В то время как идентичный ему по сути метод назолифтинга не обладает схожей распространенностью¹⁸ хотя и имеет ряд преимуществ.

Другие методы для решения нехватки высоты альвеолярного отростка в переднем отделе верхней челюсти обладают недостатками, которые будут перечислены далее. Так например, направленная костная регенерация зачастую создает недостаточный прирост в вертикальном направлении, а использование титановой сетки создает риск ее обнажения⁶.

Трансплантация костных блоков помимо того, что подразумевает нанесение дополнительной травмы, ограничение в объеме донорской кости и обязательное проведение операции в два этапа в переднем отделе, также не приводит к удовлетворительным результатам в увеличении высоты альвеолярного гребня²⁴.

Некоторые авторы утверждают, что дистракционный остеогенез имеет высокий риск рецидивов²⁵, а также занимает много времени.

Остеотомия по Ле Фор I ввиду ряда причин (крайняя инвазивность, тяжелая постоперационная реабилитация и цена) предпочтительно использовать в последнюю очередь, только при невозможности и неуспешности других операций¹¹.

Короткие имплантаты из-за повышенной нагрузки обладают меньшим сроком службы и дальнейшим риском обнажения и выхода в полость носа²⁶.

Многих вышеперечисленных недостатков лишена операция по поднятию нижней стенки носовой полости (назолифтинг). К тому же слизистая полости носа обладает большей толщиной в сравнении со Шнайдеровской мембраной, что уменьшает риск перфорации¹⁹. К противопоказаниям относится частое носовое кровотечение, предшествовавшая септопластика, хронический рецидивирующий ринит, аллергия. К возможным осложнениям относятся кровотечение, отек, боль, гематома, контаминация костного материала, дислокация имплантата, ринит, синусит¹⁸.

Заключение

Назолифтинг представляется перспективным направлением в предимплантационной подготовке костного ложа с целью увеличения высоты альвеолярного гребня. Показывает высокий результат выживаемости имплантатов, возможно связанный с би-кортикальной стабилизацией. Предоставляет возможность более быстрого решения вопроса адентии в эстетически значимой зоне. И по надежности не уступает синус-лифтингу.

Источники

1. Schropp, L., Wenzel, A., Kostopoulos, L. & Karring, T. (2003) Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 23: 313–323.

2. Bergman B, Carisson GE. (1985) Clinical long term study of complete denture wearers. *J Prosthet Dent* 1985;53:56-61.
3. Mori S, Sato T, Hara T, Nakashima K, Minagi S. (1997) Effect of continuous pressure on histopathological changes in denture-supporting tissues. *J Oral Rehabil* 1997;24:37-46.
4. Samieirad S, Shiezadeh F, Tohidi E, Labafchi A, Abbasi S. (2018) Nasal Floor Membrane Lifting for Dental Implant Placement in an Atrophic Premaxilla: Report of a Case. *Regen Reconstr Restor.* 2018;3(3): X-X.
5. Shahakbari R, Eshghpour M, Mianbandi V, Pourgonabadi S, Tohidi E, Seyedi SJ, et al. (2019) The Comparison of Utilizing Piezotome and Surgical Disc in Ridge Splitting of Atrophic Edentulous Maxillary Ridge. *J Maxillofac Oral Surg.* 2019; 19(2): 1-6.
6. Garcia-Denche JT, Abbushi A, Hernández G, Fernández-Tresguerres I, Lopez-Cabarcos E, Tamimi F. (2015) Nasal floor elevation for implant treatment in the atrophic premaxilla: a within-patient comparative study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2015;17:520-30.
7. Shulman LB. (1988) Surgical considerations in implant dentistry. *J Dent Educ* 1988;52:712-20.
8. Keller EE, Desjardins RP, Tolman DE, Laney WR, Van Roekel NB. (1986) Reconstruction of the severely resorbed mandibular ridge using the tissue-integrated prosthesis. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986;1:101-9.
9. Hahn J. (1999) Clinical uses of osteotomes. *J Oral Implantol* 1999; 25:23-9.
10. Juodzbaly G, Raustia AM. (2004) Accuracy of clinical and radiological classification of the jawbone anatomy for implantation- a survey of 374 patients. *J Oral Implantol* 2004;31:30-9.
11. Zakhary IE, El-Mekkawi HA, Elsalanty ME. (2012) Alveolar ridge augmentation for implant fixation: status review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(5):179-89.
12. Smiler DG. (1994) Onlay bone grafting to the anterior maxilla: preparation for placement of implants. *Int J Dent Symp* 1994; 2:2-5.
13. Tal H, Oelgiesser D, Moses O. (1997) Preimplant guided bone regeneration in the anterior maxilla. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997; 17:436-447.
14. Thor A. (2002) Reconstruction of the anterior maxilla with platelet gel, autogenous bone, and titanium mesh: a case report. *Clin Implant Dent Relat Res* 2002; 4:150-155.
15. Torres J, Tamimi F, Alkhraisat MH, et al. (2010) Platelet-rich plasma may prevent titanium-mesh exposure in alveolar ridge augmentation with anorganic bovine bone. *J Clin Periodontol* 2010; 37:943-951.
16. Bassetti, M. A., Bassetti, R. G., & Bosshardt, D. D. (2016). The alveolar ridge splitting/expansion technique: a systematic review. *Clinical oral implants research*, 27(3), 310-324.
17. Garg AK. Nasal sinus lift: an innovative technique for implant insertions. (1997) *Dent Implantol Update* 1997; 8:49-53.

18. Mazor, Z., Lorean, A., Mijiritsky, E., & Levin, L. (2012). Nasal floor elevation combined with dental implant placement. *Clinical implant dentistry and related research*, 14(5), 768-771.
19. Sentineri, R., Lombardi, T., Celauro, A., & Stacchi, C. (2016). Nasal Floor Elevation with Transcrestal Hydrodynamic Approach Combined with Dental Implant Placement: A Case Report. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 36(3).
20. Lundgren S, Nyström E, Nilson H, Gunne J, Lindhagen O. (1997) Bone grafting to the maxillary sinuses, nasal floor and anterior maxilla in the atrophic edentulous maxilla. A two-stage technique. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997;26:428-434.
21. Hising P, Bolin A, Branting C. (2001) Reconstruction of severely resorbed alveolar ridge crests with dental implants using a bovine bone mineral for augmentation. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16:90-97.
22. El-Ghareeb M, Pi-Anfruns J, Khosousi M, Aghaloo T, Moy P. (2012) Nasal floor augmentation for the reconstruction of the atrophic maxilla: A case series. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70:235-e241.
23. Lorean, A., Mazor, Z., Barbu, H., Mijiritsky, E., & Levin, L. (2014). Nasal floor elevation combined with dental implant placement: a long-term report of up to 86 months. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 29(3).
24. Khoury, F. (Ed.). (2021). Bone and soft tissue augmentation in implantology. Quintessenz Verlag.
25. Wolvius EB, Scholtemeijer M, Weijland M, Hop WC, van der Wal KG. (2007) Complications and relapse in alveolar distraction osteogenesis in partially dentulous patients. *Int J Oral Maxillo-fac Surg* 2007;36:700-5.
26. Raghoobar, G. M., Van Weissenbruch, R., & Vissink, A. (2004). Rhinosinusitis related to endosseous implants extending into the nasal cavity: A case report. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 33(3), 312-314.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ

*Юлдашева Ш.Х. студентка 411 Б группы факультет Детской
стоматологи ТГСИ., Шамсиев Д.Ф. кафедра оториноларингологии ТГСИ
Научный руководитель: Шамсиев Д.Ф. заведующий кафедрой
оториноларингологии, д.м.н., профессор*

Актуальность: Хронический гайморит — одно из самых распространенных хронических заболеваний во всех возрастных группах. Его примерная распространенность составляет более 140 случаев на 1000 населения. При этом заболеваемость хроническим синуситом год от года увеличивается, а причины такой тенденции окончательно не установлены. Только в США прямые затраты на лечение хронического синусита (и хронического гайморита в том числе) доходят до 3,4—5 млрд долларов в год. Хронический гайморит и другие хронические воспалительные процессы околоносовых пазух — пятая по частоте причина назначения антибиотиков. Все это свидетельствует о том, что проблема

лечения и профилактики хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух сохраняет свою актуальность и требует постоянного мониторинга.

Цель настоящего исследования: Оценка эндоскопической картины верхнечелюстных пазух у больных с хроническим гайморитом в зависимости от схемы консервативного лечения в различные сроки от его начала.

Эндоскопическое исследование в настоящее время является наиболее достоверным методом исследования полости носа, состояния околоносовых пазух их естественных соустьев.

Эндоскопическое исследование проводилось при обследовании до операции и интраоперационно, во время эндоскопической синусотомии. Всего было обследовано 38 пациентов. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица

1.

Данные эндоскопического исследования.

Патология	Число пациентов
Гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа	21
Деформация носовой перегородки	24
Гипертрофия нижних носовых раковин	18
Отсутствие нижних носовых раковин	1
Деформация средних носовых раковин	2
Полипы	17
Патологическое отделяемое	29
Синехии	1
наличие спаечного процесса в области ОМК	3
Всего было обследовано	38

Необходимо отметить, что данные передней риноскопии и эндоскопических данных существенно отличаются, в основном из-за данных эндоскопического исследования среднего носового хода.

Полипозные разрастания слизистой оболочки обнаружены у 17 пациентов, причем у 6 больных они полностью обтурировали носовые ходы, у 12 полипы выходили за пределы среднего носового хода.

Искривление носовой перегородки обнаружено у 24 пациентов, что составило 51 %. Причем чаще, в 10 случаях, искривление наблюдалось в сторону пораженной пазухи. У 2 пациентов при эндоскопическом исследовании был обнаружен бугор носовой перегородки, что при передней риноскопии не было

отмечено.

Кроме того, при осмотре до анемизации у 21 больного визуализирована гиперемия слизистой оболочки носа. У 18 больных была обнаружена гипертрофия нижних носовых раковин, у 6 из них после анемизации задний конец нижних носовых раковин не сокращался.

Тщательно осмотреть структуры остиомеатального комплекса удастся осмотреть далеко не у всех пациентов. У этих пациентов как правило визуализировались не все структуры остиомеатального комплекса, так например у одного пациента соустье в верхнечелюстную пазуху было заблокировано гипертрофированным крючковидным отростком, причем хроническое воспаление в области крючковидного отростка возникло видимо из-за гребня носовой перегородки, расположенным на этом уровне.

Патология средней носовой раковины: патологически изогнутая средняя носовая раковина обнаружена в 2 случаях, буллезная гипертрофия средней носовой раковины - у 3 пациентов.

У одного пациента обнаружена *bulla ethmoidalis*, которая блокировала соустье верхнечелюстной пазухи, в ее полости обнаружены гной, полипы - хронический очаг инфекции, который провоцировал рецидив ранее оперированного гайморита. Что характерно, у всех этих больных основной жалобой было затруднение носового дыхания на одноименной стороне.

Данное наблюдение показывает, что у больного с наличием несанированного очага гнойной инфекции в ходе предыдущих операций возникали рецидивы гайморита. Имеющийся очаг воспаления способствовал поддержанию хронического воспаления в области среднего носового хода, что блокировало соустье и нарушало эвакуацию содержимого из пазухи.

У 3 пациентов после радикальной операции в области среднего носового хода мы выявили выраженный спаечный процесс.

У 24 больных в носовых ходах обнаружено патологическое отделяемое: у 8 - слизь, у 5 - слизисто-гнойное отделяемое, у 11 - гной.

Полученные данные при эндоскопическом исследовании позволяют не только определить непроходимость соустья, но и выяснить причину этой непроходимости.

Литература:

1. Шамсиев Д. Ф. (2005). Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении. *Stomatologiya*, (1-2 (27-28)), 51-53.
2. Шамсиев Д. Ф. (2003). Эффективность различных хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах. *Российская ринология*, (№2), 44.
3. Шамсиев Д. Ф., Миразизов К. Д. (2002). Эндоскопическая гайморотомия. *Вестник оториноларингологии*, №4, 39-40.
4. Шамсиев Д., Исмоилов И., Чакканова М., Каримов О., Соатов С. (2019). Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита. *Stomatologiya*, 1(1 (74)), 75-78.
5. Шамсиев Д., Рузматов К. (2018). Реконструкция гортани при травмах

щитоподъязычной мембраны. Stomatologiya, 1(4 (73)), 87-89.

6. Шамсиев Ж. Ф. (2015). Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фукционал хусусиялари. Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 103-104.

7. Шамсиев Д. Ф. (2009). Особенности диагностики и хирургического лечения хоанальных полипов. Журнал «Вестник оториноларингологии», № 5, 37-39.

БОЛЕЗНЬ ГЕНТИНГТОНА-РЕДКИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В МЕДИЦИНЕ

*Юнусов М.Ш. Мухаммедходжаева Р.У. студенты 302-А Стом Пиму фак.
МО ТГСИ*

Научный Руководитель: Ассистент Шукурова Л.Х.

Кафедра Внутренние Болезни. Клиническая Фармакология.

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Узбекистан*

Актуальность: Болезнь Гентингтона- это наследственное аутосомное нейродегенеративное и довольно редкое заболевание характеризующийся накоплением белка генгтингина в головном мозге которое начинается с периодических непроизвольных подергиваний или спазмов. Позднее присоединяются более выраженные непроизвольные движения (хорея и атетоз) и психические расстройства. На поздних стадиях больной совершенно потеряет контроль над телом. Оно встречается в 3-7 случаях на 100 тысячи населения среди людей с европейскими корнями и в одном случае на миллион среди остальных контингентов. Ген, ответственный за развитие Гентингтона, доминантный. Чтобы у человека развилась эта болезнь, достаточно иметь одну копию мутантного гена. Поэтому ребенок родителя, страдающего этой болезнью, наследует болезнь с вероятностью 50%. К сожалению, болезнь заканчивается смертью после появления первых симптомов в течении 15-20 лет. Но, однако британские исследователи нашли белок под названием ФАН 1, который помогает восстанавливать разрывы в ДНК и это может стать спасением для тысяч людей.

Цель исследования: Выявить причину редкости происхождения болезни Гентингтона и механизм действия белка ФАН1.

Материалы и методы: Исследование проведенные в Ташкенте , показало, что в результате 400 232 проведенных генной диагностики лишь в одном случае была обнаружена болезнь Гентингтона. Ген гентингина (НТТ) расположен на 4-й хромосоме. В нем содержатся повторяющиеся последовательности трех базовых компонентов ДНК — Ц-А-Г. Если у человека имеется 40 или более повторов Ц-А-Г, то в течение жизни у него разовьется болезнь Гентингтона. В норме человеческой популяции встречается от 10 до 35 трех базовых повторов. У пациентов с этой болезнью количество повторов может быть от 36 до 121, при ювенильной форме — от 50 и выше. Но при этом, новый механизм останавливающий количество повторов тринуклеотидов при болезни Гентингтона, обнаружили ученые из Кембриджского университета. Выяснилось,

что белок ФАН1 может блокировать накопление факторов репарации ошибок спаривания нуклеотидов в ДНК.

Результаты и обсуждения: Результаты показали что под воздействием вещества нафтиридин-азахинолон или ФАН1 белка способно сокращать количество повторов ЦАГ, тем самым снижая риск развития симптомов. Его эффективность они протестировали на мышах с хореей Гентингтона — число повторов ЦАГ в клетках их мозга снизилось. До сих пор мы только мечтали такое соединение, — говорит один из авторов работы Кристофер Пирсон. Однако глубокое изучение механизма белка ФАН1, дает надежду что в будущем Гентингтона все же удастся победить.

Выводы: При болезни Гентингтона поражается специфическая область головного мозга, называемая стриатумом. Стриатум является частью важного нейронного пути — экстрапирамидной системы, которая участвует в управлении движением и поддержании мышечного тонуса. Гибель нейронов стриатума при болезни Гентингтона приводит к разрушению экстрапирамидной системы, что связано с потерей контроля над движениями у больного человека. Болезнь начинается, когда что-то меняется в работе самих нейронов или в синаптической передаче, и эти нарушения впоследствии ведут к гибели нейронов и необратимым последствиям. Данное время лечение Гентингтона не существует и цель направлено на прекращение симптомов. Смерть обычно происходит не из-за хорей Гентингтона, а из-за сопутствующих осложнений, включая пневмонию, заболевания сердца и травмы. Частой причиной смерти является суицид. Но в будущем создание препаратов усиливающих функцию ФАН1 может стать спасением для тысяч людей.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ С ЖЕЛТЫМ ФИЛЬТРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ НА ОСНОВАНИИ NEI-VFQ-25

Юсупов А.Ф Каримова М.Х Абдусаматова Р.А

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр микрохирургии глаза.**

Актуальность. Снижение зрения по причине помутнения хрусталика успешно лечится оперативным путем, однако, по данным многих авторов, хирургия катаракты является фактором риска прогрессирования возрастной макулярной дегенерации (ВМД). На сегодняшний день существуют различные модели интраокулярных линз (ИОЛ) для имплантации у пациентов с ВМД. ИОЛ с желтым фильтром отсекают лучи синего спектра, не нарушая баланс цветовосприятия, что аналогично защитному фильтру естественного хрусталика человека, которым обладают линзы нового поколения. Благодаря таким ИОЛ теоретически возможно замедлить прогрессирование ВМД, защитив сетчатку от отрицательного воздействия синего цвета. При этом эффективность подобного подхода еще не до конца изучена, в связи с чем задачи по оценке различных аспектов ВМД у пациентов, перенесших хирургию катаракты с имплантацией

ИОЛ с желтым фильтром являются актуальными.

Цель исследования. Оценка качества жизни пациентов после имплантации интраокулярных линз с желтым фильтром при возрастной макулярной дегенерации с помощью адаптированного опросника NEI-VFQ-25.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза. Работа включала 68 пациентов (80 глаз), с подтвержденным диагнозом ВМД, сухая форма (категории 2, 3 и 4 по классификации AREDS), которым проводилось хирургическое лечение катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ по стандартной методике в период 2016-2018 годов. Исследование проводилось в виде анкетирования. Средний возраст составил $69,5 \pm 5,2$ лет.

Пациенты были разделены на 2 однородные по полу и возрасту группы. Основную группу составили 32 пациента (36 глаз), которым была имплантирована ИОЛ с желтым фильтром (Aurolab, EV Gold), сравнительную группу составили 36 пациента (44 глаза), которым была имплантирована бесцветная ИОЛ из гидрофобного акрила (Aurolab, Aurolvue EV).

Всем пациентам были выполнены стандартные офтальмологические исследования, включавшие визиометрию, биомикроскопию, тонометрию, авторефрактометрию, а также дополнительные исследования - оптическая когерентная томография (ОКТ).

Для оценки качества жизни пациентов был использован русскоязычный валидированный вариант опросника National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ-25). Он состоит из 25 вопросов и является адаптированной версией опросника Visual Function Questionnaire, надежность которого подтверждена многими исследованиями [1,2,8]. Опросный лист VFQ-25 после процедуры шкалирования образует 12 шкал: общее состояние здоровья (General health), общее зрение (General vision), глазная боль (Ocular pain), зрительное функционирование вблизи (Near activities), зрительное функционирование вдали (Distance activities), социальное функционирование (Social functioning), психическое здоровье (Mental health), ролевые трудности (Role difficulties), зависимость (Dependency), вождение автомобиля (Driving), цветовое зрение (Color vision), периферическое зрение (Peripheral vision). Дополнительно по показателям шкал рассчитывают общий показатель VFQ-25 Composite. Полученный числовой показатель в каждой из шкал имеет значение от 0 до 100 баллов и отражает процентное отношение к максимально возможному результату. Для статистического анализа полученных результатов были использованы стандартные функции программы MS Excel 2019.

Результаты. Результаты оценки различных компонентов качества жизни пациентов с ВМД после имплантации различных моделей ИОЛ показали, что средние показатели пациентов основной группы, которым была имплантирована ИОЛ с желтым фильтром превосходили аналогичные средние показатели сравнительной группы. При этом статистическая достоверность при $p < 0,05$ определялась только для показателей качества общего зрения и зрительной функции вблизи.

Результаты исследования показали, что показатель качества жизни имел прямую корреляцию с показателем некорригированной остроты зрения (НКОЗ). При этом корреляционный анализ показал, что коэффициент корреляции (r) был равен 0,423, то есть между этими показателями существует прямая значимая корреляция.

Было установлено, что показатель качества жизни имел также обратную корреляцию с показателем толщины сетчатки в центральной зоне (фовеа). При этом корреляционный анализ показал, что коэффициент корреляции (r) был равен -0,389, то есть между этими показателями существует обратная корреляция средней силы.

Сравнительный анализ показателей пациентов в исследуемых группах выявил, что все основные компоненты показателя качества жизни, оцененные с помощью NEI VFQ-25, у пациентов, которым была имплантирована ИОЛ с желтым фильтром, были выше аналогичных показателей группы пациентов, которым была имплантирована обычная бесцветная ИОЛ, что свидетельствует о наличии положительного влияния на течение ВМД у этих пациентов.

Вывод. Оценка отдаленных результатов имплантации интраокулярных линз с желтым фильтром у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией с помощью адаптированного опросника NEI-VFQ-25 показала, что у них установлено более высокие показатели, характеризующие качество жизни с точки зрения зрительной функции.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ТЕЛЕГЛАУКОМЫ» В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Юсупов А.Ф., Джамалова Ш.А., Асадов Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза

Актуальность. Глаукома является второй по значимости причиной слепоты во всем мире, от которой, по оценкам экспертов, в 2020 году страдает около 76 миллионов взрослого населения. По оценкам специалистов, в США к 2050 году более 7 миллионов человек будут иметь диагноз первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) к 2050 году. Как во всем мире, так и в Узбекистане глаукома занимает ведущие позиции среди причин неизлечимой слепоты. Среднепериодовый уровень показателя первичной заболеваемости глаукомой по Узбекистану составляет $39,8 \pm 0,4$ на 100 тыс. взрослого населения, что несколько выше, чем средние уровни распространённости данной патологии в странах СНГ и Средней Азии.

Глаукома является заболеванием, требующим раннего выявления, тщательного мониторинга внутриглазного давления (ВГД), оценки состояния зрительного нерва и полей зрения, а также контроля и коррекции медикаментозной терапии. Одним из наиболее значимых препятствий для пациентов с глаукомой может стать отсутствие или удаленность специализированного офтальмологического учреждения и квалифицированного специалиста.

В связи с этим, телемедицина является эффективным средством для решения данной проблемы, поскольку она способствует решению данной проблемы.

Цель исследования. Изучить эффективность скрининга глаукомы у населения методами телемедицины.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза и его областных филиалов в городе Термез, Карши и Бухара с апреля 2021 по январь 2023 года.

В каждом филиале был организован специальный кабинет для дистанционной офтальмологической консультации.

Кабинет включал:

- щелевую лампу, оснащенную специальной видео-камерой и видео-адаптером;
- немидриатическую фундус-камеру;
- персональный компьютер с отлаженной системой подключения к сети интернет;
- модем и достаточно высокую скорость интернета для обеспечения видео-связи высокого качества;
- WEB-камеру.

Исследование носило поперечный характер и включало сравнительный анализ эффективности очного и дистанционного осмотров офтальмолога при подозрении на ПОУГ. В данном исследовании была использована форма так называемой синхронной телемедицины, при которой врач, осуществляющий дистанционную консультацию, находится на связи и ведет осмотр в режиме реального времени. При этом сбор данных обследования пациентов проводился специально подготовленными студентами клинической ординатуры центра, которым были даны соответствующие инструкции по сбору клинического материала, его первичной обработки и передачи в центральный филиал, где на связи находился врач-офтальмолог, специализирующийся на глаукоме. На основании результатов дистанционного обследования, то есть анализ видео-изображений переднего отрезка глазного яблока, состояния диска зрительного нерва и результатов измерения ВГД.

Выделенная выборка пациентов проходила предшествовавшую очную консультацию у врача-офтальмолога непосредственно в самом учреждении с использованием стандартных методов исследования. При этом исследование полей зрения первичный осмотр в обоих случаях не включал, поскольку цель работы состояла в определении диагностической чувствительности обоих видов офтальмологического обследования на предмет скрининга глаукомы при отсутствии возможности выполнить более углубленные исследования (компьютерная периметрия, ОКТ).

В исследование были включены 56 пациентов (112 глаз) в возрасте старше 40 лет, которые были направлены из районных поликлиник и сельских врачебных пунктов на предмет уточнения диагноза глаукома. По результатам обследования у 40 пациентов (52 глаза) был установлен диагноз подозрение на

глаукому. Диагноз был выставлен после предшествовавшего очного обследования врачом-офтальмологом с использованием стандартных методов исследования пациентов с ПОУГ (биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия). Средний возраст составлял $48,5 \pm 6,4$ лет. Распределение по полу: 44 мужчин (55%) и 36 женщин (45%). У всех пациентов было получено письменное согласие на участие в дистанционном обследовании.

Результаты. За прошедшие годы в результате деятельности Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза и его региональных филиалов была разработана система телемедицины. В настоящее время суть работы данной системы описывается следующим образом: в региональном специализированном офтальмологическом учреждении организован кабинет, оснащенный необходимым оборудованием для дистанционной офтальмологической консультации.

В ходе дистанционных обследований основными показателями, на которые обращались внимание со стороны специалиста, помимо показателей ВГД, были показатели ДЗН (состояние передней камеры, величина экскавации, вертикальное отношение экскавации к диску, наличие и размер зоны перипапиллярной атрофии).

На основании анализа полученных от оператора данных в ходе дистанционной консультации посредством телемедицины удалось определить диагноз подозрение на глаукому на глазах 40 глаз, что составило 76,9% от общего числа выявленных случаев при очном осмотре.

Расчет показателей, представленный на таблице 1 показывает, что чувствительность скрининга методом телеглаукомы составила 81,25%, специфичность 95,2%, показатель положительной прогностической значимости – 94,5 и показатель отрицательной прогностической значимости – 81,1. Таким образом, результаты исследования показывают, в целом, высокие показатели эффективности метода телеглаукомы в плане скрининга заболевания.

Вместе с тем, установлено, что на 14 глазах, был выставлен ложно-отрицательный диагноз. К вероятным факторам, приведшим к недодиагностике во время дистанционного осмотра можно отнести низкое качество видео-изображения глазного дна, которое было обусловлено нарушением прозрачности хрусталика. В совокупности с пограничными показателями ВГД, указанный фактор вероятно привел к недооценке состояния.

Вместе с тем, следует отдельно отметить, что дальнейшее углубленное обследование пациентов с подозрением на глаукому с использованием компьютерной периметрии и ОКТ подтвердило наличие ПОУГ лишь на 44 глаза из 52 (84,6%). При этом на глазах, где диагноз подозрение на глаукому был установлен с помощью метода телеглаукомы, диагноз был подтвержден в 38 случаях (95%).

Вывод. Таким образом, результаты проведенного исследования доказывают высокий потенциал полного внедрения системы телеглаукомы в клиническую практику, что было наглядно продемонстрировано на примере использования данного метода в процессе скрининга заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ.

Якимова А.Д. студент 201 гр. факульт.дет.стом.

ТГСИ

Научный руководитель: Аслонов З.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Цель исследования: Изучение эффективности и безопасности неотложных лапароскопических вмешательств при серозной цистаденоме с целью оптимизации хирургического лечения данной патологии.

Материалы и методы: Для достижения цели и поставленных задач использованы общеклинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы исследования.

Для оптимизации лечения было использовано УЗИ, чтобы определить стадии, морфологии и отягощения патологии. УЗИ позволяет выявить однородную гипоехогенную опухоль с плотной гладкой капсулой размером от 3-х см. При небольших цистаденомах используют трансвагинальный доступ, при крупных — трансабдоминальный. Полученные результаты свидетельствуют о том, что предоперационная ультразвуковая диагностика типа и локализации новообразований в различных отделах малой тазовой полости обладает высокой чувствительностью и специфичностью.

Частота простой цистаденомы составляет 11% от всех новообразований яичников и 45% — от серозных (цилиоэпителиальных) опухолей. Чаще всего встречается у женщин в возрасте 30-50 лет.

Новообразования в малом тазу обнаруживаются у 30-45% больных, перенесших оперативное лечение гинекологических заболеваний. Значимость кистообразований имеет тенденцию расти в связи с постоянным увеличением количества операций на органах малого таза. Частота рецидива патологии составляет 25-29%.

Более чем у 80% пациенток диаметр опухоли составляет от 5 до 16 см, но в некоторых поздно диагностированных случаях её размеры достигали 30—32 см. Как правило, новообразование возникает с одной стороны. В 72% случаев оно является однокамерным, у 10% пациенток — двухкамерным и у 18% — многокамерным.

В последние 10 лет активно внедряются малоинвазивные методы в хирургическое лечение цистаденом.

Результат: Судя по результатам исследования женщин с данным заболеванием 82% пациенткам было предложено консервативное лечение. Остальным больным выполнены оперативные вмешательства в срочном порядке.

Операция заключалась в подготовке больного, рассечении тканей для доступа к полости малого таза, введении газа для создания рабочего пространства вместе с лапароскопом, чтобы идентифицировать кисту, затем удаление, используя пинцеты, ножницы и электрокоагуляторы, далее закрытие

ишемического дефекта. Полное восстановление после лапароскопического удаления серозной гладкостенной цистаденомы яичника наступает через 10—14 дней, после радикальных операций восстановительный период длится до 6—8 недель.

Послеоперационный период осложнился гнойно-воспалительными осложнениями со стороны раны в 5-7% случаях.

Вывод: Основываясь на показателях исследования, можно сделать заключение, что лапароскопическое удаление серозной кисты яичника - эффективная и минимально инвазивная процедура, которая позволяет точно и безопасно удалить кисту, минимизируя риск повреждения окружающих тканей. Эта методика обеспечивает быстрое восстановление пациента, сокращает время пребывания в больнице и позволяет достичь хороших результатов с минимальными осложнениями.

ФУНДАМЕНТАЛ ФАНЛАР

YURAKNING FUNKSIONAL ANATOMIYASI VA YURAK MUSKULI FIZIOLOGIYASI

Ilmiy rahbar: Umrqulova Sojida Husanovna

Talaba: Rustamova Zuxra Abdihakimovna

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti. 2-kurs davolash fakulteti.

Annotatsiya: Morfologik va funksional xossalariga ko'ra yurakning muskul tolalari ikki turga bo'linadi:

1) bo'lmachalar va qorinchalarning ishchi tolalari. Ular yurak muskulining asosiy massasini tashkil qilib, yurakning qonni haydash vazifasini amalga oshiradi;

2) ritm yetakchisi vazifasini bajaruvchi va yurakning o'tkazuvchi tizimini tashkil qiluvchi atipik tolalar. Bu tolalar qo'zg'alishni ro'yobga chiqaradi va uni miokardning ishchi tolalariga o'tkazadi. Yurak muskuli nerv to'qimasi va skelet muskullari bilan bir qatorda qo'zg'aluvchan to'qimalarga kiradi. Demak, u tinchlik potensialiga ega, bo'sag'adan yuqori ta'sirotlarga harakat potentsiali bilan javob qaytaradi, bu potentsialni o'tkaza oladi. Miokardning skelet muskullaridan farqi shuki, u funksional birlik (sinsitiy) dan iborat

Kalit so'zlar: Yurak, bōlmacha, qorincha, peysmeyker, mushak,

Yurak - tanadagi to'qimalarda qon aylanishini ta'minlash uchun mo'ljallangan mushak nasosidir. Odamning yuragi taxminan 300 g og'irlikda va ikki qismdan iborat: o'ng va chap. O'ng yurak qonni kislorod bilan ta'minlash uchun o'pka orqali aylantiradi (ya'ni o'pkada qon aylanishi orqali). Chap yurak qonni butun tananing to'qimalariga olib boradi (ya'ni tizimli qon aylanishi orqali).

Bo'lmachalararo to'siq o'ng va chap bo'lmachalarni ajratib turadi va ularning devori yupqa bo'ladi. O'ng bo'lmacha yuqori va pastki kovak vena orqali butun tananing to'qimalaridan kelgan venoz qonni oladi. Bu qon o'ng atrioventrikulyar teshik orqali o'ng qorinchaga o'tadi, bu teshik trikuspidal (uch tabaqali) qopqoq orqali yopib

turiladi. O'ng bo'lmachada yurak impulsini hosil qiluvchi Sinoatrial (SA) tuguni va bu impulsni qorinchalarga o'tkazadigan Atrioventrikulyar (AV) tugun deb nomlanuvchi yurakning atipik tipdagi peysmekar kardiomiotsitlar mavjud. Chap bo'lmacha o'pkadan kislorodli qonni to'rtta o'pka venasi orqali oladi (ikkita o'ng va ikkita chap). Bu qon chap qorinchaga mitral qopqoq bilan himoyalangan chap atrioventrikulyar teshik orqali o'tadi.

•QO'ZG'ALUVCHANLIK VA QISQARUVCHANLIK JARAYONI: ELEKTROMEXANIK HODISA

Yurak mushaklari qo'zg'aluvchan to'qima bo'lib, stimulyatsiya qilinganida harakat potentsialini (elektr hodisasini) hosil qiladi va qisqarish bilan javob beradi.

Yurak Mushaklarining Elektr Potensial.

Tinchlik potentsiali.

YURAK URISH TEZLIGI

Voyaga etgan erkakning normal yurak urishi daqiqada 70-80 zarba.

Yurak Tezligiga Ta'sir Qiluvchi Omillar:

1. Yosh. Yurakning tezligi yoshga qarab o'zgarib turadi, ya'ni vagal ohang darajasining oshishi tufayli

yosh oshgani sayin pasayadi. Turli yosh guruhlari bilan yurak urish tezligining normal diapazoni

2. Jins. Ayollarda tinch holatida yurak urish tezligi bir xil yoshdagi erkaklarnikiga qaraganda ancha yuqori. 3. Harorat. Tana haroratining ko'tarilishi bilan yurak urishi kuchayadi. Tana haroratining har 1° F ga ko'tarilishi bilan, yurak urish tezligi daqiqada 10 marta ko'payadi.

4. Qon bosimi. Yurakning tezligi arterial bosimga teskari bog'liq; Bu Marey qonuni deb ataladi.

5. Hissiyotlar. Taxikardiya tashvish, g'azab va qo'rquv kabi his-tuyg'ularda uchraydi. Bradikardiya

to'satdan zarba va qayg'u bilan bog'liq. Yurak tezligiga hissiy ta'sir kortikogipotalamik yo'llar orqali amalga oshiriladi.

6. Mashq qilish. Mushak mashqlari paytida yurak tezligi oshadi.

7. Og'riqli ogohlantirishlar:

-Yuzaki og'riq taxikardiya va gipertenziya (qon bosimining oshishi) sabab bo'ladi.

-Chuqur og'riq (visseral og'riq) bradikardiya va gipotenziya (qon bosimining pasayishi) bilan bog'liq. 8. Nafas olish. Yurak tezligi nafas olish fazalariga qarab o'zgaradi; u inspiratsiya bilan ortadi va ekspiratsiya paytida kamayadi. Ushbu hodisa sinus aritmi deb ataladi. Kichiktoylar va bolalarda oddiy nafas olish paytida o'zgarishlar juda tez-tez uchraydi, lekin kattalarda u faqat chuqur nafas olayotganda kuzatiladi.

ELEKTROKARDIOGRAFIYA

Nemis fiziologi Villem Eynxtoven dastlab elektrokardiografiya texnikasini ishlab chiqdi. U 1924 yilda Nobel mukofoti bilan taqdirlangan va zamonaviy elektrokardiografiyaning otasi deb ataladi.

Elektrokardiografiya har bir yurak urishi bilan hosil bo'lgan barcha yurak mushaklari tolalarining umumiy elektr hodisalarini hujayradan tashqari qayd qilishni

anglatadi. Elektr bilan yurak o'zini dipol sifatida tutadi, ya'ni ikkita terminal batareyasi bo'lib, ularda qo'zg'atilgan qism (depolarizatsiyalangan segment) manfiy qutb hosil qiladi va qo'zg'atmagan qismi musbat qutbni hosil qiladi. Shunday qilib, elektrokardiogramma (EKG) ma'lum bir vaqtda yurak dipolining ikkita qutbi o'rtasidagi potentsial farqni sirt qayd etish.

Yurak siklidagi hosil bo'lishi mumkin bo'lgan to'lqinlarni qayd qilish EKG deb ataladi. Ushbu potentsial tebranishlarni qayd qilish uchun ishlatiladigan mashina elektrokardiograf deb ataladi, u asosan sezgir galvanometrdir.

EKGni YOZIB OLISH. EKG o'tkazgichlari va EKG simlari tana yuzasiga joylashtirilgan hamda, faqat ikkita nuqta orasidagi potentsial tebranishlarni o'lchash uchun EKG apparatiga ulangan ikkita elektrodga asoslangan holda EKG yozib olinadi. EKG ikki turdagi tarmoqdan, bipolyar va unipolyar yo'nalishlar yordamida qayd etiladi.

Xulosa.

Yurakning ritmik qisqarishlari uning o'zida ro'yobga chiqadigan impulslarning natijasi hisoblanadi. Agar organizmdan ajratib olingan yurak tegishli shroitda saqlansa, u ritmik ravishda qisqaraveradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Normal fiziologiya. Taqrizchi: tibbiyot fanlari doktori, professor: A Qodirov Toshkent Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti.
2. O.T. Alyaviya, I.Sh. Qodirov, A.N. TSodirov, Sh.D. Xamrotsulov, E.X. Halilov. "NORMAL FIZIOLOGIYA". Toshkent yangi asr avlodi. 2007 yil.
3. Е. Б. БАБСКИЙ, А. А. ЗУБКОВ, Г. И. КОСИЦКИЙ, Б. И. ХОДОРОВ. "ODAM FIZIOLOGIYASI". T. "Meditsina" 1972 yil.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Сулейманова Гузала Фахриддиновна

*Студентка 3 курса стоматологического факультета,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарипова П.А.
*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Актуальность темы: Воспалительные заболевания десен широко распространены среди населения различных возрастных категорий, в том числе более, чем у половины детей. Подобные болезни очень часто становятся запускаящим механизмом других зубочелюстных заболеваний и потери самих зубов. Необходимость выявления и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости у детей обусловлено и тем, что их осложнения (на сердце, почки) гораздо сложнее поддаются лечению и на ранних стадиях болезни легче довести их до логического конца.

Гингивит – это одно из заболеваний зубочелюстной системы, который характеризуется воспалением слизистой оболочки десен. Другие ткани, такие

как связочный аппарат и костная ткань обычно не вовлекаются в воспалительный процесс и не склонны к патологическим изменениям. Площадь воспаления данного заболевания зависит от возраста, постоянства, качества ухода за ротовой полостью и т.д. Локализация данного заболевания, в основном, одинаковая - все участки, которые плохо поддаются гигиеническим мероприятиям.

Целью данного исследования является выявление патофизиологических особенностей частоты встречаемости и клинического течения различных форм гингивита в зависимости от профилактики в детском возрасте.

Методы исследования: использованы собственные исследования, проведённые у 50 детей. Результат данных о частоте заболеваемости гингивитом и показатели индекса гигиены (ИГ) в детской возрастной группе.

Результаты исследования: Исследования показали, что уровень гигиенического воспитания у детей младшего школьного возраста (7-10 лет) значительно ниже, чем у детей среднего (10-13 лет) и старшего (13-16 лет) возраста, о чем свидетельствуют показатели индекса гигиены (ИГ): 3,2, 2,4 и 1,6 соответственно. По данным ИГ, которые были зафиксированы отдельно по каждому зубу, был отмечен следующий факт: показатели ИГ на зубах с правой стороны выше, чем с левой стороны. Этот факт можно объяснить тем, что основная масса людей правши и поэтому при чистке зубов левая сторона чистится лучше, чем правая сторона. Выявлены высокие показатели распространенности зубочелюстной аномалии: аномалии окклюзии у 58%, нарушение зубных рядов около 27%, аномалии отдельных зубов около 10%. Влияние общих и местных неблагоприятных факторов привело к высокой распространенности кариеса у обследованных школьников (более 90%), патология пародонта: в младшей школьной группе около 19%, в средней группе 47%, у старших школьников около 69%. При наличии общесоматических заболеваний интенсивность заболевания десны намного более выражена по сравнению со здоровыми и практически здоровыми детьми. Основная выявленная патология тканей пародонта – катаральный гингивит. Однако важную роль играют местные и общие факторы риска развития, при котором тяжесть течения воспалительного процесса увеличивается и переходит в более тяжелые формы заболевания.

Выводы:

1. На основании вышеперечисленных причин и условий развития болезни, можно сделать выводы что распространенность заболеваний десны и патологии зубочелюстной системы среди детей и подростков на достаточно высоком уровне.

2. Самыми частыми причинами и условиями заболевания гингивитом являются неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у детей и подростков.

3. Невнимательное отношение родителей к гигиеническому воспитанию ребенка, наличие зубочелюстных аномалий также имеют важную роль в развитии общих и местных воспалительных заболеваний ротовой полости.

СУВНИ ОРГАНИЗМ УЧУН АХАМИЯТИ

¹Икромов Н.Ж., ²Абдукадиров Х.Ж.

¹Стоматология факультети 210 А гурухи талабаси

Илмий раҳбар: Жамоат саломатлиги, соғлиқни сақлашни бошқариш ва жисмоний маданият кафедраси ассистенти

Сув бу – одам организмидаги асосий эритувчидир. Унинг ёрдамида барча фойдали моддалар ташилади, шунингдек, у организмдан чиқиндиларни ва зарарли моддаларни чиқариб ташлайди. Сувли эритмаларимизда барча кимёвий реакциялар содир бўлади.

Сувнинг сифати, унинг кимёвий ва бактериологик таркиби, аҳолининг соғлиқ ҳолати ва касаллик даражаси ўртасидаги боғлиқлик аллақачон қайд этилган.

Ичимлик суви сифатли, фойдали ва хавфсиз бўлиши инсон саломатлиги учун жуда муҳим.

Экологик тоза ичимлик суви – инсон учун энг муҳим озиқ-овқат маҳсулоти ҳисобланади. Инсон ўртача умрида 35 тонна сув ичади. Ана шу сув тозаланса, ундан 420 стакан тузлар ва бошқа ифлослантирувчи моддалар чиқиши мумкин.

Агар у тозаланмаса организмни нормал ишлашига тўсқинлик қилади.

Сувсизланган касал организмда “ифлосланиш” жараёни янада кучаяди. Шу сабабли айнан касаллик пайтида организмни тоза сув билан таъминлаш муҳим, бу беморнинг тезроқ тузалишига ёрдам беради.

Турли мутахассислар ҳар куни 6-8 стакан тоза сув ичишни тавсия қилишади. Ичимлик суви ва овқат тайёрлаш учун ишлатиладиган сув имкон қадар тоза бўлиши жуда муҳим.

Сифатли ичимлик суви соғлиқни мустаҳкамлайди ва кўплаб касалликлар пайдо бўлишининг олдини олади.

Бугунги кунда олимлар замонавий касалликларнинг жуда кўпчилиги организмнинг сувсизланиши билан боғлиқ эканлигини аниқладилар. Сувнинг одам организми учун аҳамиятли эканлигини қуйидаги кўрсаткичлардан ҳам кўришимиз мумкин:

-Организмдаги сув миқдори 2 % га камайишида –уйкучанлик, кўнгил айланиши пайдо бўлади ва одам узини ёмон ҳис эта бошлайди;

- Организмдаги сувнинг 6-10 % га камайиши хансирашга, бош оғриқларига, концентратийани бузилишига, мия фаолиятини бузилишига олиб келади;

- 11-19 % сувсизланиш эса кўриш ва эшитиш қобилиятини кескин пасайишига, мушак тўқималарининг тортишишига олиб келади ;

-Организмнинг 25% сув ёқотиши эса ўлимга олиб келади.

Демак, инсон танасининг нормал ишлаши учун оптимал сув-туз мувозанатини сақлаш керак.

Оптимал сув мувозанатини сақлаш учун суюқликларни бир хил порцияларда маълум вақт оралигида исиш зарур.

- Илиқ сув ичиш лозим.

- Овқатланишдан олдин. Кўпинча организм чанқоқ хиссини очлик хисси деб қабул қилади. Овқатдан 20 минут олдин суюқлик ичиш ошқозон-ичак трактини овқат хазмига таёрлайди.

Шулардан келиб чиққан холда организмнинг сувсизланиши қандай оқибатларга олиб келишини куриб чиқайлик:

- Қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши;
- Юрак-кон томир тизими ва асаб тизимининг фаолиятидаги бузилишлар;
- Ортиқча вазн тўплаш;
- Бош оғриқлари ,тез толиқиш, кон босимидаги ўзгаришлар;
- Сочларнинг қуруқлашиши, тирноқлар синувчанлиги, терининг ерта қариши;

- Оғиз қуриши . тилдаги қарашлар , оғиздан бадбўй хидлар келиши;
- Ич қотишлар, Буйракда ва ўт пуфагида тош пайдо бўлиши.

Инсон танаси сувни тозалаш учун филтёр эмас, балки шахснинг ҳар томонлама ривожланиши учун муҳим восита ҳисобланади.

Биз ҳар куни сув билан мулоқот қиламиз – уни ичамиз, овқат тайёрлаймиз, ювинамиз, идишларни ювамиз. Аммо аксариятимиз сув ҳақида ҳеч нарса билмаймиз.

Сув бу – табиий шароитда учта, муз, буғ ва суюқлик ҳолида осонликча топиладиган ягона модда ҳисобланади.

Ҳатто инсон танасининг ҳам ўртача 50-80 фоизи сувдан иборат. Бу кўрсаткич одам эмбрионида 95 фоиз, янги туғилган чақалоқ танасида 86 фоиз, болаларда 70-80 фоиз, ўрта ёшлиларда 60-70 фоиз ва кекса одамлар танасида 50 фоизгача сув борлигини кўрсатади.

Сув фақат ҳаёт берибгина қолмай, уни олиши ҳам мумкин. Дунёдаги барча касалликларнинг 85 фоизи сув орқали юқади. Ҳар йили 25 млн инсон ушбу касалликлар туфайли вафот этади.

Агар инсон ўз танасининг 2 фоиз сувини йўқотса, у кучли чанқаш ҳис қилади. Йўқотилган сувнинг миқдори 10 фоизгача ошса, унда ҳолсизланиш ва алаҳсираш бошланади. Йўқотиш 12 фоизга етса, бемор врач ёрдамисиз тикланмайди. Танадаги сув миқдори 20 фоиз йўқотилганда инсон вафот этади.

Дунёдаги ичишга яроқли сувларнинг бир қисми музликлардан иборат. Музликлар Ер юзидаги кўллар ва дарёлардаги сувлардан фарқли равишда жуда тоза ҳисобланади. Чунки атроф-муҳит ифлосланиши, чанг зарралари баланд тоғларда жойлашган музликларгача етиб бормайди.

Киши танадаги сув миқдорини ушлаб туришда турли газланган ичимликлар ва шарбатлардан воз кечиб, фақат тоза сув истеъмол қилишга ўтса калория кескин камаяди ва ортиқча вазндан тез халос бўлиш мумкин.

Бундан ташқари, фақат тоза сув истеъмол қилиш соғлиқ учун ҳам жуда фойдали. Чунки айрим касалликлар газланган ичимликлар, шарбатлар ва қаҳвани кўп истеъмол қилиш ортидан келиб чиқади.

Фақат тоза сув истеъмол қилиб юриш юрак хуружининг эҳтимолини камайтиришга ёрдам беради. Тадқиқотлар давомида олимлар кунига тахминан

олти стакан сув ичадиган одамлар, фақат икки стакан ичадиганларга қараганда юрак хуружига камроқ учрашини аниқлашган.

Инсон сув ичмаса узоқ яшай олмайди. Инсон учун энг муҳим эҳтиёж кислород (тоза ҳаво) бўлса, иккинчиси сув ҳисобланади. Инсон егуликсиз қолса, тахминан олти ҳафта яшаши мумкин. Лекин сувсиз беш-етти кун яшай олади холос. Олимларнинг ҳисоб-китобларига кўра инсон умри давомида тахминан 35 тонна сув ичади.

Ичимлик сувини қабул қилиб туриш жуда осон иш бўлишига қарамай, кўплаб инсонлар бу заруратни унутишади. Аммо суюқлик ичиш режимига амал қилиш мустаҳкам соғлиқ негизи эканлигини унутмаслигимиз керак.

КАРИЕС КАССАЛЛИГИ ОЛДИНИ ОЛИШДА СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ

¹Исмоилова Умида, ²Махмудова М.Х.

*¹401-групп талабаси .Даволаш иши,Тиббий педагогика ва Халқ таъбири
факультети*

²Тошкент давлат стоматология институти

Кариес – энг кенг тарқалган стоматологик касалликлардан бири бўлиб, ривожланган мамлакатлар учун хосдир. У ҳаёт учун хавф солмайди, аммо яшаш сифатини салмоқли даражада пасайтиради. Полиэтиологик хасталиклар сирасига кирувчи кариес бир қатор алиментар омилларга боғлиқ бўлиб, уларни умумий ва маҳаллийга ажратиши мумкин. Умумий омилларга тиш тўқимасидаги нормал метаболизмни таъминловчи рациондаги фтор, D, A ва C витаминлари, кальций, оксиллар киради. Маҳаллий омилларга оғиз бўшлиғидаги pH ва микрофлора моно- ва дисахаридлар ва органик кислоталар билан бошқариш киради. Овқат билан тушувчи ёки оғиз бўшлиғидаги бактериялар углеводларни ферментациялаши натижасида пайдо бўлувчи кислоталар таъсирида тиш эмалининг деминералланиши оқибатида кариес ривожланади. Энг кўп ацидоген потенциал – сахароза да, глюкозада ва фруктозада, энг кам эса – лактозада аниқланган. Кариесни энг кўпроқ пайдо қилувчи бактерияларга *Streptococcus mutans* киради. Кариеснинг энг паст даражаси шакар истеъмоли 1 одам учун йилига 20 килограммдан ошмайдиган популяцияларда учрайди, бу эса рацион умумий калориялилигининг 6 ... 10 % ига тенгдир. Шакар истеъмолини назорат қилишда рационда салқин ичимликлар ва ширин шарбатлар бўлишига алоҳида эътибор қаратиш лозим, илло улар оғиз бўшлиғининг физикавий-кимёвий хусусиятларига энг кўп ифодаланувчи салбий таъсир кўрсатади.

Кариес профилактикасида фтор катта роль ўйнайди, унинг сувни, тузни ёки сутни бойитиш (фторлаш) ҳисобига оптимал тушиши эса кариес частотасини сезиларли пасайтиради. Мавжуд маълумотларга кўра, фторланган туздан фойдаланиш кариес юз беришини 50 % га пасайтиради. Чой таркибидаги фторидлар ҳам ижобий роль бажаради: кун давомида ичиладиган чой ҳам кариес билан касалланишни камайтиради.

Рационал овқатланишнинг кариес профилактикасидаги ўрни. Тишлар кариесини ва пародонт тўқималарни яллиғланиш жараёнини олдини олишда тўғри, мувофиқлашган овқатнинг муҳим аҳамият касб этиши бутунки кунда

илмий асосланган. Овқат маҳсулотларининг тиш тўқималарига кўрсатадиган таъсирини қуйидагича тасаввур қилиш мумкин:

1-Тиш тўқималари (эмал, дентин, цемент) тараққиёти пайтида қон оқими орқали келаётган минерал тузлар, оксил моддалар тиш тўқималарини шакллантиришда ва оҳакланишида иштирок этиб, уларнинг турғунлигини таъминлайди.

2-Тишлар чиқиб бўлгандан кейин, озиқ моддалар сўлак таркибида тишлар эмалини мунтазам ҳўллаш орқали керакли миқдорда уни минерал тузларга тўйинтириб туради.

3-Овқат истеъмолидан кейин қолган овқат қолдиқлари, айниқса углеводли овқатлар тиш юзасига ёпишиб қолиб, бижғиши натижасида кариесоген ҳолатни юзага келтиради.

Тишлар эмал қобиғининг кариесга нисбатан турғунлигини таъминловчи бош омил бўлиб, хомиладор оналарнинг тўлақонли, сифатли миқдор жиҳатидан организм талабига мос, ўз таркибида сутли маҳсулотлар, минерал тузлар, витаминлар, мевалар, сабзавотлар сақловчи мувофиқлашган овқатланишни тўғри ташкил қилиш ҳисобланади. Шу йўсинда овқатланишни бола туғилганидан сўнг камида 1-1.5 ёшгача бўлган болалар ўртасида ҳам ташкиллаштириш зарур. Чунки бу ёшда болаларда доимий тишлар куртаклари шаклланаётган бўлади. Янги туғилган бола учун энг мувофиқлашган тўйимли озиқа она сuti эканлигини эсдан чиқармаслик лозим. Ҳар қандай суъний озиқлантириш боланинг юз-жағ системаси тизимининг нотўғри шаклланишига, тишларнинг кариесга нисбатан турғун бўлмаслигига олиб келади. Иложи бўлмаган тақдирда суъний овқатланишнинг камчиликларини қўшимча равишда болага мевалар шарбати, сабзавотлар пюреси ва бошқа минерал моддалар сақловчи озиқлар бериш билан муҳофаза қилиш керак. Бугунги кунда қўлга киритилган илмий маълумотлар шуни кўрсатадики, оғиз бўшлиғидаги овқат қолдиқлари тишлар чиққандан сўнг уларнинг ҳаёт фаолиятида муҳим маҳаллий таъсирот кўрсатувчи куч ҳисобланади. Кундалик турмушимизда биз углеводли овқатларни кўпроқ тановвул қилишга ўрганганмиз. Айниқса ёш болалар рациониди у салмоқли ўрин тутди. Ана шу углеводларни илмий нуқтаи назардан икки гуруҳга ажратиш мумкин:

- 1) енгил ферментланувчи (парчалануви)-шакарлар, крахмал,
- 2) шакар ўрнини босувчилар-сорбитол, маннитол, ксилитол, малтитол ва бошқалар.

Шакарлар таркибига сахароза, фруктоза, глюкоза, лактозалар кирази. Крахмал картошка, гуруч ва дон маҳсулотларидан тайёрланган озиқлар таркибини ташкил этади. Оғиз бўшлиғида амилаза ферменти крахмал молекуласини парчалаб, ундан глюкоза ҳосил қилади. Сахароза, глюкоза ва фруктозалар кучли кариесоген моддалар бўлиб ҳисобланади. Фруктоза ёки лактоза алоҳида қабул қилинса, унда уларнинг кариес чакирувчи хусусияти анча пасаяди. Тез парчаланувчи углеводларни қабул қилиш кўпайганда де- ва ре-минерализация ўртасидаги мувозанат бузилиши оқибатида жараён деминерализация томонига сурилади ва натижада кариес жараёни фаоллашади, кариес жадаллиги ошади. Бунинг сабаби шуки, тиш эмали сатҳига ёпишиб ҳаёт

кечираётган бактериялар тез парчаланувчи углеводларни ўзига озиқ сифатида қабул қилса, иккинчи томондан уларни тиш қарашлари учун асос сифатида ишлатишади ва охир оқибатда уларнинг бижғиши натижасида сут кислотаси ҳосил бўлиб, эмалнинг деминерализациясига олиб келади.

Изланишлар шуни кўрсатдики, бугунки кунда аҳоли ўртасида кариес жараёнини фаоллигини оширувчи озиқ моддаларнинг қуйидаги салбий хусусиятлари ҳисобга олиниши зарур:

- овқат маҳсулотларда тез парчаланувчи шаклар мавжудлиги - тез-тез овқатланиш одати

- оғиз бўшлиғи-тишлар юзасини тозаловчи қаттиқ маҳсулотларни истеъмолини камайтириш

- кариес жараёнини нейтралловчи овқат маҳсулотларини кам истеъмол қилиш. Углеводли овқатларни кўп истеъмол қилишдан кўра уни оз бўлсада тез-тез истеъмол қилиш кариес содир бўлишида муҳим ўрин тутди. Углеводларни бошқа озиқ маҳсулотлари билан бирга қабул қилинса, уларнинг салбий таъсири анча сусаяр экан.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мирзарахимова¹ К.Р., Мурадов К.

*¹Ташкентский государственный стоматологический
институт, г.Ташкент*

Введение: Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное заболевание, регистрируемое у 34% населения планеты.

Цель. Изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста Зангиотинского района.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 220 детей с ЖДА в возрасте от 5 месяцев до 5-х лет. Возраст обследованных был: от 5 месяцев до 1 года-87 детей, от 1 года до 3 лет-59 детей, от 3 до 5 лет - 74 детей.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов 85 детей (80,0%), отсутствие аппетита у 71 (52,6%), извращение вкуса-употребление земли, глины, мела у 60 (46,6%), появление частых срыгиваний у 52 детей (45,2%) и рвоты 18 (15,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи 76 (54,7%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице. У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка-«лакированный язык» 32 (25,5%), так называемые «заеды» в углах рта ангулярный стоматит 31 (24,5%).

Выводы. Таким образом, железодефицитная анемия у детей раннего

возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 1 года, а в клинической картине преобладают кожно эпителиальный синдром, нервной, сердечно-сосудистой системах.

Литература:

1. Мирзарахимова К. Р. Распространенность врожденных аномалий у детей: факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении //Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22. – №. 5. – С. 41-48.
2. Mirzaraximova K. R. The prevalence of congenital anomalies in children is a risk factor and the role of community nurses in the prevention of" Medical nurse //Scientific-practical journal. – Т. 5. – С. 41-48.
3. Mirzarakhimova K. R. et al. Management in stomatology //South Asian Journal of Marketing & Management Research. – 2020. – Т. 10. – №. 10. – С. 82-89.
4. Мирзарахимова К. Р., Нурмаматова К. Ч., Абдашимов З. Б. Изучение статистики врожденных аномалий //Вестник науки. – 2019. – Т. 4. – №. 12 (21). – С. 207-214.
5. Mirzarahimova, K. R., and K. Nurmatomova. "CH, the question on the prevalence functional disorders dental system in children." *XII International (XXI All-Russian) Pirogov scientific medical conference students and young scientists Moscow*. Vol. 120. 2017.
6. Ризаев, Ж. А., et al. "Туғма аномалияларнинг болалар орасида тарқалиши STOMATOLOGIYA № 1, 2019 (74)[Rizaev JA, Nurmatomova Q., Dusmukhamedov DM, Mirzarakhimova KR The distribution of congenital anomalies among children."
7. Kasimova, D. A. "KR Mirzarahimova Factorof diet in the development and prevention congenital anomalies TA-nabedrennik joints." *Muharrir the Minbariuv VA Etisalat*.
8. KR M. et al. Risk factors caused by congenital disorders in children //a biblical narrative of the theology of work.

ПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Одилова Ш.Ф., Хакимова З.А. студентки 301 «А» группы

Факультет детская стоматология ТГСИ

Научный руководитель: Шарипова П.А. доцент кафедры физиологии и патологии

Ташкентский государственный стоматологический институт.

Узбекистан

Актуальность темы: Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) – это распространенная проблема, как в Узбекистане, так и во всем мире. Около 80% беременных женщин в Узбекистане имеют признаки ВЗП, что значительно выше, чем у небеременных женщин. ВЗП у беременных могут привести к серьезным осложнениям, таким как преждевременные роды, низкая масса тела при рождении и гестоз. Несмотря на широкую распространенность,

осведомленность о ВЗП среди населения и медицинских работников в Узбекистане остается низкой. Это приводит к несвоевременной диагностике и лечению ВЗП у беременных, что может иметь серьезные последствия для здоровья матери и ребенка.

Цель исследования: Изучить особенности течения ВЗП при сопутствующих гормональных изменениях и наличии факторов риска у беременных женщин. На основании анализа литературы по воспалительным заболеваниям пародонта выявить современные методы лечения и профилактики данной патологии.

Методы исследования: В данной работе проведен анализ уровня женских половых гормонов (эстрогена, прогестерона), состояния микрофлоры полости рта (видовой состав бактерий, количество бактерий), а также реакции иммунного ответа (количество иммунных клеток, уровень цитокинов) и метаболические изменения костной ткани (плотность костной ткани, скорость резорбции костной ткани) у беременных пациентов. У них же проведено анкетирование беременных женщин по соблюдению правил индивидуальной гигиены и лабораторные исследования.

Результаты исследования: При анализе литературы было установлено, что воспалительные заболевания пародонта – это комплексное заболевание, в развитии которого участвуют различные воздействия, в том числе и факторы риска.

В результате исследований установлено, что особую роль в развитии ВЗП у беременных играет изменение гормонального фона, которые во время беременности могут привести к различным изменениям.

Изменению микрофлоры полости рта способствует повышение уровня прогестерона и эстрогена может привести к разрастанию бактерий, способствующих образованию зубного налета. Это, в свою очередь, может привести к развитию гингивита, который является предвестником более серьезных заболеваний пародонта.

Повышению чувствительности тканей пародонта к бактериальным агентам также приводят гормональные изменения, которые могут сделать десны более рыхлыми и восприимчивыми к инфекции. Это может привести к более быстрому развитию и прогрессированию ВЗП.

У большинства пациентов наблюдается снижение иммунитета во время беременности, иммунная система женщины естественным образом ослабевает, что делает ее более подверженной инфекциям, включая ВЗП.

Выводы:

1. Повышение уровня прогестерона и эстрогена во время беременности влияет на микрофлору полости рта, иммунный ответ и метаболизм костной ткани, создавая благоприятные условия для развития ВЗП.

2. Несоблюдение правил гигиены приводит к накоплению зубного налета и бактерий, являющихся основной причиной ВЗП, что может привести к появлению кариозных поражений, воспалительных заболеваний ЖКТ, патологий эндокринной системы и другие.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У БОЛЬНЫХ С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рахманкулова Сабина

*Студентка 3 курса детского стоматологического факультета,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарипова П.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Актуальность. Гингивит – это одно из заболеваний зубочелюстной системы, который характеризуется воспалением слизистой оболочки десен. Площадь воспаления данного заболевания зависит от возраста, постоянства наличия инфекции, качества ухода за ротовой полостью и т.д. Индивидуальная гигиена полости рта является одним из основных факторов в поддержании стоматологического здоровья как детей, так и взрослых.

Целью данного исследования является оценка эффективности использования средств ухода за полостью рта в поддержании стоматологического здоровья при лечении простого маргинального гингивита у больных с наличием сопутствующих патологий.

Методы исследования: В данном исследовании были использовано проведение анкетирования у 65 больных с симптомами и признаками гингивита при наличии различных хронических заболеваний и с нарушениями ухода за полостью рта.

Результаты исследования: Симптомы и признаки простого гингивита начинаются обычно с появления углубления борозды между зубом и десной, за которым следует образование полосы красной воспаленной десны вдоль одного или нескольких зубов, с отеком межзубных сосочков и легко индуцируемым кровотечением. Боль, как правило, отсутствует. Воспаление может разрешиться, оставаться поверхностным в течение многих лет, а в некоторых случаях прогрессировать до перикоронита и пародонтоза.

Перикоронит – острое, болезненное воспаление десневого лоскута (крышечки) над частично прорезавшимся зубом, как правило, вокруг третьих моляров нижней челюсти (зубов мудрости). Инфекция является обычным явлением, и могут развиваться абсцесс или флегмона. Перикоронит часто рецидивирует при попадании пищи в поддесневой лоскут и может усугубляться травмой моляров на противоположной, верхней челюсти. Десневой лоскут исчезает, когда зуб полностью прорезывается. Многие зубы мудрости не прорезаются и их называют погруженными.

Во время менопаузы у 10 больных возник десквамативный гингивит. Он характеризуется темно-красной болезненной десневой тканью, которая легко кровоточит. Десны мягкие из-за отсутствия кератинизированных клеток, которые сопротивляются истиранию частицами питания.

Во время беременности у 22 больных развились отеки, особенно межзубных сосочков. Мягкие, красноватые имеющие ножку наросты десны возникли на межзубных сосочках в течение 1-го триместра и сохранялись в течение всей беременности с образованием быстро развивающихся гнойных гранул, которые иногда называют опухолью беременности. Причинный раздражитель в данных случаях – наличие это зубного камня и восстановленный зуб с шероховатым краем.

Неконтролируемый диабет, выявленный у 23 больных, являлся фактором утяжеления и эффектом раздражения десны при повышенном содержании сахара в крови, что делает вторичные инфекции и острые абсцессы десны распространенными проявлениями.

При лейкемии у 6 больных десны выглядели налитыми кровью с лейкозным инфильтратом, демонстрируя клинические симптомы отека, боли и легко индуцированное кровотечение.

При пеллагре у 4 больных десны воспалены, легко кровоточат и восприимчивы к вторичной инфекции. Кроме того, губы краснеют и трескаются, создается ощущение, что рот обожжен, язык гладкий и ярко-красный, и язык и слизистая оболочка имеют изъязвления.

Всем больным рекомендована регулярная гигиена полости рта и профессиональная чистка, который оказал положительный эффект. Простой гингивит обычно контролируется надлежащей гигиеной полости рта с применением полоскания ротовой полости антибактериальными растворами.

Выводы:

1. Не соблюдение ежедневной индивидуальной гигиены полости рта у больных с сопутствующими заболеваниями осложняются развитием гнойно-воспалительных процессов.
2. Использование антибактериальных средств ухода даёт положительный эффект, несмотря на наличие сопутствующих заболеваний.
3. Наличие сопутствующих заболеваний утяжеляет течение воспалительных заболеваний полости рта, что требует проведение профилактических работ в средствах массовой информации и медицинских учреждениях.

ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА АХБОРОТ ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЁШЛАРНИНГ ХУҚУҚИЙ МАДАНИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШ

¹Рахманов Т.О., ²Ашурова М.

¹Тошкент давлат стоматология институти

²Даволаш иши 207 гуруҳ талабаси

«Дунёда терроризм таҳдидлари, айникса, сўнгги йилларда кучайиб бораётгани уларга қарши, асосан, куч ишлатиш йўли билан курашиш усули ўзини оқламаётганидан далолат беради. Сайёрамизнинг эртанги куни, фаровонлиги фарзандларимиз қандай инсон бўлиб камолга етиши билан боғлиқ. Бизнинг асосий вазифамиз – ёшларнинг ўз салоҳиятини намоён қилиши учун

зарур шароитлар яратиш, зўравонлик ғояси «вируси» тарқалишининг олдини олишдир» Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.Мирзиёев БМТ Бош Ассамблеясининг 72-сессиясида шундай деган эди: Юқоридаги вазифаларни амалга ошириш учун, албатта, ОТМ ва ўрта мактабдаги педагогларнинг зиммасига катта масъулият юкланади. Бунинг учун ёшларимизнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашда юртимизда қандай норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар қабул қилинганлиги тўғрисида доимий равишда маълумот бериб боришимиз керак бўлади. Зеро, уларнинг ҳуқуқий маданияти, ҳуқуқий онги ва билимини оширсак, ахборот хуружларидан фарзандларимизни асраган бўламиз.

Албатта, бу бир киши томонидан амалга ошириладиган вазифа эмас, балки президентимиз Фармонида белгилаб қўйилганидек «шахс – оила – маҳалла – таълим муассасаси – ташкилот - жамият» принципи асосида ташкил этилиши керак. Шундай экан, бош қомусимиз бўлган Ўзбекистон Республикаси Конституциясида барча фуқароларга тааллуқли меъёрлардан ташқари, айнан ёшларнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашга тегишли бўлган қоидалар ҳам мавжуд.

Жумладан, 29-модда: «Ҳар ким фикрлаш, сўз ва эътиқод эркинлиги ҳуқуқига эга. Ҳар ким ўзи истаган ахборотни излаш, 113 Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Бирлашган Миллатлар Ташкилоти Бош Ассамблеясининг 72-сессиясидаги нутқи. Халқ сўзи газетаси, 2017 йил 20 сентябрь, № 189 (6883). 4-б.142 олиш ва уни тарқатиш ҳуқуқига эга, амалдаги конституциявий тузумга қарши қаратилган ахборот ва қонун билан белгиланган бошқа чеклашлар бундан мустаснодир».

Шунингдек, Ўзбекистонда 2016 йилнинг 14 сентябрида Ўзбекистон Республикасида «Ёшларга оид давлат сиёсати тўғрисида»ги Қонуннинг қабул қилинганини алоҳида қайд этиб ўтиш жоиз. Ушбу ҳуқуқий ҳужжат бош ислохотчи бўлган давлатнинг ёшлар масаласига доир стратегик йўналишларини изчил ва тизимли равишда босқичма-босқич амалга ошириш йўллариини белгилаб берди. Ёшларга оид давлат сиёсати давлат томонидан амалга ошириладиган ҳамда ёшларни ижтимоий жиҳатдан шакллантириш ва уларнинг интеллектуал, ижодий ва бошқа йўналишдаги салоҳиятини камол топтириш учун шарт-шароитлар яратилишини назарда тутадиган ижтимоий-иқтисодий, ташкилий ва ҳуқуқий чора-тадбирлар тизимидир. Шундай экан, қонун ёшларимизнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашда ҳуқуқий кафолат ҳисобланади, норматив-ҳуқуқий актда ёшларни ватанпарварлик, фуқаролик туйғуси, бағрикенглик, қонунларга, миллий ва умуминсоний кадриятларга ҳурмат руҳида, зарарли таъсирлар ва оқимларга қарши тура оладиган, ҳаётга бўлган қатъи ишонч ва қарашларга эга қилиб тарбиялаш белгилаб қўйилган.

Шундай қилиб, Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ёшларга оид давлат сиёсати самарадорлигини ошириш ва Ўзбекистон Ёшлар Иттифоқи фаолиятини қўллаб-қувватлаш тўғрисида»ги Фармонида ёшларнинг илмий ва бадий китоблар, жумладан, электрон асарларни ўқишга бўлган қизиқишини янада ошириш, ҳуқуқий, экологик, тиббий ва ахборот-коммуникация технологияларидан фойдаланиш маданиятини юксалтириш орқали яхшиликларни амалга ошириш катта аҳаиятга эгадир.

ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА АХБОРОТ ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЁШЛАРНИНГ ҲУҚУҚИЙ МАДАНИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШ

¹Рахманов Т.О., ²Ашурова М.

¹Тошкент шаҳри ТДСИ

²Даволаш иши 207 грux талабаси.

«Дунёда терроризм таҳдидлари, айниқса, сўнгги йилларда кучайиб бораётгани уларга қарши, асосан, куч ишлатиш йўли билан курашиш усули ўзини оқламаётганидан далолат беради.

Сайёрамизнинг эртанги куни, фаровонлиги фарзандларимиз қандай инсон бўлиб камолга етиши билан боғлиқ. Бизнинг асосий вазифамиз – ёшларнинг ўз салоҳиятини намоён қилиши учун зарур шароитлар яратиш, зўравонлик ғояси «вируси»

тарқалишининг олдини олишдир» Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.Мирзиёев БМТ Бош Ассамблеясининг 72-сессиясида шундай деган эди:

Юқоридаги вазифаларни амалга ошириш учун, албатта, ОТМ ва ўрта мактабдаги педагогларнинг зиммасига катта масъулият юкланади. Бунинг учун ёшларимизнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашда юртимизда қандай норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар қабул қилинганлиги тўғрисида доимий равишда маълумот бериб боришимиз керак бўлади. Зеро, уларнинг ҳуқуқий маданияти, ҳуқуқий онги ва билимини оширсак, ахборот хуружларидан фарзандларимизни асраган бўламиз.

Албатта, бу бир киши томонидан амалга ошириладиган вазифа эмас, балки президентимиз Фармонида белгилаб қўйилганидек «шахс – оила – маҳалла – таълим муассасаси

– ташкилот - жамият» принципи асосида ташкил этилиши керак. Шундай экан, бош қомусимиз бўлган Ўзбекистон Республикаси Конституциясида барча фуқароларга тааллуқли меъёрлардан ташқари, айнан ёшларнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашга тегишли бўлган қоидалар ҳам мавжуд.

Жумладан, 29-модда: «Ҳар ким фикрлаш, сўз ва эътиқод эркинлиги ҳуқуқига эга. Ҳар ким ўзи истаган ахборотни излаш,

113 Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Бирлашган Миллатлар Ташкилоти Бош Ассамблеясининг 72-сессиясидаги нутқи. Халқ сўзи газетаси, 2017 йил 20 сентябрь, № 189 (6883). 4-б.142 олиш ва уни тарқатиш ҳуқуқига эга, амалдаги конституциявий тузумга қарши қаратилган ахборот ва қонун билан белгиланган бошқа чеклашлар бундан мустаснодир».

Шунингдек, Ўзбекистонда 2016 йилнинг 14 сентябрида Ўзбекистон Республикасида «Ёшларга оид давлат сиёсати тўғрисида»ги Қонуннинг қабул қилинганини алоҳида қайд этиб ўтиш жоиз. Ушбу ҳуқуқий ҳужжат бош ислохотчи бўлган давлатнинг ёшлар масаласига доир стратегик йўналишларини изчил ва тизимли равишда босқичма-босқич амалга ошириш йўллари белгилаб берди.

Ёшларга оид давлат сиёсати давлат томонидан амалга ошириладиган ҳамда ёшларни ижтимоий жиҳатдан шакллантириш ва уларнинг интеллектуал, ижодий ва бошқа йўналишдаги салоҳиятини камол топтириш учун шарт-шароитлар яратилишини назарда тутадиган ижтимоий-иқтисодий, ташкилий ва ҳуқуқий чора-тадбирлар тизимидир. Шундай экан, қонун ёшларимизнинг ахборот хавфсизлигини таъминлашда ҳуқуқий кафолат ҳисобланади, норматив-ҳуқуқий актда ёшларни ватанпарварлик, фуқаролик туйғуси, бағрикенглик, қонунларга, миллий ва умуминсоний қадриятларга ҳурмат руҳида, зарарли таъсирлар ва оқимларга қарши тура оладиган, ҳаётга бўлган қатъи ишонч ва қарашларга эга қилиб тарбиялаш белгилаб қўйилган.

Шундай қилиб, Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ёшларга оид давлат сиёсати самарадорлигини ошириш ва Ўзбекистон Ёшлар Иттифоқи фаолиятини қўллаб-қувватлаш тўғрисида»ги Фармонида ёшларнинг илмий ва бадий китоблар, жумладан, электрон асарларни ўқишга бўлган

қизиқишини янада ошириш, ҳуқуқий, экологик, тиббий ва ахборот-коммуникация технологияларидан фойдаланиш маданиятини юксалтириш орқали яхшиликларни амалга ошириш катта аҳаиятга эгадир.

NAVIGATING THE HEMATO-ENCEPHALIC BARRIER: UNDERSTANDING ITS ROLE IN INFLAMMATORY DISEASES

Akbarova M. student of 311-A group, faculty of dentistry

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

*Scientific supervisor: Turdaliyev K.M. teacher of physiology and pathology
department, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan*

Introduction: The hemato-encephalic barrier, comprising the blood-brain barrier (BBB) and the blood-cerebrospinal fluid barrier (BCSFB), serves as a formidable fortress protecting the brain and spinal cord from harmful substances circulating in the bloodstream. However, in the context of inflammatory diseases, this barrier can become compromised, leading to a cascade of detrimental effects on neurological function. In this article, we delve into the intricate dynamics of the hemato-encephalic barrier in inflammatory diseases, exploring its structure, function, and implications for clinical management.

The Hemato-Encephalic Barrier: A Guardian of Neurological Integrity The hemato-encephalic barrier consists of tightly regulated interfaces that selectively control the passage of molecules between the bloodstream and the central nervous system (CNS). The BBB, formed by specialized endothelial cells, restricts the entry of pathogens, toxins, and large molecules into the brain parenchyma. Adjacent to the BBB, the BCSFB, primarily composed of epithelial cells lining the choroid plexus, regulates the composition of cerebrospinal fluid (CSF) and facilitates immune surveillance within the CNS.

Inflammatory Diseases and Barrier Dysfunction: Inflammatory diseases, ranging from autoimmune conditions to infectious disorders, can disrupt the integrity of the hemato-encephalic barrier through various mechanisms. In autoimmune conditions like multiple sclerosis (MS), immune cells infiltrate the CNS and target myelin-producing cells, leading to BBB breakdown and neuroinflammation. Similarly, in

infectious diseases such as meningitis, microbial invasion triggers an inflammatory response that compromises barrier function, allowing pathogens to enter the CNS and incite further damage.

Implications for Clinical Management: Understanding the role of the hemato-encephalic barrier in inflammatory diseases is crucial for developing effective therapeutic strategies. Targeting barrier integrity through immunomodulatory agents or biologics holds promise for mitigating neuroinflammation and preserving neurological function in conditions like MS. Additionally, advancements in imaging modalities, such as magnetic resonance imaging (MRI) and positron emission tomography (PET), enable clinicians to visualize barrier dysfunction and monitor disease progression in real time.

Conclusion: The hemato-encephalic barrier stands as a crucial line of defense against the onslaught of inflammatory insults in the CNS. However, in inflammatory diseases, this barrier can succumb to dysregulation, exacerbating neuroinflammation and neuronal damage. By unraveling the complexities of barrier dysfunction in these conditions, researchers and clinicians can pave the way for innovative therapeutic interventions aimed at preserving neurological integrity and improving patient outcomes.

ZAMONAVIY TIBBIYOTNING FALSAFIY MUAMMOLARI

Alijonova Baxtigul Norqo 'zi Qizi Stomatologiya fakulteti 1-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: Umirzakova N.A. - Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrasida dotsenti (PhD).

Dolzarbli: Zamonaviy tibbiyotda amaliy va nazariy tibbiyotning ba'zan bir-biridan ajralib yuradigan tarmoqlarini rivojlantirish va takomillashtirishda hal qiluvchi omil hali ham bemor va shifokor o'rtasidagi o'zaro munosabatlarning o'ziga xos xususiyati bo'lib qolmoqda. Tibbiyotning o'ziga xosligi bemorning shifokor bilan bog'lanishining boyligini ochib berishda namoyon bo'ladi va aynan shu bog'lanishlar boyligini oshirishda yuksak tibbiy bilim qatorida axloqiy me'yorlar talabiga rioya qilish ham ayni kunda dolzarb muammo bo'lib kelmoqda.

Tadqiqot maqsadi: Zamonaviy tibbiyotning falsafiy muammolarini yoritib berish.

Material va usullar: Zamonaviy tibbiyotning kelib chiqishi, taraqqiyot bosqichi ko'hna tarixning turli davrlaridagi dunyoqarashlarni o'z ichiga oladi. Ma'lumki, turli kasalliklar, ularni davolash va oldini olish haqidagi bilimlar asosi qadimdan kishilarning tajriba va kuzatishlariga bog'liq bo'lgan. Tibbiyotning xalq tabobatidan mustaqil fan darajasiga ko'tarilishida qadimgi Misr, Bobil tibbiyoti, Gippokrat va Lmenning muhim o'rni bor. Gippokrat kasalliklarni aniqlash, bemorning hayoti va faoliyatiga tashqi muhitning ta'sirini o'rganish, xastalikning kelib chiqish sabablarini topish va davolashda bemor organizmining o'ziga xos xususiyatlarini bilish kabi masalalar bilan shug'ullangan. Galen esa birinchi bo'lib organizmdagi a'zo va sistemalarning tuzilishi hamda funksiyalarini, asosan, hayvonlar (maymunlar) organizmida tajriba qilib o'rgangan. Uning anatomiya va fiziologiyaga doir asarlari to 16-asrgacha Tibbiyotning asosi bo'lib xizmat qildi. O'rta Osiyo va umuman Sharqda tabobat ayniqsa, rivoj topdi. Shu davrda yunon, sanskrit va boshqa qadimgi Sharq

tillarida yozilgan tibbiyotga doir asarlarning ko'pchiligi, jumladan, Aristotel, Dioskorid va Galenning dorishunoslikka oid asarlari arab tillariga tarjima qilindi. Galenning “Qivo aladviya al mufrada” (“Sodda dorilarning quvvatlari”) va Badig'ursning “Al-Abdal aladviya al mufrada” (“Sodda dorilarning o'rniga o'tuvchilar”) kabi kitoblari ilk bor mashhur tabib va tarjimon Hunayn ibn Ishoq allbodiy (809—877) tomonidan tarjima qilindi. Sharqda Abu Hanifa ad-Dinavoriy (815 yil tug'ilgan) “Kitob finnabo” (“O'simliklar haqida kitob”)ni yaratib, unda 482 xil o'simlikning dorilik xususiyatlarini bayon etdi. Abu Rayhon Beruniyning “Kitob assaydana fit tib” (“Tibbiyotda dorishunoslik”) asari o'sha davr Tibbiyotining eng katta yutug'i hisoblanib, O'rta Osiyoda dorishunoslik ilmi — saydanaga asos bo'ldi. Abu Bakr ar-Roziyning tabobat sohasidagi asarlari umuman jahon tibbiyotining rivojlanishi, boyishida g'oyat ulkan ahamiyat kasb etdi. Olimning tibbiyot ensiklopediyasi xisoblangan 25 jildli “Al Jomi alkabir va qad urifa bil-Hoviy” (“Al-Hoviy nomi bilan tanilgan katta to'plam”) asari shu davrgacha G'arb va Sharq Tibbiyotida qadrlil bo'lib keldi; 10 jildli “Tabobat kitobi” hamda “Chechak va qizamiq haqida”gi kitobi ham Tibbiyotda mashhur edi.

Insonning sog'lig'ini muhofaza qilish huquqiga ko'ra, “shifokor-bemor” axloqiy munosabatlarining tarixan shakllangan modellari va ularning holati zamonaviy jamiyat, shifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlarning quyidagi sintetik modellarini maqbul deb hisoblash mumkin: qadriyatlar oralig'idagi paternalizm bemorlarni o'z qarorlarini qabul qilish qobiliyatidan mahrum qilsa-da, uni shifokorga topshirish lozim.

Natija va muhokama: Shunday qilib, muvozanatli axloqiy tizim uchun doirani kengaytirish kerak axloqiy me'yorlar shifokorlar tomonidan qat'iy rioya qilinishi kerak. Bular ushbu modelga muvofiq shifokor amal qilishi kerak bo'lgan asosiy tamoyillardir:

1. Foyda va zarar emas. Shifokor faqat bemorga foyda keltirishi kerak, zarardan butunlay qochishi kerak. Ushbu tamoyil keng kontekstda qabul qilinadi va axloqiy majburiyatlarning butun massasining faqat bitta elementini tashkil qiladi.

2. Shaxsiy erkinlikni himoya qilish. Har qanday jamiyatning asosiy qadriyati shaxsiy erkinlikdir. Shifokorning ham, bemorning ham shaxsiy erkinligi, hatto kimgadir bu zararli bo'lib tuyulsa ham, himoya qilinishi kerak.

3. Inson qadr-qimmatini himoya qilish. Shaxsiy tanlash erkinligi, o'z tanasi va o'z hayotini to'liq nazorat qilish inson qadr-qimmatini ro'yobga chiqarishga yordam beradi.

4. To'g'ri gapiring va va'dalarni bajaring. Shifokorning haqiqatni aytish va va'dalarini bajarish axloqiy majburiyati an'anaviy bo'lgani kabi oqilona bajarishi lozim.

5. Adolatni kuzatish va tiklash. Ijtimoiy inqilob aholining asosiy sog'liqni saqlash xizmatlarini taqsimlashda tenglik haqidagi tashvishini kuchaytirdi.

XULOSA: Shunday qilib, agar sog'liq huquq bo'lsa, u hamma uchun bo'lishi kerak. Ushbu modelning salbiy xususiyati shundaki, bu tamoyillarning barchasiga rioya qilish faqat shifokorga ishonib topshirilgan bo'lib, u eng yuqori axloqiy fazilatlarga ega bo'lishni talab qiladi.

AHOLI HUDUDLARIDA SIFATLI ICHIMLIK SUV BILAN TA'MINLASH MUAMMOLARI.

*Alimova A., Ravshanov S. Xalqaro ta'lim fakulteti, stomatologiya yo'nalishi
(PIMU) 302 guruh talabalari*

*Ilmiy rahbar: Kamilov A.A., Toshkent davlat stomatologiya instituti, Jamoat
salomatligi, sog'liqni saqlashni boshqarish va jismoniy madaniyat kafedrasasi dotsenti*

Yangi shaharlar va ishchi aholi punktlari bunyod etilishi, mavjud aholi yashash hududlarining qayta qurilishi yangi-yangi suv manbalaridan ko'proq foydalanishga sababchi bo'ldi, chunki Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkilotining bergan ma'lumotlariga qaraganda 80% miqdordagi barcha kasalliklar u yoki bu shaklda aholi tomonidan sifatsiz suvlarni iste'mol qilish bilan bog'liqdir. Shuning uchun aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlash muammosi deyarli barcha mamlakatlarda eng dolzarb hisoblanadi, shu bilan birga Yer sharining 97% qismi suv bilan qoplangan yoki miqdor jihatidan qaraydigan bo'lsak, 1,5 mln.kub km suv manbai dengiz, okean, muzliklar va aysberglarga to'g'ri keladi va bu miqdorning juda oz qismigina ichimlik-xo'jalik maqsadlarida foydalanishi mumkin (misol-Shevchenko shaxri aholisi dengiz suvini chuchuklashtirish yo'li bilan foydalanadilar, Yaqin sharq mamlakatlarida va shu jumlada Arab amirliklarida ham huddi shunday vaziyat mavjud). Bundan tashqari, bor bo'lgan chuchuk suv manbalari ham sayyoramizdagi quruqlikda bir xilda tarqalgan emas, va hattoki ayrim hollarda shu hududdagi aholi ehtiyojini qondirishga ham yetarli emas darajadadir.

O'zbekiston Respublikasida yiliga o'rta hisobda 62-65 km³ (85% qishloq xo'jaligi, 12% sanoat korxonalari uchun va 3% kommunal xizmat uchun)ni tashkil etsa, O'zR-si xududida bor bo'lgan daryolarda xosil bo'ladigan suvlarning umumiy hajmi bor-yo'g'i yiliga 10 km³ ni tashkil etadi. Hattoki Respublikamiz xududida sun'iy tarzda xosil etilgan 53 ta suv omborlaridagi zaxira suvlari ham aholining suv iste'moli ehtiyojini qondira olmaydi, chunki sarflanishi lozim bo'lgan suv iste'molining yig'indi quvvati 16 km³ ga tengdir. Shunday ekan Respublikamizdagi aholining asosiy suv ta'minoti Amu-daryo va Sir-daryoga to'g'ri keladi, vaholanki bu daryolarning boshlanish joylari bizning Respublikada bo'lmay, balki qardosh Respublikalar xududiga to'g'ri keladi. Shuning uchun Sir-daryo va Amu-daryolarning suvidan Turkmaniston, Qirg'iziston, Qozog'iston Respublikalarining aholisi ham foydalanadi, hamda Afg'oniston shu qatorda.

O'zR-si xududida bor bo'lgan suv manbalarining ko'pchiligi kuchli ifloslanishga uchraydi: respublika xududida yiliga suv havzalarining yuzasiga 6 km³ dan ortiq bo'lgan ifloslangan suvlarni chiqarib tashlanadi. Orol oldi mintaqasi, Qoraqalpog'iston hamda sanoat korxonalari zich joylashgan zonalaridagi ochiq suv manbalari ham kuchli ifloslanishga uchraydi. Ifloslanish faqatgina ochiq suv manbalari uchun xos bo'lmay, balki yer osti suv manbalari ham ifloslanishga uchrab turadi. Bunday ifloslanishga uchragan suv manbalaridagi suv qisman tuproq muhiti orqali o'tib yer osti suvlariga qo'shiladi va regional ifloslanishlarni yuzaga keltiradi, ayrim

xududlardagi tuproq muhitining kuchli ifloslanishga uchrashi oqibatida yer osti suvlarining lokal ya'ni cheklangan qismida ifloslanish sodir bo'ladi. Mas., mis va qo'rg'oshinni boyitish fabrikalari va kimyoviy zavodning fosfogips tutuvchi chiqindilari tashlanadigan joylarida iflosliklarning filtrlanishi orqali yer ostiga o'tishi tufayli Pskent tumanidagi ifloslangan yer osti suvlari xosil bo'ldi.

Regional ifloslanish shu joylarda chiqindi suvlar saqlanadigan omborlardan suvning oqimi bo'yicha 5 km masofagacha borib, u yerdagi suvlar tarkibida ham selen, kadmiy, fosfatlar kabi ifloslovchi moddalarning kontsentratsiyasi ruxsat etsa bo'ladigan kontsentratsiyalardan (REK) ortiq ekanligi aniqlangan. Farg'ona tumanining Toshloq tumanida joylashga neftni qayta ishlash korxonasidan chiqariladigan chiqindi suv tarkibida neft mahsulotlarining ko'p yillik yashirinch chiqib turishi oqibatida (yer osti neft quvurlaridan) yer sathidan 3 km chuqurlikkacha bo'lgan joyida quvvati 7 km² bo'lgan maydonda erimaydigan neft mahsulotlari areali vujudga kelgan, bu ifloslanish ayniqsa yer osti suvlarining yuqori qismini kuchli ifloslanishiga sababchi bo'lgan.

FALSAFADA TANA VA RUHNING DIALEKTIK BIRLIGI MUAMMOSI

Allaberdiyeva Marjona Stomatologiya fakulteti 1-bosqich talabasi

*Ilmiy rahbar: Umirzakova N.A. -Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedra
mudiri, dotsent (PhD)*

Dolzarlbli: Ruhning o'tmishda va hozirgi kundagi talqinini bilish, ruh haqidagi nizomlarning qanday ekanligi xususida mushohada yuritish, reinkarnatsiya va materialistik qarashlarga chek qo'yish.

Taqdiqot maqsadi: Ruh nima, turli dinlarda ruhga qanday ta'rif va nazar bilan qaraladi, materialistik qarashlarning kamchilik va xatolari, insonning ruhiyati haqida o'rganish.

Material va usullar: Falsafa (Yusubov D.A. 2012-y) Falsafa Darslik (Ahmedova. M 2006-y) Iymon, Tafsiri Hilol (Shayx Muhammad Sodiq Muhammad Yusuf) kitoblarini organish asosida induksiya va deduksiya usullaridan foydalanildi/

Natija va muhokama: Ruh - bu insonning tanasi bilan chambarchas bog'liq bo'lgan, uning ichki kuchini ruhiylashtiradigan chuqur ichki dunyosi. Ruh tug'ilganda tanaga kiradi va o'lim boshlanishi bilan uni tark etadi. Ruhlarining bir tanadan boshqa tanaga ko'chishiga kelsak, bu nazariya ilm-fan tilida «reinkarnatsiya» deyiladi. Arab tilida «tanosuh, tajassum» deb atalib, bu atama o'limdan so'ng ruhning bir tanadan chiqib, boshqa bir jasadga ko'chishi haqidagi asossiz nazariyaga nisbatan ishlatiladi. O'tmishda g'aybiy hodisalarga aqli yetmagan johil kimsalar, aqidasi buzuvchi qavmlar (masalan, ba'zi ravofizlar, buddaga sig'inuvchi hindlar, hatto xristian diniga mansub bo'lgan ba'zi bir kishilar) ana shunday tushunchada bo'lishgan. Materialistlar bu dunyodagi hayotdan boshqa hayot yo'q, deyishadi. Hayot materiyadan iboratdir, ruh degan narsa yo'q. Ruh abadiy qoladi, degani nima? Bularning barchasi xurofot, afsona narsalar, deyishadi. Materialistlar "Ruh yo'q" deyishadi. Ular ruhni mikroskopda ko'rmaganlari uchun yoki boshqa narsalar bilan tuta olmaganlari uchun yo'q, deyishadi. Aslida esa bu puch gap. Ruh bor. U o'z ishlari bilan va materiyaga hukmini o'tkazishi bilan, materiyadan iborat bo'lgan insonni insoniy zaiflikdan oliy bir darajalarga ko'tara

olishi bilan o'zining borligini bildirib turadi. Ilmning isbot qilishicha, materiya yo'q bo'lib ketmas ekan. Hatto mayda zarralar ham yo'q bo'lib ketmaydi, balki ikkinchi bir narsaga aylanadi. Agar odam modda va ruhdan iborat bo'lsa, qanday qilib ruh yo'q bo'lib ketadi? Aslida ruh moddadan ko'ra boqiy qolishi oson narsa. Uning tuzilishi va sifatleri bardavomlikka munosibdir. Moddani harakatga keltiruvchi narsa ham ruhdur. Ruh jismga kirgandagina aql yuritish, fikrlash kabi narsalar sodir bo'ladi. Ruh jismdan chiqqanda esa u boshqa moddalar kabi jonsiz bir narsaga aylanib qoladi. O'rta asr mutafakkirlari Ruhni tabiatdan oldin mavjud bo'lgan va uni yaratuvchi kuch deb hisoblaganlar. Forobiy, Ibn Sino, G'azoliy va boshqa faylasuf, mutafakkirlar ruhni turlicha talqin qilishgan. Forobiy ruhni bir tanadan ikkinchi tanaga ko'chib yurishini rad etgan. Sharq tabiblari Ruhni «latif bug'» deb tushunishgan. Bu muammoning eng to'g'ri yechimini Qur'oni karimda ko'ramiz. Jumladan, Isro surasida shunday deyiladi: «Va sendan ruh haqida so'rarlar. Sen: Ruh Robbimning ishidir. Sizga juda oz ilm berilgandir, deb ayt (85-oyat).

«Islomda ruhiy nizom qanday?» degan savolga javob berishdan avval boshqa dinlarda bu masalaga qanday qaralishini qisqacha eslab o'taylik. Ularda ruh bilan jasad doimo kelisholmay yuradi» degan fikrbor. Shuning uchun ham ularning e'tiqodicha, ruh bilan jasad yonma-yon turib taraqqiyotga erisha olmaydi. Jasad ruh uchun qamoqdir. Dunyo ishlari, uning lazzatlaridan bahramand bo'lish kishi ruhini kishanlab qo'yadigan yomon narsalardir. Shu fikr natijasida ular ruhiy yo'lni moddiy yo'ldan ajratishda moddiy narsani ustun qo'yganlar. Ruhni ustun qo'yganlar esa uni taraqqiy ettirish uchun turli yo'llarni axtarib, dunyoviy ishlardan chetda qolganlar. Ular ruhni rivojlantiraman» deb, jasadni qiynoqqa solganlar, o'zlariga badanni qiynovchi turli mashqlarni ixtiro qilganlar: ba'zilari ovqat yeyishni qisqartirganlar, boshqa birlari esa badanlarga og'ir bo'lsin deb, temir zanjirlarni osib yurganlar. Hattoki mix ustida o'tiradigan yoki yotadiganlari ham bor. Xristian dini tarkidunyochilik dini bo'lib, jasadni qo'yib, e'tiborni faqat ruhga qaratgan. Islom boshqa dinlardan farq qilgan holda, ruhiy va moddiy talablarga o'rtacha adolat bilan qaraydi. U insonga moddiy manfaatlardan va lazzatlardan to'g'ri yo'l bilan foydalanishni man qilmaydi.

Xulosa; Inson ruh va moddadan iboratdir. Inson ikki narsadan tashkil topgan. Birinchisi moddiy narsa bo'lib, u o'sadi, harakat qiladi. Ikkinchisi esa moddiy narsa bo'lmay, o'ziga xos boshqa bir holatlardan - fikrlash, bilish, iroda, yaxshi ko'rish, yomon ko'rish, yaxshi axloq yoki yomon axloq kabi narsalardan iboratdir. Bu ikki tarafning o'ziga yarasha talablari bo'lib, ularni qondirishga harakat qilinadi. Jism ovqat, ichimlik va jinsga rag'bat qiladi. Ruh esa o'ziga xos rag'batlarga ega.

BIRDAMLIK TIBBIY SUG'URTA TIZIMI

Anorova X. B. Toshkent davlat stomatologiya institute, Bolalar stomatologiyasi fakulteti, 206 A guruh talabasi

Tangirov A.L. Toshkent davlat stomatologiya instituti, Jamoat salomatligi, sog'liqni saqlashni boshqarish va jismoniy madaniyat kafedrasi katta o'qituvchisi

Jahon amaliyotida barcha sog'liqni saqlash tizimlari aralash moliyalashtirish tuzilmasiga ega bo'lib, 4 ta asosiy modeldan biri ustunlik qiladi: - byudjet modeli, moliyalashtirishning asosiy manbai umumiy soliqqa tortish hisoblanadi. Bu model

dunyoning 22 ta davlatida (Buyuk Britaniya, Avstraliya, Kanada va boshqalar) keng tarqalgan bo'lib, aholini tibbiy yordam bilan universal qamrab olishni kafolatlaydigan 54 ta davlatdan; - davlat, ish beruvchilar va xodimlarning majburiy birdamlik badallari hisobidan moliyalashtiriladigan ijtimoiy tibbiy sug'urta (keyingi o'rinlarda ITS deb yuritiladi).

Jahon amaliyotida ITS tizimlar aholini tibbiy yordam bilan universal qamrab olishini ko'rsatmoqda. Estoniya, Chexiya, Vengriya va boshqalar kabi davlatlar, sog'liqni saqlashni yalpi ichki mahsulotga nisbatan 5-8 foiz oralig'ida moliyalashda ushbu ko'rsatkichga erisha oldi. Turli mamlakatlarda ITSni joriy etish va ishlatish maqsadlaridan qat'i nazar, ITS barqarorligi va samaradorligini ta'minlaydigan ishlash va rivojlanish tendentsiyalarining umumiy mexanizmlari mavjud.

Estoniyada birdamlik tibbiy sug'urta tizimi mavjud bo'lib, uning yordamida ular barcha sug'urtalangan shaxslarga bir xil sifatli va zarur tibbiy xizmatlarni taqdim etadilar.

Estoniyada umumiy tibbiy sug'urta tizimini moliyalashtirish xodimning ish haqidan ushlab qolingan ijtimoiy soliqning 13 foizidan kelib chiqadi. Ishlaydiganlardan tashqari, nafaqat ular sug'urtalangan, balki tibbiy xizmatlar uchun to'lay olmaydigan aholi guruhlari (bolalar, pensionerlar, ishsizlar va boshqalar).

Estoniyadagi barcha sug'urtalangan shaxslar tibbiy sug'urta mukofotini o'zlari to'lash yoki to'lamaslikdan qat'i nazar, bir xil sifatli tibbiy yordam olish huquqiga ega.

Sog'liqni saqlash kassasi sug'urtalangan shaxsning davolanish xarajatlarini to'laydi. Ish beruvchi yoki shaxsning o'zi tomonidan ijtimoiy soliq to'lanadigan shaxslar sug'urtalangan deb hisoblanadi. Ushbu toifalarga qo'shimcha ravishda 19 yoshgacha bo'lgan bolalar, maktab o'quvchilari, talabalar, harbiy xizmatga chaqirilganlar, homilador ayollar, ishsizlar, ota-onalik ta'tilidagi shaxslar, qaramog'idagi turmush o'rtoqlar, pensionerlar, nogironlarning vasiylari, mehnatga layoqatini qisman yoki to'liq yo'qotgan shaxslar; doktorlik nafaqasi oluvchilar, ijodiy faoliyat uchun nafaqa oluvchilar, ma'lumotlar diniy birlashmaning reestriga kiritilgan monastirlarning rohiblari yoki rohibalari, shuningdek ixtiyoriy sug'urta shartnomasini tuzgan shaxslar.

Voyaga yetgan ishchilar tibbiy sug'urta tizimiga o'z hissalarini qo'shadilar, bu esa xodimning ish haqi miqdoridan ushlab qolingan ijtimoiy soliqning 13 foizini tashkil etadi. Ushbu mablag'lar hisobidan nafaqat o'zlarining tibbiy xizmatlari, balki tibbiy xizmatlar uchun haq to'lay olmaydigan aholi toifalarining tibbiy yordami ham moliyalashtiriladi. Hamma keksa, yosh, kambag'al, boy, kasal va sog'lom tengdir. Hozirgi mehnatga layoqatli aholi nisbatan kam xizmatlardan foydalanadi, ammo ular to'laydigan tibbiy sug'urta mukofotlari soliq to'lovchilarning farzandlari va keksa oila a'zolarining tibbiy xarajatlarini ham qoplaydi. Pensiya yoshiga yetganda yoki boshqa har qanday vaziyatda davlat hamjihatlik tamoyillariga muvofiq ularning tibbiy ehtiyojlarini ham to'laydi.

Amaldagi qonunchilikka ko'ra, ish beruvchi xodimning yalpi maoshidan 33 foiz ijtimoiy soliq to'laydi, uning 13 foizi tibbiy sug'urtaga tushadi. Tibbiy sug'urta badallariga kelsak, Sog'liqni saqlash kassasi kasal bo'lgan taqdirda tibbiy xizmatlar, retsept bo'yicha dori-darmonlar, kerak bo'lganda, belgilangan miqdorda to'lashni ta'minlaydi, kasallik ta'tilida bo'lgan vaqt uchun kasallik nafaqasini

to'laydi va hokazo. Ushbu tamoyillar Ijtimoiy soliq to'g'risidagi qonun, Sog'liqni saqlash sug'urtasi to'g'risidagi qonun va Tibbiy sug'urta jamg'armasi to'g'risidagi qonun kabi ijtimoiy shartnomalarda mustahkamlangan.

Xulosa. O'zbekiston bo'ylab tibbiy sug'urtani 2026 yilning yakunigacha to'liq joriy etish rejalashtirilmoqda. Bu haqda Sog'liqni saqlash vazirligi faoliyatini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risidagi prezident farmonida keltirilgan. Unda belgilanishicha, sog'liqni saqlash vaziri va Davlat tibbiy sug'urtasi jamg'armasi ijrochi direktori 2026 yilning yakuniga qadar tibbiy sug'urtaning respublika bo'ylab to'liq joriy etilishi uchun shaxsan javobgar xisoblanadi. Farmonga ko'ra, 2024 yil 1 yanvardan Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasi yuridik shaxs maqomi hamda ular faoliyatini moliyalashtirishning amaldagi manbalari va tartibini saqlab qolgan holda Sog'liqni saqlash vazirligi tuzilmasiga o'tkaziladi. 2027 yil 1 yanvardan esa Sog'liqni saqlash vazirligi tarkibidan chiqariladi va mustaqil jamg'arma sifatida faoliyat yuritadi. Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasining kuzatuv kengashi tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida tibbiy xizmat ko'rsatish uchun jalb qilinadigan etkazib beruvchilar (davlat va nodavlat)ni, xarid qilinadigan tibbiy yordamlar hajmini mustaqil belgilaydi va o'z byudjetini shakllantiradi. Davlat byudjeti mablag'lari hisobiga imtiyozli toifaga kiruvchi shaxslarga tashxis qo'yish va davolash bo'yicha tasdiqlangan standartlarga muvofiq tibbiy xizmatlarning bazaviy narxлари Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan Iqtisodiyot va moliya vazirligi hamda Raqobatni rivojlantirish va iste'molchilar huquqlarini himoya qilish qo'mitasi bilan kelishgan holda belgilanadi.

O'zbekiston Respublikasida tibbiy sug'urta tizimini joriy qilishda Jahon amaliyotidagi tibbiy sug'urta tizimlarini o'rganish va ulardan samarali foydalanish kerak

ABU ALI IBN SINONING TO'G'RI OVQATLANISH BO'YICHA 5 TA TAMOYIL MASLAHATLARI.

Asqaraliyev Niyozali Xalq tabobati fakulteti 1-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: Allaberganov A.S-Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrasi assistenti

Dolzarlighi: Abu Ali ibn Sinoning "Tib qonunlari" asarida turli kasalliklarni muolaja qilish bilan birga, sog'lom turmush tarzi targ'ibotiga ham keng o'rin berilgan. Buyuk tabib sog'lom turmush tarzini yolga qo'yishda to'g'ri ovqatlanishga alohida urg'u beradi. To'g'ri ovqatlanish bo'yicha 5 ta tamoyilga amal qilishni tavsiya qiladi.1) Taomni faqat ochlik hissi bolganda iste'mol qilish.2) Yangi pishirilgan ovqatlarni iste'mol qilish.3) Taomni ruhiy va jismoniy tinch holda iste'mol qilish.4) Sekin,shoshmasdan,yaxshilab chaynab yeyish.5) Taomni kop is'temol qilishdan tiyilish.

Taqdiqot maqsadi:Taomni faqat ochlik hissi bo'lganda iste'mol qilish inson barcha tana a'zolarini xususan oshqozon-ichak trakti, ya'ni gizilo'ng'ach, oshqozon,ingichka ichak, yo'g'on ichak va to'g'ri ichak va ovqat hazmgilishning yordamchi organlari, jigar, o't pufagi va oshqozon osti bezi bilan aloqador bo'lgan

kasalliklar(Diareya, Qabziyat)oldini oladi.Ba’zi olimlarning ta’kidlashicha inson ochlik his qilganda organizmda turli fiziologik va patologik xolatlar yuzaga keladi.Och qolishni bir necha xili mavjud.

Material va usullar: To’liq, mutlaqo (absolyut) va chala (to’yib ovqatlana olmay) och qolish farq qilinadi. Bundan tashqari, ayrim oziq moddalar organizmga yetarli kirib turmasa, juz’iy (sifat jihatdan) och qolish deb yuritiladi. To’liq va mutlaqo (absolyut) och qolishda organizmdagi zaxira oziq moddalar (ayniqsa, yog‘) hisobiga u bir necha vaqt yashab turadi. Odam uchun to’liq och qolishning chegarasi 70 kungacha, bu kishining o’ziga xos jihatlari, yoshi, jinsi va boshqalarga bog’liq. Ayollar och qolishga ko’proqchidamli; bolalar va kek-salarga och qolish tez ta’sir etadi.

Natija va muhokama: Ba’zi olimlarni izlanishiga ko’ra oshqozonga 16 soat ovqat kirmasa va tashqaridan energiya, oziq modda organizmga sorilmasa inson organizmi o’zida yeg’ilib qolgan energiyalar, yog’ shakilda to’planib moddalar organizm tomondan sorilib va o’zlashtirib olinadi.**Tibbiy doston (urjuza)dan parcha Ovqat yemoqni odat et sen bir mahal,Bo’lmay desang, laylu narhorda hech kasal.**Yangi pishirilgan ovqatlarni iste’mol qilish inson salomatligini saqlaydi tarkibidagi foydali moddalar, vitaminlar, mikro va makro elementlarni o’zlashtirish. Vaqti o’tib qolgan, eski tayorlangan ovqatlarda vitaminlar va foydali moddalar parchalanib ketgan va qolmagan bo’ladi. Eski tayorlangan ovqatlarni iste’mol qilib hech qanday fayda olmaymiz.Hammaga ma’lum ishlab chiqarish kuchaygan davrda yashayapmiz. Tadbirkorlar oziq-ovqat sohasida koplal yangiliklar topmoqdalar, bu yangiliklar insonlarni vaqtini va mablag’ini sarfini kamaytirib foyda keltirgan bo’lsa, ishlab chiqarilayotgan oziq-ovqat muxsulotlari tarkibidagi zararli va odam organizm uchun keraksiz bolgan moddalar bilan odam tanasi to’lib bormoqda. Zararli va keraksiz moddalar odam tanasida (teri osti, ichak atrofi va qon tomirlarda yog’ shakilda) to’planadi va inson umrini qisqarishiga, ko’plab kasalliklarga sabab bo’ladi.Odamlar orasida keng tarqalgan tez tayor bo’luvchi yarimtayyor ovqatlar, konserva va paketlarda saqlanuvchi ovqatlar inson organizmiga zarar keltiradi va vaqt o’tishi bilan organizmda chuvalchanglar, parazitlar va bakteriyali kasalliklar rivojlanishiga sabab boladi.**Tibbiy daoston (urjuza)dan parcha G’aliz etdan o’zingni tiy,o’gir yuzing, Giyoh, ko’kat,sutlar bo’lsin oshu tuzin. Yangi baliq bilan etilgan qo’zichoq, Mayli, taom o’lsingohi, erkak uloq.**Taomni ruhiy va jismoniy tinch xolda iste’mol qilish.Taomni faqat ochlik hissi tuyganda va yangi pishgan taom iste’mol qilish inson organizmida kelib chiqadigan kasalliklarni oldini olsa, iste’mol qilingan taomni yaxshi so’rilishida va moddalar almashinuvi jadal va to’g’ri kechishida muhum ahamiyat kasb etadi. Buyuk tabib Abu Ali ibn Sino o’zining “Tib qonunlari “ kitobi(ovqatlanish tartibi haqidagi tibbiy urjuzalar)da ovqatni sekin shoshmasdan va tinch xolatda ovqatlanishni takidlagan edilar.**Tibbiy doston (urjuza)dan parcha Ovqatni yegil doim riyozatdan keyin,Sendan chiqib ketgan najosatdan keyin** Sekin, shoshmasdan, yaxshilab chaynab yeyish haqida ibn Sinoning “Tib qonunlari ” va boshqa tibbiy asarlarda juda ko’p marotaba qayta yozilgan. Ovqatlanish tez, betartib bo’lishligi inson organizmida ovqatlarni so’rilishi qiyinlashadi va yeyilgan yeguliklar faqatgina zarar keltiradi.**Tibbiy doston (urjuza)dan parcha Yemakka vaqtini bemalol chog’lash kerak, Salqin shamol, toza jonga bog’lash kerak. Hazm istasasang, shoshmay yegil yo maydalab Muddatin cho’z, chaynab yegil ko’p martalab.**

Xulosa Taomni kop is'temol qilishdan tiyilish ibn Sino ta'kidlagan besh taoilni asosi hisoblanadi. Inson tanavvul qilayotgan taomni ta'midan uni (yeyilayotgan taomni) miqdoriga ahamiyat berishi kerak. Yeyilgan har bir ortiqcha taom inson o'zini og'ir his qilishiga, ortiqcha vazn yeg'ishiga, ko'p uxlashiga, erinchoqlik, zexinni pasayishi, ilm olishni qiyinlashishi va moddalar almashinuvi buzilishiga olib keladi.

XALQ TABOBATI TARIXI

Axatova A.S. TDSI. Xalq tabobati va Oliy ma'lumotli xamshira tayyorlash bo'limi 201 B guruxi talabasi

Ilmiy rahbar: Maxmudova M.X. TDSI. Jamoat salomatligi, sog'liqni saqlashni boshqarish va jismoniy madaniyat kafedrasida assistenti.

Xalq tabobati (an'anaviy tibbiyot)— xalq tomonidan to'plangan, kasalliklarga tashxis qo'yish va davolashda foydalaniladigan, avloddan-avlodga o'tib kelayotgan empirik bilimlar yig'indisi. Samaradorligi va xavfsizligi isbotlangan xalq tabobati usullarining bir qismi zamonaviy tibbiyot tomonidan qabul qilingan. Xalq tabobati sehr, ezoterizm va muqobil elementlarni ham o'z ichiga olishi mumkin. Uning tarkibiga ko'pincha samarasiz yoki hatto xavfli davolash usullari ham kirgan. Xalq tabobati atamasi bir qatorda, an'anaviy tibbiyot atamasi bilan bir xil ma'noda uchraydi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan ta'riflangan „an'anaviy tibbiyot“ atamasi Xitoy tibbiyoti, hind ayurvedasi, arab tibbiyoti va mahalliy tibbiyotning boshqa shakllari kabi sohalarga tegishli hisoblanadi. An'anaviy tibbiyot milliy sog'liqni saqlash tizimiga kiritilmagan mamlakatlarda ko'pincha „qo'shimcha tibbiyot“, „muqobil tibbiyot“ deb ham nomlanadi. XVIII asrning oxirigacha xalq tabobati umumiy tibbiyotdan ajralib turmagan. Bazel shifokori Teodora Tsvingera ning „Sicherer und geschwinder Arzt, oder vollständiges Arznenbuch“ (1684) kitobida bu haqida aniq ko'rsatilgan. U asosan Gippokrat va boshqa qadimgi shifokorlarning „tana sharbatlarining nisbati“ haqidagi ko'rsatmalariga asoslanib faoliyat olib borgan. „Xalq tabobati“ atamasi dastlab XIX asrning birinchi yarmida nemis olimlarining tibbiy asarlarida paydo bo'lgan. Unda aholining o'z sog'lig'iga nisbatan o'zi qanday choralar ko'rishini tasvirlab bergan, shuning uchun u faqat sehr va naturopatiyaga asoslangan tibbiyotni o'z ichiga olmay, davolash usullarini ham birlashtirgan. Shunday qilib, bu atama kasalliklar va ularni qanday davolash kerakligi haqida odamlar orasida hukm surayotgan deyarli ko'rinmas turli xil g'oyalarni o'z ichiga olagan. Bu davrda shifokorlar aholining tibbiy tushunchalarini oshkor etishdan tortinmadilar va ularning bilimlarini birlashtirishni maqul topdilar. Jeremiah Gotthelf o'zining „Anne Bäbi Jowäger haushaltet und wie es ihm mit dem Dokteren geht“ (1843 — 1844) asarida xuddi shunday yo'l tutganini ko'rsatib beradi.

XIX asr oxirida tibbiyot yo'nalishlariga ilmiy dalillarga asoslangan yondashuvni ishlab chiqqan „xalq tabobati“ tushunchasi kirib kela boshladi. XX asr oxiriga kelib xalq tabobati mamlakatlar orasida ham keng tarqaldi. Klassik tibbiyotdan farqli ravishda Xalq tabobati asosan irratsional an'anaga asoslangan tibbiyot sifatida qo'llanila boshladi.

Xalq tabobati tomonidan to'plangan ma'lumotlar qadimgi dunyoning eng yirik shifokorlari — Sushruta, Gippokrat va Galen, A. Sels, keyinchalik — Ibn Sino

asarlardan olingan. Rossiya xalqlari xalq tabobatining xususiyatlarini XVIII asr oxirida ilmiy ekspeditsiya ishtirokchilari P. S. Pallas, V. F. Zuev, I. Gmelin, S. P. Krashennnikov, I. I. Lepexin va boshqalar asarlaridan o'rganishgan. Rus xalqlari XIX asrda rus klinik tibbiyotining asoschilari M. Ya. Mudrov, N. I. Pirogov, S. P. Botkin, G. A. Zaxarin va boshqalar xalq tabobatida qo'llaniladigan ba'zi texnika va dori-darmonlarni o'z amaliyotlarida qo'llashgan.

Xalq tibbiyotiga yondosh tarzda Ilmiy tibbiyot haqiqatda ishlaydigan an'anaviy usullarni sinab ko'rish va qabul qilishni yo'lga qo'yimoqda. Masalan ko'p yillik tajriba davomida (1969-yildan beri) Xitoy an'anaviy tibbiyoti ikki mingdan ortiq o'simlik preparatlarini o'rganan va Tu Yuyu boshchiligidagi guruh bir yillik shuvoq o'simligidan artemisinin (lotincha: Artemesia annua) faol moddasini ajratib, bezgakka qarshi davo yaratdi. Ushbu preparatni yaratgani uchun 2015-yilda Tu Yuyu Nobel mukofotiga sazovor bo'lgan Jaxon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti hozirda xalq tabobatidan foydalanishni tavsiya etmaydi va bundan tashqari ba'zi an'anaviy tibbiyot usullarining xavfsizligi, samaradorligi va sifatini baholashda dalillarga asoslangan yondashuvni aniqlash ustida ishlanmoqda.

BILINGUALIZM (IKKI TILLILIK) VA UNING CHET TILLARNI O'QITISHDAGI IMKONIYATLARI

*Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrasasi assistenti,
Eshquvatova Gulchehra Berdiyrovna
eshquvatovagulchehra3@gmail.com*

Annotatsiya: Ushbu maqola chet tillarini o'rganish kontekstida bilingualizmning ko'p sonli imkoniyatlarini o'rganadi. Bilingual o'qituvchilar “code-switching” ni osonlashtirish, muloqotni yaxshilash, turli xil o'quvchilarga yordam berish va tilni o'rganish bo'yicha chuqur tajriba yaratish uchun o'zlarining til ko'nikmalaridan foydalanishlari mumkin.

Kalit so'zlar: bilinguallik, code-switching, imkoniyatlar, bilingual o'qituvchi.

Abstract: This article explores the myriad benefits of bilingualism in the context of teaching foreign languages. Bilingual teachers can leverage their language skills to facilitate code-switching, enhance communication, cater to diverse learners, and create immersive language learning experiences.

Keywords: bilingualism, code-switching, potentials, bilingual teacher.

“Bilingualizm” tushunchasi birinchi marta 1938 yilda V.A. Avrorin uni “ikki tilda teng darajada ravon so'zlashuvchilari” deb ta'riflaydi. Boshqacha aytganda, ikki tillilik ya'ni bilingualizm ikkinchi tilni bilish darajasi birinchi tilni bilish darajasiga yaqinlashganda boshlanadi”.

Bilingualizm ikki tilda ravon gapirish va tushunish qobiliyatini anglatadi. Chet tillarini o'rgatish kontekstida ikki tillilik turli imkoniyatlar va afzalliklarni taqdim etishi mumkin. Chet tillarini o'rgatishda bilingualizmning asosiy afzalliklaridan biri o'quvchilarga til va uning madaniy konteksti haqida chuqurroq tushuncha berish imkoniyatidir. Ikki tilli o'qituvchilar talabalarga maqsadli til va o'z tillari o'rtasida aloqa o'rnatishda yordam berishi mumkin, bu til tushunchalarini tushunish va saqlashni osonlashtiradi. Bundan tashqari, bilingual o'qituvchilar ona tili bo'lmaganlar

tomonidan oson tushunilmaydigan til nuanslari va idiomatik iboralar haqida muhim tushunchalarni taqdim etishlari mumkin. Bu o'quvchilarga yanada to'g'ri va real tovushli tilni rivojlantirishga yordam beradi.

Bilingual o'qituvchilar, shuningdek, o'quvchilar taqlid qilishlari uchun to'g'ri talaffuz, intonatsiya va grammatikadan foydalanishni ko'rsatib, til modeli bo'lib xizmat qilishlari mumkin. Bu, ayniqsa, o'quvchilarning og'zaki muloqot ko'nikmalarini va umumiy til ravonligini yaxshilash uchun foydali bo'lishi mumkin.

Bundan tashqari, ikki tilli o'qituvchilar o'zlarining o'qitish usullari va materiallarini o'quvchilarning til va madaniy kelib chiqishiga moslashtirishi mumkin, bu esa o'quv jarayonini yanada qiziqarli va samarali qiladi. Ular o'quvchilarning tilni kontekst orqali o'rganishini kuchaytirish uchun qo'shiqlar, filmlar va adabiyotlar kabi bilingual resurslarni o'z ichiga olishi mumkin.

Bilinguallik chet tillarini o'rgatishda bir qator foydali imkoniyatlarga egadir. Bilinguallik til ta'limida taqdim etayotgan imkoniyatlar haqida ba'zi tushunchalardan na'munalar keltiramiz:

1. “Code-switching”: Bilingual o'qituvchilar code-switchingdan, suhbat yoki dars davomida ikki tilni almashish amaliyotidan tushunchalarni aniqlashtirish, qiyin mavzularni tushuntirish yoki kontekstni taqdim etish uchun foydalanishlari mumkin. Bu o'quvchilarga tillar qanday o'zaro ta'sir qilishini va birgalikda yashashini tushunishga yordam beradi va bu ikkala tilni yanada to'liqroq tushunishga olib keladi.

2. Muloqot ko'nikmalarini oshirish: Ikki tilli o'qituvchilar o'quvchilarga turli til tuzilmalari, so'z boyligi va madaniy me'yorlar bilan tanishtirish orqali kuchli muloqot ko'nikmalarini rivojlantirishga yordam beradi. Talabalar o'zlarini bir necha tillarda samarali ifoda etishni va madaniyatlararo o'zaro munosabatlarni ishonch bilan boshqarishni o'rganishlari mumkin.

3. Motivatsiya va faollikni oshirish: Bilingual o'qituvchilar o'zlarining til o'rganish sayohatlari bilan o'rtoqlashish va bilinguallikningning afzalliklarini namoyish qilish orqali talabalarni ilhomlantirishi mumkin. Til o'rganishga ijobiy munosabatni rivojlantirish va qat'iyatlilikni rag'batlantirish orqali bilingual o'qituvchilar talabalarni tilni o'zlashtirishda faol ishtirok etishga undashi mumkin.

Xulosa qilib aytganda, bilinguallik chet tillarini o'rgatish uchun madaniy tushuncha va lingvistik yordam berishdan tortib, til modellari bo'lib xizmat qilish va qiziqarli o'rganish tajribasini yaratishgacha bo'lgan ko'plab imkoniyatlarni taqdim etadi. Ikki tillilikning afzalliklaridan foydalanib, o'qituvchilar talabalarga maqsadli tilni bilish va qadrlashning yuqori darajasiga erishishda yordam berishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Harding-Esch E. The Bilingual Family: A Handbook for Parents / E. HardingEsch, P. Riley. — Cambridge: Cambridge University Press. — 2003.

2. Мкртычева, Н. С. БИЛИНГВИЗМ как тенденция развития современного общества / Н. С. Мкртычева, Е. А. Мильцева. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — № 15 (149). — С. 712-714. — URL: <https://moluch.ru/archive/149/42226/> (дата обращения: 29.03.2023).

TIBET XALQ TABOBATINING NAZARIY VA AMALIY ASOSLARI.

*TDSI Ijtimoiy fanlar bioetika kursi
bilan kafedrasining dotsenti
f.f.n. Yuldasheva L.S.*

Annotatsiya. Tibet ... ko'p asrlar davomida o'z sirlarini saqlagan, dunyodagi eng sirli mamlakatdir. Tibet tabobati eramizning VIII asrlarida vujudga kelgan bo'lib u qadimgi sharq xalqlari madaniyati, sivilizatsiyasining eng ilg'or tajribasi, bilim va ko'nikmalarini o'zida mujassam eygan tabobatdir. Hozirgi zamon tibbiyoti Tibet tabobatini qadimgi Xitoy va Hindiston tabobatining avlodidan-avlodga o'tib kelgan nishonasi deb hisoblanadi.

Kalit so'zlari: Chjud-shi, mantra, ruxoniylar, tantra asoslari, tantra izoxlari.

Dolzarbliqi. Xitoylik ruhohiy tabib Dalay Lama o'sha davrdagi bosqinchilik urushlardan diniy qarashlar ta'qib ostiga olinishlar hamda tabib ruhoniylarni qatl qilinishlardan qochib Ximolay tog'larinig cho'qqilariga chiqib ketadi va osha erda qo'nim topib o'z maktabini tuzadi. Bu maktabda oqiydigan talabalarga das avval cherkovlarda diniy bilimlardan dars berilib, unda mantralar, duolar o'qish, yodlash orgatilinar edi. Tibet tabobatining asosini hind va xitoy tabobati singari tabiblar duolar oqish orqali kasalliklarni davolash, bemor tanasidan yovuz ruxlarni chiqarib tashlash hisoblanardi. SHundan ruxoniy va tabib Tibet tabobatini davolovchisi hisoblanadi. Ush bu tabiblar ham diniy va dunyoviy bilimlarni mukammal egallagan bo'lishkari shart. Aslida Tibet ruxoniylari ko'pchilikni tashkil etsa ham, kekin ularning ichidan atigi 5-6ta eng irtidorli talabalarga tibbiyot maktabida tahsil olishlariga ruxsat etiladi. Diniy bilim olishda qanchalik mantralarni yod olib xotirada saqlash qiyin bo'lsa, tibbiy bilimlarni egallashda ham 30dan ortiq pulslarni, organizmdagi to'qimalarni eslab qolish har bir talabani kuchi etmasdi. SHundan 400-500 talabalardan eng iqtidorlilarning atigi 5-6tasir saralanib qolardi. Iqtidorli talabalar 5 yil cherkovlarda diniy bilim olsalar 7 yil tibbiy maktabda tabobat ilmiga o'qitilinar edi. O'qishlar shu darajada qiyin ediki, talabalar turgan-yurganlardan tashqari uxlaganlarida ham mantralar bilan birga tibbiyot ilmidagi terminlarni yodlab yurishlariga to'ri kelardi. Tibet tabobatinig mukammalgi ham ana shundadir. Tibbiyot maktablarini a'lo darajada o'zlashtirib bitirganlarni yosh davolovchi tabib sifatida yon atrofdagi mamlakatlarga Tibet tabobatini targ'ib qilish va o'z malakasini oshirish uchun 2-3 yilga safarbar qilinadilar. Targ'ib qiluvchilarning ko'pchiligi juda qattiq sinovlarga, qiyinchilik-to'siqlarga uchrashardi. Masalan, 17 asrlarga kelib diniy qarash juda kuchli nazorat va ta'qib ostiga olinib, din bu inson miyasini zaxarlash deb hisoblab, tabiblar otib o'ldirilar, olovlarda yoqilinar, qo'l yozmalar, manbalar yo'q qilinar edi. SHunday sharoitlarda ham tabiblar o'z bilim va tajribalarni oshirish yo'lida tinmay izlanishar, bekitib, kasalliklar tufayli vafot etganlarning tanasini yashirincha yorib kasallik sabablari aniqlanar, o'rganilar edi.

Dalay Lama tomonidan tashkil etilgan kishik bir maktab 1961 yillarga kelib

Markazlashgan kompleksga aylangandi. Bu kompleksda nafaqat diniy va dunyoviy bilimlar berilar, balki terib kelingan giyohlarni saqlash, quritish, ulardan har xil dorilar tayyorlash joylargacha shakllantirilgandir.

Natijalar. Tibet budda davlatining ilmi, falsafasi, dini va san'atini butun dunyoga namoyon etdi. Xitoy tabobatidan davolash massajlari, nina bilan davolash sirlari va umuman olganda xitoyning asosiy manbalaridagi tabiiy giyox hamda shifobaxsh dorivor o'simliklarning qo'llash tajribasini o'z tabobatida qo'llagan. Eramizning IX asrlaridayoq tibetda universal tabobat ilmi keng tarqalgan va rivojlangandir.

Tibetliklar o'sh davridayoq qanday qilib inson uzoq umr ko'rishi mumkinligi hamda o'z tanasi va ongini boshqara olish sirlarini o'zlashtirib olganlar. FSarq tabobati tizimi din va falsafa bilan bog'liqligi bejiz emas. siSharq tabobatining asosini xuddi falsafasi singari asosiy masalasini inson muammosi tashkil etadi. Tibet tabobatida inson mehanik mavjudot sifatida emas, balki ba'zi qismlari vaqti-vaqti bilan ishdan chiqqanda ta'mirlashni talab etadigan ulkan koinotning kichik bir zarrasi – mikrokosmos sifatida talqin etiladi.. Unda inson salomatligi nafaqat hayoti ucin qulay holat, balki hayotning eng oliy maqomi sifatida tabiat bilan uyg'unligi hamda mukammaligi ifoda etiladi.

Tibetliklarning uzoq umr ko'rishliklarining siri nimada?

Insonlarning yashash uchun kurashihda asrlar davomida to'plangan noyob bilim –ko'nikmalarning ulkan majmualari yaxliy tizimga solingan Tibet tabobatining asosiy qo'llanmasi hisoblangan "Chjud-shi" risolasida bayon etilgan.

Mashhur “Chjud-shi” to'rtlik kitobi-traktati nafaqat davolovchi tabib uchun majlumotnoma balki sog'lom turmush tarzini targ'ib qiluvchi, sog'lom hayot uchun kurashuvchi tibetliklarning dastur amal risolasi hamdir.

Ushbu traktatdan har bir inson o'zining konstitusion gavda tuzilishi, vazni, yoshiga qarab to'g'ri ovqatlanish ratsionini, har qanday kasalliklarning kelib chiqish sabablarini individual tarzda davolash usullarinin bilib olishi mumkin hamda undan unumli foydalanish manbai sifatida qabul qilishi mumkin.

Chjud-shi traktatlari Sog'liqni saqlash – bu haqiqiy san'atdir deb o'rgatadi. Ushbu ta'limotga ko'radavolab bo'lmaydigan kasalliklar yo'q, balki tuzalmas bemorlar mavjud. Har qanday kasalliklarning sabablari vaqtida aniqlanib, to'g'ri tashxis qo'yib davolanilsa, deyarli barcha kasalliklarni oldini olib tuzatish mumkin deb ta'kidlovchi mo'jizaviy tabobatdir.

Chjud-shi (4 Tantra; yoki Buyuk To'rtlik) deb yuritiladi To'rt kitobning asosini - Hindiston va Xitoy tabobat tashkil etadi Ushbu traktat tibet tabobatining mashhur tabibi kichik Yutog Bi (1112-1203) nomi bilan bog'liqdir. U asrlar davomida avloddan avlodga o'tib kelayotgan qadimgi manbalarni qayta ko'rib chiqib, takror ishlangan Chjud-shinning 156 bobdan iborat traktat yaratgan. Ushbu traktatning asosini Buddha ta'limoti tashkil qiladi. Insonning tanasi va ruxining birligini uni tabiat bilan uyg'un bo'lishida butun bir organizmning poklanishi ifodalangan. Bu poklanish insonning tili, tanasi, ruxi, diniy e'tiqodi va amaliy faoliyatiga bog'liq.

Buyuk to'rtlikning birinchi qismi “Tantra asoslari” deb nomlanib o'z ichiga 6 bobni oladi. U asosan diniy dunyoqarashni shakllantirib, diniy nuqtai nazarndan kelib chiqqan Ilohiy tib kitobidir.

Ikkinchi qismi “Izohlash tantra”si deb nomlanib 31 bobdan iboratdir. Ushbu tantra qadimgi hind manbalariga asoslangan tibbiy nazariya hisoblanadi.. Tibet tabobatining nazariyasini ifodalovchi 2-tantra qismda pinevma, safro(jelch) va flegma (balg’am) haqida ma’lumotlar hamda o’simlik, hayvon va minerallardan olingan dorivor mahsulotlarhaqida ma’lumotlar to’plangan. Bundan tashqari jarroxlik asboblari, davolash usullari va asosiy qismini tibbiyot deontologiyasi(ahloqi) haqidagi ta’limotlar yoritilgan Uchunchi qismi “Ko’rsatmalar Tantra”si deb nomlanib 92 bobdan tashkil topgan. Tantralarning eng asosiy va muhim qismi hisoblangan ushbu tomda amaliy ko’rsatma va tavsiyalar berilgan bo’lib barcha kasalliklarni davolash sxemalari bayon qilingan.

Tantralarning oxirgi qismi “Qo’shimcha Tantra” deb nomlanib 27 bobdan iboratdir. Bu qismda anamnez, puls, kasalliklarning sabablari va eng asosiysi tanadan yovuz ruhlarni chiqarib tashlash marosimlar haqida ma’lumotlar berilgan. Qoshimcha davolash usullariga hukna , vanna, kompressorlar, yog’li moylar, surtmalardan foydalanish tavsiya va ko’rsatmalar berilgan.

Asosiy traktatlar yani To’rt Tantra kitobining yakunida davolash tabobatini san’at darajasiga etkazish tavsiyalari berilgan. Insonning ruxi tozalanib, qalbi poklanmagunicha tana ham sog’lom bo’lmasligi ta’kidlangan. Ilohiy qalb bilan individual qalb va Iloxiy rux bilan inson ruxning birlashuvi, tabiat bilan inson organizmining uyg’unligi Tantralarning asosiy mohiyatini tashkil etadi va bu tizimli ravishda kompleks davolanishni tashkil etadi.

Tibet tabobati falsafasida asosiy masala inson tanasining ruxi bilan bir butunligidadir. Inson tanasi, ruxi va tabiat bilan uyg’unlikda davolash usullari muhim ekanligini ko’rsatishdadir. Tibet tibbiyotida kasallik tushunchasi mavjud emas, chunki butun organizm bir butunlikda kasal deb hisoblanadi. Agar yordam so’rab kelgan bemor patologik holatda bo’lsa, unda tidet shifokori, birinchi navbatda tana va ruxni muvozanatga keltirib, ichki ruxiyatini tushkunlik kayfiyatidan chiqarib asab tizimining salohiyatini tiklashga intiladi.

Tibet tabobatida bemorni qabul qilish alohida marosim hisoblanadi. Bu tibet tabobatining o’ziga xos falsafasi hisoblanadigan tamoyillaridan biridir. Tabib oldiga kelgan bemorini choyga taklif etib uzoq suhbatlashadi. Bir piyola choy ustida bemordan o’zi, oilasi, ajdod avlodlari haqida so’raydi. Bemorning ish faoliyati, qiziqishlari, orzulari haqida ma’lumot oladi. Bu suhbatlar bir necha kunga cho’zilib ketishi ham mumkin. Sinchikovlik asosida qurilgan suhbatlardan bemorning kasallikni qo’zg’atuvch sabablarni, avlodlardan o’tgan bo’lishi mumkin bo’lgan irsiy kasalliklarni aniqlashga harakat qiladi. Suhbatdan kerakli ma’lumotlarni to’plagach, bemorni boshdan oyoq tekshirishni boshlaydi.

Tibet tabobati falsafasining mohiyati - tabiblarning o’z kasbiga bo’lgan e’tiqodadir. Tibet tabibi o’z ishini sevishi, ziyrak va mehribon bo’lmog’i, sahiy va har bir bemorni o’z qalbi va tanasi bilan his qila olishi shart. Tibet tabibining eng kata yutug’i qanchadaromad topishi bilan emas, balki qancha bemorni tuzalishiga yordam berishi bilan o’lchanadi, belgilanadi. Tabib har qanday sharoitda ham bemorga hayotga ishonch, ruxiy quvvat va madad bera olishi muhimdir.

Xulosa. Tibet xalq tabobati falsafasining maqsad va vazifasi – odamlarning uzoq yillar sog’lom va baxtli hayot kechirishini ta’minlashdan iborat. O’z mohiyati bo’yicha

Tibet xalq tabobati – bir vaqtning o‘zida fan, san’at va falsafani o‘zida mujassam etgan buyuk ta’limot bo‘lib, uning asosida muolajalar aynan kasallikning o‘zini davolashga yo‘naltirilmaydi, balki inson organizmiga bir butun yaxlit tizim tarzida qaraladi va muolajalar ham kompleks tarzda amalga oshirib boriladi, ya’ni bemorda mavjud bo‘lgan birgina (masalan, diabet, zotiljam yoki saraton) kasallikni emas, balki butun organizmni davolash amalga oshiriladi. Tibet xalq tabobati fan sifatida prinsip-tamoyillarini tizimli va mantiqiy tuzilmalar asosida bayon qilingan. Tibet xalq tabobati san’at hamdir. chunki u mijozga tashxis qo‘yish jarayoni, davolovchi vrach yoki amaliyotchi tabibning jonkuyarligi, bemorning holatini tushunish va uni nozik his-tuyg‘ulari vositasida seza olish qobiliyatining uyg‘unligini o‘zida zohir etgan ijodiy tafakkurga asoslangan bo‘ladi. Tibet tabobati falsafadir, chunki bu tibbiyot ta’limotida insonning taqdiri va axloqiy prinsip meyorlari to‘laligicha qamrab olingandir. Tibet tabobati, hozirgi kunda butun dunyoda mavjud bo‘lgan amaliy-ilmiy tibbiyotlar o‘rtasida eng samarali tibbiyot sifatida e’tirof etilgan. Bu tabobatning falsafasiga ko‘ra: «Davolab bo‘lmaydigan kasallik yo‘q, balki davolab bo‘lmaydigan kasal bor, xolos»

EVTANAZIYA NIMA?

Hayrullayeva M.M. TDSI talabasi.

Ilmiy raxbar: Umirzakova Nargiza Akmalovna

Dolzarbliqi: Evnataziya og‘ir, tuzalmas kasallikka, masalan, rakning oxirgi bosqichiga muhtalo bo‘lgan bemorning o‘limini istakka binoan tezlashtirish va qiynoq azoblaridan qutqarish va tabiiy o‘limni turli dori-darmonlar yordamida yengillashtirishdir. Evtanaziya (yunoncha “eu” — yaxshilik, ezgulik; va “tanatos” — o‘lim so‘zlaridan kelib chiqqan) — shifosi topilmagan kasallik yoki chidab bo‘lmas og‘riqlardan aziyat chekayotgan bemorga qasddan o‘lishga qo‘yib berish jarayoni, bu o‘ldiruvchi dorilarni berish yoki bemorni tirik saqlab turgan muolajani to‘xtatish orqali amalga oshiriladi. “Evtanazis” so‘zi (grekcha) baxtli, azobsiz o‘lim degan ma’noni anglatadi.

Tadqiqot maqsadi: Evtanaziya u nima?. Evtanaziya haqida yoritib berish.

Material va usullar: Evtanaziya birovning hayotini ataylab tugatishni, odatda azob-uqubatlarni engillashtirishni anglatadi. Shifokorlar ba’zida evtanaziyani o‘lik kasallikka chalingan va juda og‘riqli odamlar so‘raganda amalga oshiradilar. Bu murakkab jarayon va ko‘plab omillarni tortishni o‘z ichiga oladi. Mahalliy qonunlar, kimningdir jismoniy va ruhiy salomatligi va ularning shaxsiy e’tiqodlari va istaklari rol o‘ynaydi. Evtanaziyaning bir necha turlari mavjud. Tanlangan narsa turli xil omillarga, shu jumladan kimningdir dunyoqarashi va ong darajasiga bog‘liq. O‘z joniga qasd qilish- evtanaziyaga qarshi. Ba’zida yordamni o‘z joniga qasd qilish, shifokor yordami bilan o‘z joniga qasd qilish (PAS) deb nomlanadi. PAS degani, shifokor bila turib birovga hayotini yakunlashiga yordam beradi. Ehtimol, bu kishi doimiy va tugamaydigan azoblarni boshdan kechirmoqda. Ular, shuningdek, o‘lik kasallik tashxisini olgan bo‘lishi mumkin. Ularning shifokori eng samarali, og‘riqsiz usulni

aniqlaydi. Ba'zi hollarda, shifokorlar odamlarga o'z hayotlarini tugatish uchun qabul qilishlari mumkin bo'lgan dori bilan ta'minlaydilar. Buning uchun, masalan, opioidlarning o'ldiradigan dozasi buyurilishi mumkin. Oxir-oqibat, giyohvand moddalarni iste'mol qiladimi yoki yo'qmi, bu odamga bog'liq. Evtanaziya bilan shifokorga odamning hayotini og'riqsiz vositalar bilan tugatishga ruxsat beriladi. Masalan, o'ldiradigan dori ukolidan foydalanish mumkin.

Fikr va mulohaza: Ko'p odamlar evtanaziya haqida o'ylashganda, ular to'g'ridan-to'g'ri birovning hayotini tugatadigan shifokor haqida o'ylashadi. Bu faol evtanaziya deb nomlanadi. Biror kishiga maqsadli sedativ dozani berish faol evtanaziya hisoblanadi. Ba'zan passiv evtanaziya odam tezroq o'tishi uchun hayotni qo'llab-quvvatlovchi muolajalarni berkitish yoki cheklash deb ta'riflanadi. Shifokor shuningdek, og'riqni yo'qotadigan dori-darmonlarning tobora yuqori dozalarini buyurishi mumkin. Ishdan tashqari vaqt, dozalar toksik bo'lishi mumkin. Bu passiv evtanaziya va palliativ yordamni xiralashtiradi. Palliativ yordam odamlarning umrining oxirida iloji boricha qulayroq bo'lishiga qaratilgan. Masalan, palliativ yordam shifokori o'limga yaqinlashayotgan odamga noxush oqibatlarni keltirib chiqaradigan dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatishga imkon berishi mumkin. Boshqa holatlarda, ular birovga qattiq og'riqni davolash uchun og'riqli dorilarni ancha yuqori dozadini olishga ruxsat berishlari mumkin. Bu ko'pincha yaxshi palliativ yordamning standart qismidir. Ko'pchilik buni evtanaziya deb hisoblamaydi. Agar kimdir o'z hayotini tugatish uchun yordam so'rab ongli ravishda qaror qabul qilsa, bu ixtiyoriy evtanaziya deb hisoblanadi. Shaxs to'liq roziligini berishi va nima bo'lishini to'liq tushunishini namoyish qilishi kerak. Ixtiyoriy bo'lmagan evtanaziya boshqa birovning hayotini tugatish to'g'risida qaror qabul qilishni o'z ichiga oladi. Odatda qarorni yaqin oila a'zosi qabul qiladi. Bu, odatda, kimdir butunlay hushidan ketgan yoki umuman qobiliyatsiz bo'lganida amalga oshiriladi. Bu odatda passiv evtanaziyani o'z ichiga oladi, masalan, miya faoliyatining alomatlarini ko'rsatmaydigan odamdan hayotni qo'llab-quvvatlashdan voz kechish.

Xulosa:

Ba'zi odamlar evtanaziyani qotillik deb hisoblashadi va axloqiy sabablarga ko'ra uni qabul qilib bo'lmaydi. Ko'pchilik, o'zingizning o'limingizni hal qilish qobiliyati hayotning muqaddasligini zaiflashtiradi, deb ta'kidlaydilar. Bundan tashqari, ko'plab cherkovlar, diniy guruhlar va diniy tashkilotlar shu kabi sabablarga ko'ra evtanaziyaga qarshi bahs yuritmoqdalar.

Ba'zi shifokorlar va PAS muxoliflari shifokorlar duch kelishi mumkin bo'lgan axloqiy asoratlardan xavotirda. 2500 yildan ortiq vaqt davomida shifokorlar Gippokrat qasamyodini qabul qilishdi. Ushbu qasamyod shifokorlarni o'z qaramog'idagi kishilarga g'amxo'rlik qilishga va hech qachon zarar etkazmaslikka undaydi. Ba'zilar, Gippokrat qasamyodi PASni qo'llab-quvvatlaydi, chunki u azob-uqubatlarni tugatadi va endi zarar qilmaydi. Boshqa tomondan, ba'zi bir munozaralar bu odamga va ularning yaqinlariga zarar etkazishiga olib keladi, ular yaqin kishining azoblanishini kuzatishi kerak.

QON BOSIMINI O'LGHASH USULLARI

M.A Olimjonova.

*Ilmiy rahbari: Umrqulova S.X. Fiziologiya va patologiya kafedrası dotsenti
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Xalq tabobati yo'nalishi I-kurs
talabasi*

Dolzarliligi: Hozirgi kunda shifoxonalarga bemorlar aynan yurak va qon tomir muammolari tufayli keladi. Yurak-qon tomir kasalliklari, masalan, yurak xuruji, insult, gipertoniya, arteroskleroz kasalligi butun dunyoda o'limni va nogironlikning asosiy sababiga aylanib bormoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mutaxassislarining fikriga ko'ra, bu holat yaqin 30-50 yil ichida o'zgarishi mumkin emas. Bu vaziyat esa butun dunyo uchun achinarli holat. Mana shu kabi holatlarga shoshilinch e'tibor berish kerakligidan ogohlantiradigan asosiy omillardan biri-bu yuqori qon bosimdir. Shu sababli ham shifokorlar, 40 yoshdan o'tgandan so'ng qon bosimini muntazam kuzatishni tavsiya etadi. Shular jumlasidan: homilador ayollar, onalar tug'riqdan keyin va oldin, ko'p qon yo'qotyotgan hamda shok yoki allergik shok holatidagi odamlar, semiz odamlar, yuqori qon bosimli odamlar, yurak xastaliklariga ega bo'lgan odamlarning qon bosimini o'lchash tibbiyot xodimi uchun juda muhimdir. Qon bosimini pastlab ketishi ham, yuqorlab ketishi ham xavfli omil hisoblanadi. Bu ikki holat ham o'z belgilariga ega bo'ladi. Masalan, qon bosimining ortishi alomatlariga to'xtalsak, chakka qismida bosim yoki tomir urishida og'riq bo'lishi, oyoq-qo'llarda titroq, yuzning qizarishi, yurak urishini tezlashishi, burundan qon ketishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish holatlari kuzatiladi. Qon bosimining pasayishida esa qattiq bosh aylanishi, uyquchanlik, ko'z xiralashishi, ensa qismida bosh og'rig'ini paydo bo'lish holatlari kuzatiladi.

Maqsad: Qon bosimining turli usullarini inson organizmiga tatbiqini amaliyotda o'rganish va bu usullardan eng samaralisini tanlash. Qon bosimi me'yorlarini aniqlash, qon bosimiga ko'rsatyotgan ta'sirlarni o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari:

Ish uchun zarur: Ingichka katetr, monometr, tonometr (manjeta, man-Jetaga havo yetkazib beruvchi noksimon vintin, manometer) dan iborat.

Ish tartibi:

Tomirdagi qon bosimini aniqlash uchun biz quyidagi usullardan foydalanamiz. To'g'ridan-to'g'ri qon tomiriga igna kiritib, ignani ikkinchi tomonini rezina naycha bilan monometrغا ulab, qon bosimini o'lchash mumkin. Yana, yirik qon tomiriga ingichka kateter kiritib uni ikkinchi uchini monometrغا ulab, bosimni o'lchash mumkin. Ammo hozirda bu kabi usullarda o'lchash kamdan-kam hollarda qo'llaniladi. Tibbiyotning rivojlanishi natijasida hozirgi kunda qon chiqarmasdan turib, ya'ni bilvosita yo'l bilan qon bosimini o'lchash usullari yaratilgan va klinikalarda keng qo'llanilmoqda. Bu usullarga Riva-Rochchi usuli hamda Korotkov usulini misol keltirish mumkin. Bu ikki usul bir-biriga o'xshash, ammo Riva-Rochchi usuli yordamida faqat sistolik bosimni o'lchash mumkin. Korotkov usuli orqali esa ham sistolik ham diastolik bosimlarni o'lchash mumkin. Biz laboratoriya jarayonida, Dotsent

o'qituvchi Umrqulova.S.X nazorati ostida Korotkov usuli orqali qon bosimini o'lchadik.O'lchash uchun bizga tuzilishiga ko'ra manjeta, havo haydagich, membranali manometer-sfigmotonometrlar kerak bo'ldi.O'lchashlar yelka arteriyasining tirsakdan yuqori qismida olib borildi.Manjetani o'sha qisimga o'radik va ilmoq bilan mahkamlab qo'yildi keyin noksimon havo haydagich yordamida manjetada kerakli bosimni hosil qilib olindi. Ya'ni bosim 160-180mm sim.ust.teng qilindi.Bu bosimni kattaligini monometrda kuzatildi.Fonendoskopdan membranasini tirsak o'ymasidagi arteriyaga qo'yiladi.Arteriya to'la berkitilganda hech qanday tovush eshitilmaydi,shu sababli manjetadagi havoni asta-sekinlik bilan chiqarildi va fonendoskopdan tonlar eshtila boshlaydi.Bu tonlar arteriyaning va arteriya devorlarining vebratsiyasidan kelib chiqadi.Arteriyadagi birinchi ton, bosimning maksimal qiymatiga to'g'ri keladi va sistolik bosim deyiladi.Manometrning shu nuqtasi belgilanadi.Keyinchalik manjetadagi bosim kamaygan sari shovqinlar oldin ko'payib,so'ng pasayadi va yana tonlar eshitiladi.Tonlarning qattiqligi pasayadi va nihoyat yo'qoladi.Shu vaqtdagi bosim diastolik bosim deyiladi.Manjetadagi qolgan havoni tez chiqarib yuborish uchun mufti ajratib yuboriladi.

Natija: Laboratoriya natijasida biz aorta va yirik arteriyalardagi o'rtacha bosimni quydagi formula orqali hisobladik: $Po'r = P_{diast} + P_{puls} / 2$.Korotkov usulini 5ta 1-kurs Xalq tabobati yo'nalishi talabalarida amalda qo'lladik va natijalarni qayd qildik.Talabalar yoshi bir xil bo'lishiga qaramay natijalar har xil chiqdi.14-19 yosh uchun qon bosimi 117/77 teng.Ammo 2ta talabada 117/75; 1 ta talabada 120/79 qolgan 2 ta talabada 110/70;117/77 natijalari ko'rsatildi.

Xulosa: Laboratoriya mashg'uloti natijasida shu xulosaga keldik,qon bosimini o'lchashda Korotkov usuli samarali va qulay usul ekan.Bu usul bilan o'lchangan qon bosimi arteriyadagi qon bosimiga yaqin ekan,bu usul asosan manjetadan siqilgan arteriyadan qon oqayotganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshtishga asoslangandir.Talabalardagi natijalarga to'xtalsak,ya'ni yoshi bir xil bo'lishiga qaramay natijalar har xil bo'lishdi.Bunga asosiy sabablardan biri ularning yashayotgan muhti,yurak quvvati,mijozi va boshqalarning har xilligidadir. Shuni ham unutmaslik kerakki,Korotkov usuli qulay bo'lganiga qaramay o'z ehtiyotkor choralariga ega.Jumladan qon bosimini o'lchash natijasida sistemadagi bosimni 260 mm.sim.ust.dan oshirib yuborish taqiqlanadi.Bu holat asbobdagi simobni filtr orqali tashqariga chiqarib yuborishi mumkin.Asbobni mustaqil ravishda o'lchash ham man etiladi.

NORMAL FIZIOLOGIK HOLATLARDA PULSOKSIMETRIYA USULI ORQALI QONDAGI KISLORODNING TO'YINGANLIGINI O'QUV JARAYONIDA TAHLIL QILISH

Nabijonova V. T. TDSI, 205 dav. ish. fak. talabasi

Ilmiy rahbari: Umrqulova S.X. Fiziologiya va patologiya kafedrasi dotsenti

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, O'zbekiston

Aktuellik: Hozirgi kunda pulsoksimetriya usuli COVID-19 bilan chalingan bemorlar sog'aygandan so'ng, ularning qonidagi ayrim ko'rsatgichlar buzilganligi dunyo miqyosida kuzatilyapti. Shuning uchun o'quv jarayonida pulsoksimetr asbobi

yordamida COVID-19 bilan chalingan va chalinmagan talabalar qoning kislorodga to'yinalik darajasi solishtirib ko'riladi.

Tadqiqotdan maqsad: COVID-19 bilan chalingan va chalinmagan talabalarda Pulsoksimetriya usulini o'zlashtirish va klinikadagi ahamiyati

Tadqiqot ob'yekti hamda usullari: Pulsoksimetriya fotoelektrik datchikdan iborat Bu usulda odatda barmoq yoki tananing boshqa qismiga o'rnatiladigan pulsoksimetr deb ataladigan asbobdan foydalanadi. Pulsoksimetriya tibbiy diagnostika va bemorni kuzatishda, ayniqsa nafas olish va yurak-qon tomir funksiyalarini baholashda muhim vositadir. Datchik tekshiriluvchi qo'l barmog'ining tirnog'iga shunday joylashtiriladiki, natijada tirnoq chiroqchaga, barmoq yostiqlikchasi fotoelementga moslashtiriladi. Qo'l harakatsiz yurakdan past sathda joylashtiriladi. Tinch holatda chuqur nafas olish va qisqarish vaqtida puls o'lchanadi.

Natija va muhokamalar:

Pulsoksimetrlari tibbiy amaliyotning quyidagi sohalarida qo'llaniladi:

- behushlik kiritish vaqtida;
- reanimatsiya vaqtida;
- jarrohlik operatsiyalarida;
- erta tug'ilgan chaqaloqlarning holatini kuzatish;
- homiladorlik davrida bolaning qornidagi gipoksiyasini oldini olish maqsadida;
- terapevtik amaliyotlar.

Pulsoksimetrlari obstruktiv uyqu apnesi, nafas olish va yurak-qon tomir tizimlarining patologiyalari, bronxial astma, pnevmoniya va boshqa kasalliklarga shubha qilingan hollarda keng qo'llaniladi.

Quyidagi alomatlar mavjud bo'lsa, puls oksimetriyasini o'tkazish kerak:

- uyqu vaqtida nafas olishning qisqa muddatli to'xtashi;
- nafas qisilishi; notinch uyqu; kechasi qattiq terlash; yuz to'qimalarining siyanozi;
- befarqlik, ish qobiliyatini yo'qotish.

Puls oksimetriyasi bemor uchun xavfsiz bo'lganligi va tadqiqotga jiddiy tayyorgarlik ko'rmaganligi sababli, uni profilaktika maqsadida muntazam ravishda bajarish mumkin deb o'z tasdiqini topgan.

Ushbu metodikani o'quv jarayonida o'zlashtirish uchun pulsoksimetr asbobi yordamida ko'ngilli COVID-19 bilan chalingan va chalinmagan talabalar bilan amaliyot o'tkazildi.: Tajribada COVID-19 bilan og'rigan talabalar, pulsoksimetr yordamida qonning O₂ toyinganligi 97,2% ga ekanligi kuzatildi. Sog'lom Kasallikka chalinmagan talabalarda 98-99% ni tashkil etdi.

Xulosa: Qon aylanish va nafas sistemasining bir biri bilan uzviy bog'liqligini va pulsoksimetr asbobini qanday ishlash mehanizmini talabalarga o'rgatish amaliyoti Davolash ishi fakulteti talabalari bilan birgalikda amalga oshirildi. Ushbu amaliyot shuni ko'rsattiki, COVID-19 bilan chalingan va chalinmagan talabalar orasida qonning O₂ bilan to'yinish darajasida farq borligi aniqlandi. Ya'ni

1-guruh COVID-19 bilan og'rigan talabalar ko'rsatkichi 97,2%

2-guruh sog'lom talabalar ko'rsatkichi 98% ,ba'zilarida esa 99% natija qayd etildi. Bu shuni ko'rsatadiki, pulsoksimetriyasidan COVID-19 bo'lgan va bo'lmagan talabalar o'rtasida qonning kislorod bilan to'yinganlik darajasini solishtirish mumkin.

Bu tibbiyot mutaxassislariga koronavirus infeksiyasi bilan og‘rigan bemorlarda nafas olish funksiyasi va qon aylanish tizimidagi mumkin bo‘lgan o‘zgarishlarni kuzatish imkonini beradi. Qondagi kislorod miqdori kasallikning og‘irligini ko‘rsatadigan ko‘rsatkichlardan biri bo‘lishi mumkin va bemorlarning ahvolini kuzatishda yordam beradi.

ABO SISTEMASIDA QON GURUHLARINI ANIQLASH.

Nabiyeva M.S. TDSI, 205 dav. ishi. fak. talabasi

*Ilmiy rahbari: Umrqulova S.X. Fiziologiya va patologiya kafedrasida dotsenti
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, Toshkent, Uzbekistan*

Aktuellik: Har bir inson ABO tizimi bo‘yicha 4ta qon qon guruhining biriga ega. Nafaqat ozining qon guruhini, balki, yaqinlarining ham qon guruhini bilish tibbiy hodimlarga favqulodda holatlarda, qon quyishda yordam berish uchun muhim ahamiyatga ega, shuningdek, ginekologiya va homiladorlikni rejalashtirishda juda zarur. Qon quyish muommosi qon guruhlarini to‘g‘risidagi ta‘limotni yaratishga sabab bo‘ldi. 1901-yil K.Landsheyner odamlar eritrotsitlarida A va B agglyutinogenlari mavjud ekanligini, qon plazmasida esa α va β agglyutininlar (gammaglobulinlar) mavjudligini aniqladi. K.Landshteyner va Ya.Yanskiy odam qonidagi aglyutinogen va aglyutininlarning mavjudligiga qarab 4 guruhga bo‘ldi. Bu ABO tizimi deb ataldi.

Maqsad: Odamda ABO sistemasi bo‘yicha qon guruhlarini aniqlash usulini, hamda qon guruhlarini, gemagglyutinatsiya va qon quyishni nazariy asoslarini o‘zlashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari:

Ish uchun zarur: I, II, III chi guruhlarining standart gemaglyutsinatsiyalovchi zardoblari, skarifikator, paxta, pinset, pipetkalar, shisha tayoqchalar, buyum oynalari, chiqindilar uchun idish, oynada yozish uchun qalam, yodning spirtli eritmasi, 0,9% li NaCl eritmasi. Qo‘shimcha material sifatida qon quyish sxemasi bo‘lgan trafaretlar ishlatiladi.

Ish tartibi: Qon guruhlarini aniqlashda yoritildan xona +15 dan +25C gacha haroratda bo‘lishi kerak. Reaksiyani o‘q satxda kuzatiladi.

Ish uchun foydalaniladigan buyum uynasi yoki tarelkaga belgilar qo‘yiladi. Farfor tarelkaga 1 tomchidan 2 qator I II III guruhlar zardoblaridan . (chayqatib) tomiziladi. Chap qo‘lning 4-barmog‘i yostiqchasi spirt bilan artiladi. Barmoqdan qon olish usuliga ko‘ra – jarohatlanadi. Paxta tampon bilan 1-tomchi qon artib tashlanadi. Buyum oynasiga zardoblar oldiga barmoqdan 2-3 tomchi qon tomiziladi. Barmoq yod eritmasi bilan artiladi. Har bitta zardob tomchisiga tekshiriladigan qondan ozgina qo‘shiladi. Bunda buyum oynasidan tekshiriluvchi qonini har safar boshqa tomoni bilan yoki toza shisha tayoqcha bilan ehtiyotkorlik bilan, ularni yanglishtirmasdan olish kerak. Qon zardob bilan 5 minutga qoldiriladi. Qon guruhini buyum oynasini (yoki tarelkani) chayqatib turib, agglyutinatsiya paydo qilishi yoki yoqligiga qarab aniqlanadi. Agglyutinatsiya mavjudligi, ushbu zardobda bo‘lgan agglyutininga bir nomli, mos agglyutinogenni tekshiriluvchi eritrotsitlari borligini ko‘rsatadi. Agglyutinatsiya yo‘qligi tekshiriladiga qonda bu zardob tarkibiga kiradigan agglyutininga bir nomli, mos bo‘lgan, agglyutinogenni yo‘q ekanligini bildiradi. Agglyutinatsiya boshlanishiga

qarab bu tomchilarga 1 tomchidan 0,9% NaCl eritmasidan qo'shiladi. 5 min ichida shishani chayqatib turib kuzatish davom ettiriladi. 5 minutdan keyin har bir tomchida agglyutinatsiya bor yoki yo'qligini mikroskopik (chamalab) aniqlanadi. Shunga qarab tekshirilgan qon qaysi qon guruhiga mansub ekanligi qayd etiladi.

Natija: Buyum oynani zardob tomchilari bilan rasmini chizish, qaysi tomchilarda agglyutinatsiya paydo bo'lganligini belgilash, tekshirilgan qon qaysi qon guruhiga mansubligini qayd qilish.

Xulosa: Biz bu laboratoriya ishida 2-kurs davolash ishi fakulteti talabalarini qon guruhini aniqladik. Laboratoriya ishida 6 ta talabaning qon guruhini aniqladik. Ulardan 1-talabaniki I, 3ta talabaniki II qon guruhi va 2ta talabada III qon guruhi aniqlandi. IV qon guruhi tekshirilgan talabalar ichida aniqlanmadi. II qon guruhi aniqlangan talabalarning 2tasida Rh+ (rezus omil) aniqlandi 1tasida esa Rh-. III qon guruhining barchasida Rh+ aniqlandi.

Adabiyotlar: Alyaviya O.T, Qodirov SH.K, Nishanova A.A. Fiziologiya.

QON VA LIMFA TIZIMLARI. ASOSIY VAZIFALARI

Nabiyeva Zulayho .urhanovna

*Toshkent davlat stomatologiya instituti Gistologiya va tibbiy biologiya kafedrası
assistenti*

Iroda G'ayratova Dilshod qizi

Toshkent davlat stomatologiya instituti talabasi

Annotatsiya: Ushbu maqola qon va limfa tizimlarining o'zgaruvchan va mahsulotlarni yetkazib berishdagi ahamiyatini tavsiflaydi. Qon tizimi, organdan organga o'zgaruvchan moddalar, oksigen, nutrisiyalar, gormonlar, va immunologik moddalarni transport qiladi. Limfa tizimi esa kasalliklar bilan kurashish tizimini faollashtiradi. Bu maqola, qon va limfa tizimlarining asosiy komponentlarini, vazifalarini va faoliyati haqida to'liq ma'lumot beradi va ularning inson vujudidagi katta ahamiyatini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: qon, limfa, tizimlar, oksigen, nutrisiya, gormonlar, plazma, qon shaklli elementlari, leykositlar, eritrositlar, limfa, immunreaktsiyalar, transport, faoliyat, o'zgaruvchanlik, vazifalar, tibbiyot, anatomiya.

Qon va limfa tizimlari, inson vujudining tashqi va ichki transport tizimlarini o'z ichiga olgan integral qismidir. Bu tizimlar, organizmning hayotiy funktsiyalarini ta'minlash uchun o'zgaruvchan va muhim mahsulotlarni yetkazib berishda katta ahamiyatga ega.

Qon tizimi — qon komponentlarini tashkil qiluvchi elementlar (plazma va shaklli elementlar) majmuasi bo'lib, organizm ichki muhutining eng asosiy tarkibiy qismi hisoblanadi.

Qon hajmi qonning suyuq qism — plazma va qondagi muallaq bo'lgan shaklli elementlar: eritrositlar (qizil qon tanachalari), leykositlar (oq qon tanachalari) va trombositlar (qon plastinkalari) dan tuzilgan.

Qon plazmasi va shaklli elementlari orasida muayyan hajmiy nisbat mavjud. Bu nisbatni aniqlashda 100 ta o'zaro teng qismga bo'lingan maxsus shisha kapillyar — gematokritdan foydalanadilar. Qonni gematokritda sentrifuga yordamida aylantirilsa, shaklli elementlar og'irroq bo'lgani uchun cho'kma hosil qiladi, yuqori qavat tiniq,

rangsiz yoki och sariq rangli plazmadan iborat bo'ladi[

Qon tizimi, oksigen, nutrisiyalar, gormonlar va boshqa mahsulotlarni ichki organlardan va tashqi muhitdan olib, ulardagi turli xil o'zgaruvchan ma'lumotlar bilan birga transport qiladi. Qonning asosiy tarkibi uchun plazma, qon shaklli elementlari, leykositlar va eritrositlar kiradi. Plazma, suv, elektrolitlar, proteinlar va boshqa xil kimyoviy moddalar bilan to'ldirilgan organga o'xshash, oksigen va o'zgaruvchan ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Qonning

Limfa tizimi esa ichki organlardan va qonning yo'qolgan qismlaridan olinadigan eksudatni o'z ichiga oladi va kasalliklar bilan kurashish tizimini faollashtiradi. Qon va limfa tizimlarining tarkibi va faoliyati, tibbiyot, immunologiya va fiziologiyani o'rganishning muhim qismlaridan biridir.

Limfa - limfa tizimi orqali olib boriladigan suyuqlik. Hidrostatik bosim tufayli qon aylanish tizimidan yo'qolganidan keyin u qon plazmasidan (qonning suyuq komponenti) kelib chiqadi. Bu bosim qon tomiridan atrofdagi to'qimalarga plazma oqishiga olib keladi. Limfa tizimiga kirgandan so'ng, tiniq yoki ozgina sariq bo'lishi mumkin bo'lgan bu suyuqlik limfa deb ataladi.

Qon aylanish tizimidan farqli o'laroq, limfa tizimi yopilmagan va markaziy nasosi yo'q (yurak kabi). Bu bir tomonlama tizim bo'lib, suyuqlik oraliq bo'shliqdan qonga qaytadi. Bitta endoteliy qatlamidan tashkil topgan limfa tizimining kapillyarlari barcha qon kapillyarlariga yaqin joylashgan (buyraklar va markaziy asab tizimidagi qon kapillyarlaridan tashqari).

Limfa tizimi aylanishida limfa asta -sekin va past bosim ostida harakat qiladi, bu asosan skelet mushaklarining sog'ish harakati tufayli sodir bo'ladi. Qon aylanish tizimidagi tomirlar singari, limfa tomirlari ham bir tomonlama klapanlarga ega va ular orqali suyuqlikni siqish uchun asosan skelet mushaklarining harakatiga bog'liq. Tomir devorlarining ritmik qisqarishi ham suyuqlikni limfa kapillyarlariga tortishga yordam beradi. Keyin bu suyuqlik kapillyarlar singari bitta qatlam o'rniga uchta qatlamli hujayralar va tolalardan tashkil topgan, asta -sekin kattaroq limfa tomirlariga yuboriladi, ular o'ng limfa kanalida (o'ng yuqori tananing limfa uchun) va ko'krak kanalida (tananing qolgan qismi). Bu kanallar klavikula yoki yoqa suyagi ostida joylashgan o'ng va chap subklavian tomirlaridagi qon aylanish tizimiga quyiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Wheater's Functional Histology by Young, Lowe, and Stevens.
2. Junqueira's Basic Histology: Text and Atlas by Anthony L. Mescher.
3. Color Atlas of Histology by Leslie P. Gartner and James L. Hiatt.
4. Histology: A Text and Atlas by Michael H. Ross, Wojciech Pawlina, and Todd A. Barnash.
5. Basic Histology: Text & Atlas by Luiz Carlos Junqueira and José Carneiro.
6. Histology and Cell Biology: An Introduction to Pathology by Abraham L. Kierszenbaum and Laura Tres.
7. DiFiore's Atlas of Histology with Functional Correlations by Victor P. Eroschenko.
8. Bloom and Fawcett's Concise Histology by Don W. Fawcett and Juan C. Espinosa.

9. Histology: An Illustrated Colour Text by Alastair D. Burt and David A. Mason.
10. Histology for Pathologists by Stacey E. Mills.

IBN SINO ASARLARIDA GIGIENAGA OID TADBIRLAR

*Nasriddinova Ruxshona Toxir qizi Toshkent Davlat Stomatologiya instituti
Xalq tabobati bo'limi yo'nalishining 1kurs, 109 gr. talabasi.
Ilmiy rahbar: Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan
kafedrasining dosenti Yuldasheva L.S.*

Anotatsiya: Ushbu maqolada buyuk alloma, SHarq mutafakkiri Abu Ali ibn Sinoning asarlarida salomatlik sirlari, gigiena qoidalari hamda to'g'ri ovqatlanish, sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish masalalari yoritilgan

Kalit so'zlari: gigiena, sog'lom turmush tarzi, to'g'ri nafas olish, organizmni chiniqtirish, sog'lom ovqatlanish ratsioni,

Dolzarbliqi. Ajdodlarimiz qoldirgan meroslarni o'rganish, ularning o'gitlariga amal qilish kelajakni belgilab beradi. Bularga ko'plab olimu-fuzalolarni, shu jumladan Abu Ali ibn Sinoni ham misol qilib keltirishimiz mumkin. YUrtimizda yashab, tibbiyot ilmidagi yutuqlari bilan butun dunyoga mashhur bo'lgan ajdodimiz Abu Ali Ibn Sinoning ham oqilona ovqatlanish, to'g'ri dam olish, serharakatlilik, umuman gigienik tadbirlar asosida erishiladigan salomatlikni asrash borasida yozib qoldirgan ko'plab amaliy fikrlari Uchinchi Renessans ostonasida turgan yangi O'zbekiston xalqi uchun ham juda muhimdir. Mamlakatimizda shu kunlarda sog'lom turmush tarzi, to'g'ri ovqatlanish, doimiy jismoniy faollikni ta'minlash va uni targ'ib qilish aholining hayot tarziga aylantirish orqali xalqimizni sog'lom qilish eng muhim vazifalar qatorida qo'yilayotgani bu muammoga jiddiy yondoshishni talab qiladi.

Maqsadi. Ushbu ilmiy tadqiqot ishining maqsadi turli yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olishda Abu Ali Ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» asarida tavsiya etgan va amalda qo'llagan gigienik tadbirlarini o'rganishdan iborat. **Material va uslullar.** Buning uchun Abu Ali ibn Sino tomonidan yozib qoldirilgan «Tib qonunlari» birinchi kitobining «Salomatlikni asrash haqida», deb nomlangan uchinchi qismi o'rganildi, olingan materiallar tahlil qilib keltirildi.

Natija va taxlil. Ibn Sinoning shoh asari hisoblangan «Tib qonunlari» birinchi kitobining «Salomatlikni asrash haqida» deb nomlangan uchinchi qismi olimning salomatlikni saqlash borasidagi tibbiy qarashlari nihoyatda chuqurligi va originalligidan dalolat beradi. Ibn Sino sog'liqni saqlash tadbirlarida birinchi galda badan tarbiya va yaxshi jismoniy harakatlarni, ikkinchi va uchinchi o'rinlarga ovqatlanish tartibi va uyquni qo'ygan.

Abu Ali Ibn Sino birinchi bo'lib, jismoniy mashqlarning inson organizmini mustahkamlashini ilmiy asoslab berdi. U jismoniy mashg'ulotlarni inson sog'ligini saqlashning bosh omili deb hisoblagan. Uning fikricha:

- organizm jismoniy mashqlar bilan shug'ullanishidan oldin tana toza bo'lishi;
- iste'mol qilingan ovqat hazm bo'lgan bo'lishi kerak va o'z navbatida och qoringa jismoniy mashqlar bajarishni tavsiya qilmaydi;

- jismoniy mashqlar bilan doimo mo‘‘tadil shug‘ullanib borgan kishi hech qanday davoga muhtoj bo‘lmaydi;

- badantarbiya kishini chuqur va ketma - ket nafas olishga majbur qiluvchi harakatdir;

- badantarbiyadan so‘ng birdan sovuq suvga to u butun tanani ko‘mgunicha sho‘ng‘ish kerak.

CHO‘miluvchiga suv yoqib, unga yomon ta’sir qilmasa, badanida qaltirash paydo bo‘lgunicha u suvda qolishini ta’kidlagan.

Abu Ali ibn Sino yana organizmni chiniqtirish jarayonini tabiiy kuchlar - havo, suv va quyoshdan foydalangan holda, jismoniy mashqlar bilan olib borishga katta ahamiyat bergan. Uning fikriga ko‘ra, ochiq havoda uzoq vaqt yurib, organizmni toblash, harakatlar, sayr qilish, o‘yinlarni jismoniy mashqlar bilan birga olib borish yaxshi samara beradi.

O‘smirlarda va yoshi kattalarda organizmni chiniqtirish jarayonlaridan biri sifatida tanani ho‘l sochiq bilan artish, hammomda cho‘milish va quyosh vannalaridan foydalanish shaklida olib borishni tavsiya etadi.

Quyosh vannalari organizmda modda almashinishini yaxshilaydi, natijada esa inson tetik va bardam bo‘ladi, organizmdagi ortiqcha yog‘lar eriydi, bosh og‘rig‘ini yo‘qotadi va miyani mustahkamlaydi.

Tanani chiniqtirish vositalaridan yana biri bu - massaj (uqalash) bo‘lib, u toliqishni oldini oladigan muhim davolash vositasidir. Ibn Sino uqalashni kuchli - gavdani baquvvat qiluvchi, kuchsiz - gavdani yumshatuvchi, davomli - ozdiruvchi, o‘rtacha - gavdani o‘stiruvchi turlarga ajratadi. Massajdan ko‘zlangan maqsad - organlarni zichlash, yumshoq organlarni qotirish va qattiq organlarni yumshatishdan iborat ekanligini ta’kidlaganlar.

Abu Ali Ibn Sino oqilona ovqatlanish tadbirlarida quyidagilarga rioya qilish:

1. To‘yib ovqat emaslik;

2. Oldin iste‘mol qilingan ovqat oshqozonda xazm bo‘lmasdan turib, ustiga yana ovqat emaslik;

3. Oziq ovqat maxsulotlarining asosiy tarkibi sabzavotlar va mevalardan tashkil topishi lozimligini uqtiradi.

Alloma inson tanasining ovqat talab qilishi yoshga bog‘liqligini xam aytib, shunday degan: “O‘smirlarda ovqatga talab va xazm qilish bo‘ladi, qari kishilarda esa buni aksi kuzatilib, ularning quvvatlarida orqaga ketish bo‘ladi”.

Bundan tashqari ovqatlanish klimatogeografik omillarga bog‘liqligi to‘g‘risida xam fikr bildirgan “SHimolda yashovchi kishilar organizmida ovqat yaxshi xazm bo‘ladi va ular uzoq umr ko‘radilar.” Bu fikrlar yillar davomida ko‘plab xorijiy va vatandosh gigienist va dietolog olimlar tomonidan ilmiy jixatdan isbotlangan.

Xulosalar Abu Ali ibn Sinoning oqilona ovqatlanish, jismoniy mashqlar va massaj qoidalari to‘g‘risida yozib qoldirgan tavsiyalari odamlar turmush tarzining tamoyillari hisoblanib, ular hozirgi zamon profilaktik tibbiyotida ham hozirgacha dolzarb hisoblandi. Abu Ali ibn Sino o‘z asarlarida oqilona ovqatlanishning gigienik ahamiyati ustida ko‘p mulohazalari va ko‘rsatmalari hozirgi zamon tibbiyot ilmi taraqqiyotiga ulkan hissa qo‘shgan.

UNRAVELING HOMEOSTATIC IMBALANCE: UNDERSTANDING ITS ROLE IN DISEASE DEVELOPMENT

Nortoshov Sh.U. student of 311-A group, faculty of dentistry

Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Scientific supervisor: Turdaliyev K.M. teacher of physiology and pathology department, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Homeostasis, the delicate balance that our bodies strive to maintain, is essential for our survival. It encompasses a complex array of physiological processes that regulate internal conditions within a narrow range, despite external fluctuations. However, when this equilibrium is disrupted, it can lead to the onset and progression of various diseases. In this article, we delve into the intricacies of homeostatic imbalance, exploring how disruptions in hormonal regulation, pH balance, and fluid dynamics contribute to disease development.

Disruptions in Hormonal Regulation: Hormones serve as messengers in the body, orchestrating a myriad of physiological functions ranging from metabolism to growth and reproduction. The endocrine system meticulously regulates the production, release, and activity of hormones to maintain homeostasis. However, imbalances in hormone levels or dysfunctions in the endocrine glands can precipitate numerous health issues.

For instance, hyperthyroidism, characterized by an overactive thyroid gland, leads to an excess of thyroid hormones in the bloodstream. This imbalance accelerates metabolism, resulting in symptoms such as weight loss, rapid heartbeat, and anxiety. Conversely, hypothyroidism, marked by an underactive thyroid gland, causes a slowdown in metabolism, manifesting as fatigue, weight gain, and cold intolerance. These conditions underscore the critical role of hormonal balance in maintaining homeostasis and highlight the repercussions of its disruption.

pH Balance Disruptions: The body carefully regulates its pH, maintaining a slightly alkaline environment for optimal physiological function. This balance is crucial for enzyme activity, cell function, and the integrity of biological structures. However, deviations from the normal pH range can have profound implications for health.

Acid-base imbalances, such as acidosis or alkalosis, occur when the body's buffering systems are overwhelmed, leading to shifts in blood pH. Acidosis, characterized by an excess of acid in the blood, can arise from conditions like uncontrolled diabetes or kidney dysfunction, resulting in symptoms such as confusion, rapid breathing, and fatigue. On the other hand, alkalosis, marked by an excess of alkaline compounds, may stem from prolonged vomiting or overuse of diuretics, leading to muscle twitching, nausea, and tingling sensations. These disruptions underscore the critical importance of pH balance in sustaining homeostasis and highlight the cascade of physiological consequences when this equilibrium is disturbed.

Fluid Dynamics Disruptions: Fluid balance is essential for maintaining blood pressure, facilitating nutrient transport, and regulating body temperature. The body employs intricate mechanisms to regulate fluid intake, output, and distribution to uphold homeostasis. However, disturbances in fluid dynamics can lead to dehydration,

edema, or electrolyte imbalances, predisposing individuals to various health issues. Dehydration, resulting from inadequate fluid intake or excessive fluid loss, disrupts the body's water-electrolyte balance, leading to symptoms such as thirst, dry mouth, and dark urine. Conversely, conditions like congestive heart failure or liver cirrhosis can cause fluid retention, leading to edema, shortness of breath, and swelling in the extremities. These examples underscore the vital role of fluid dynamics in maintaining homeostasis and highlight the consequences of its disruption on overall health.

Conclusion: Homeostatic imbalance lies at the heart of many diseases, underpinning disruptions in hormonal regulation, pH balance, and fluid dynamics. Understanding the mechanisms underlying these imbalances is crucial for developing targeted interventions to restore homeostasis and mitigate disease progression. By unraveling the complexities of homeostatic regulation, we can pave the way for innovative approaches to disease management and foster a deeper appreciation for the intricacies of the human body's quest for equilibrium.

GUT MICROBIOTA METABOLITES ENHANCE COGNITIVE FUNCTION THROUGH INCREASED BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF) PRODUCTION

Nugmanova U.T. Department of Medical Biology and Histology of TSDI

Talipov R.R. student of the Faculty of Medicine of TSDI

Po'latov A.A. student of the Faculty of Medicine of TSDI

Objective: To study the impact of impaired intestinal microbiota on the development of chronic cerebral ischemia and on cognitive function.

Introduction: The global increase in life expectancy has led to a rise in dementia cases, posing financial and psychological challenges. Despite extensive research, treatment for dementia remains a priority. This guideline addresses risk factors, prevention, and emerging treatments for cognitive impairment associated with chronic cerebrovascular insufficiency (CCI), focusing on BDNF and HDAC modulation. Butyric acid, synthesized by gut microbes, plays a crucial role in intestinal health, with dysregulation linked to inflammation. Abnormal gut microbiota, exacerbated by conditions like obesity and diabetes, may worsen COVID-19 severity, especially among the elderly.

Neurotrophins, particularly BDNF, play a crucial role in cognitive function and mental health. Modulating BDNF release holds promise for treating neurological disorders. Inhibition of HDAC enhances BDNF expression, improving neuroplasticity and cognitive function. Butyric acid, an HDAC inhibitor, is synthesized by gut microbes and supports intestinal health. Dysregulation of butyric acid levels disrupts gut homeostasis, contributing to inflammation. Abnormal gut microbiota may exacerbate COVID-19 severity, especially among the elderly and those with metabolic disorders.

Materials and Methods: This study involved the examination of 80 patients

diagnosed with chronic cerebral ischemia, comprising 38 (47.5%) males and 42 (52.5%) females. The mean age of the participants was 64.1 years, with men averaging 62.78 years and women 65.2 years. Additionally, demographic data, medical history, and cognitive function assessments were collected and analyzed to investigate the relationship between chronic cerebral ischemia and cognitive impairment.

RISK FACTORS

1. Atherosclerosis and dyslipidemia contribute to cerebral vascular inflammation, promoting the formation of atherosclerotic plaques. This process triggers local reactions leading to vessel wall deposition and necrosis. Intestinal metabolites, specifically short-chain fatty acids, show promise in inhibiting pro-inflammatory cytokines like TNF and IL-12, thus attenuating atherosclerosis.

2. Hypertension, a multifactorial condition, is countered by various defense mechanisms, including the activation of baroreceptors that regulate blood pressure. Acetic acid, through its ability to reduce renin activity, has shown efficacy in lowering blood pressure in experimental models. Activation of specific receptors by acetic acid deactivates angiotensin 2 receptors, further contributing to blood pressure regulation.

3. Metabolic disorders like diabetes and obesity significantly impact cerebrovascular health. Acetic acid supplementation, as seen in studies where it was added to baked goods, mitigates hunger and reduces postprandial glucose and insulin levels in type 2 diabetes patients. Additionally, increased acetic acid levels in the blood correlate with decreased insulin levels. Obesity exacerbates metabolic dysfunction and insulin resistance, but interventions targeting intestinal microflora, such as *Lactobacillus Plantarum* prebiotics, show promise in reducing body weight in individuals with a BMI of 25 or higher.

Discussion: Intestinal microflora produces short-chain fatty acids, such as acetic acid, propionic acid, and butyric acid, which play a crucial role in maintaining gut health by inhibiting the growth of pathogenic microbes and preserving intestinal wall integrity. These metabolites contribute to intestinal homeostasis by promoting the growth of beneficial microbes. In patients with neurological and mental disorders, studies have identified abnormal microbial profiles, including the presence of succinic acid in the blood, indicating microbial dysbiosis. Inflammation in brain vessels is a primary factor in chronic cerebrovascular insufficiency (CCI). Intestinal metabolites, particularly short-chain fatty acids, stimulate the production of anti-inflammatory cytokines like interleukin-10, which inhibit inflammation in blood vessel walls. Additionally, these metabolites regulate the expression of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) by inhibiting histone deacetylase (HDAC) enzymes, which are involved in transcriptional repression and DNA repair processes.

Conclusions: The study highlights the importance of the gut-brain connection and emphasizes the significance of maintaining gut homeostasis. Individuals with chronic colon diseases, such as constipation or irritable bowel syndrome (IBS), are at increased risk of developing cognitive disorders, underscoring the need for attention to gut health. Including probiotics and prebiotics in the treatment regimen for chronic cerebrovascular insufficiency (CCI) with cognitive impairment is advisable. The study findings demonstrate the influence of intestinal metabolites on the expression of brain-derived neurotrophic factor (BDNF), further emphasizing the role of gut health in

cognitive function. Restoring the disrupted gut ecosystem is essential for bolstering the immune system and combating inflammatory processes that contribute to premature aging and compromise the body's compensatory functions.

FALSAFA VA TIBBIYOTNING BOG'LIQLIGI

Ramazanov Suhrob Rahim o'g'li Stomatologiya fakulteti 1-bosqich talabasi
Ilmiy rahbar: Umirzakova N.A. -Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrasi dotsenti (PhD)

Annotatsiya. Ushbu maqolada falsafa fani, uning tarixi haqida hamda falsafaning tibbiyot bilan aloqadorligi haqida ma'lumotlar berilgan. Tibbiyot falsafasining moddiy asosi va uning bugungi kunda klinik davolashdagi ahamiyati haqida fikr, mulohazalar taqdim etilgan.

Kalit so'zlar: jamiyat, antic davr, matematika, geometriya, dunyo qarash

Annotation. This article provides information on the science of philosophy, its history, and the relationship of philosophy to medicine. Opinions and comments on the material basis of the philosophy of medicine and its importance in clinical treatment today are presented.

KEYWORDS: society, antiquity, mathematics, geometry, worldview

Kirish: Falsafa (qadimgi yunoncha donolikka muhabbat) — voqelikning (borliqning) eng umumiy xususiyatlari va fundamental tamoyillari va bilishning, insonning o'zaro munosabatlari haqidagi bilimlar tizimini rivojlantiruvchi dunyoni bilishning maxsus shakli.

Falsafa - bu odamlarning ma'naviy faoliyat usuli. U insoniyat umumiy ma'naviy madaniyatining eng qadimiy qismini ifodalaydi. Hamma zamonlarda ham odamlar tabiat, jamiyat va bilimning fundamental muammolari, inson mavjudligi va uning hayotining mazmuni muammolari, insonning maqsadi va butun jamiyat taraqqiyotining maqsadlari haqida fikr yuritgan. Bu savollarga javoblar ko'p jihatdan insoniyat tarixida mavjud bo'lgan ustuvorliklar bilan bog'liq. Shunday qilib, masalan, dastlab odamni hamma narsaning kelib chiqishi haqidagi savollar qiziqirdi, atrofdagi tabiat, barcha mavjudotning yakuniy asoslarini o'rgana boshlaydi. Endi bu savollar ilmiy qiziqish sohasiga o'tadi. Hozirgi vaqtda falsafa hayotning mazmuni, inson va insoniyatning omon qolishi muammosi bilan qiziqadi.

Falsafa bunday savollarni qayta-qayta ko'tardi, keyinchalik ular tabiatshunoslik yoki san'at, din, siyosat va huquq sohasidagi tadqiqot mavzusiga aylandi. Dunyoni falsafiy aks ettirish jarayonida yangi muammolarning cheksiz tug'ilishi borliqning asosiy muammolari bilan doimo qiziqadigan falsafaning o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqadi. Bundan tashqari, falsafa doimo bilishning eng umumiy uslublari va usullaridan, falsafa mustaqil ravishda rivojlantiradigan yoki ma'naviy ishlab chiqarishning boshqa sohalaridan, birinchi navbatda, tabiatshunoslikdan oladigan usullardan foydalanishga intilgan.

Tarixiy jihatdan falsafa predmeti haqidagi g'oyalar barcha ilmiy bilimlar taraqqiyoti bilan birga rivojlangan. Ma'lumki, antik davr sharoitida falsafa fanlarning otasi bo'lgan. Aristotel uni fanlar malikasi, sifatida ajratib ko'rsatdi. Darhaqiqat, o'sha davrda falsafa mifologiya va dindan meros bo'lib qolgan dunyoqarash xarakteridagi nazariy ma'lumotlarning uzviy to'plamini o'z ichiga olgan. Muayyan sohalarda,

masalan, matematika, geometriya, astronomiyada sezilarli yutuqlarga erishildi, ammo bu fanlar, masalan, fizika, optika, mexanika, botanika va boshqalar, hech qachon falsafiy fanlar bo'lmagan – o'sha paytda ham, hozir ham. Qadimgi davrlarda falsafani fanlar fani deb hisoblash mumkin, chunki u tabiiy ilmiy va tarixiy bilimlarning butun hajmini o'z ichiga olgani uchun emas, balki ikkinchisi asosan empirik xarakterga ega bo'lganligi, hali ham rivojlanmaganligi va falsafa, go'yo o'ziga xos xususiyatga asoslanib qurilgan. Voqelikni bilishning yuqori qavatlari, uning nazariy rivojlanishining yagona shakli sifatida harakat qiladi.

Boshqacha qilib aytganda, falsafaning ob'ekti va predmeti doimo bir-biridan farq qilib kelgan, bir-biriga to'g'ri kelmasdi, lekin o'tmishda ma'lum fanlar hali shakllanmagan va ular inson bilimining bir daraxtidan shoxlanib ulgurmagan bir paytda falsafa ikki tomonlama vazifani bajargan. mafkuraviy xarakterga ega. U haqiqatni tushunishga qaratilgan: a) o'z sohasida - olam va b) tabiat, jamiyat va inson haqidagi alohida fanlarni o'rganish natijalaridan kelib chiqadigan qoidalarni nazariy, mafkuraviy shaklda shakllantirish.

Barcha tarixiy davrlarda sog'lom fikr va turli kundalik tajribaga asoslangan dunyoqarash o'zini namoyon qilgan va bugungi kungacha saqlanib qolgan. Dunyoqarashning o'z-o'zidan paydo bo'ladigan bu shakli jamiyatning keng qatlamlarining dunyoqarashi, tafakkuri va xulq-atvor malakalarini o'z ichiga oladi. U ko'pincha “Hayot yoki dunyoviy falsafa” deb ataladi.

Kundalik, dunyoqarash, qoida tariqasida, o'z-o'zidan rivojlanadi, chuqur o'ychanligi va asosliligi bilan farq qilmaydi. Yana bir narsa - tajribaning turli shakllarini solishtirishga asoslangan ongning tanqidiy ishi. Bunday ish, qoida tariqasida, ongning boshqa – ma'rifiy, aks ettiruvchi darajasida allaqachon amalga oshiriladi. Falsafa ham dunyoni anglashning yetuk intellektual-nazariy shakllariga mansub.

Dunyoqarash tushunchasi falsafa tushunchasiga qaraganda kengroq hodisalarni qamrab oladi. Ularning munosabatlarini sxematik ravishda ikkita konsentrik doira sifatida tasvirlash mumkin, bu yerda katta doira dunyoqarash, kichikroq doira esa falsafadir. Falsafiy qarashlar tizimi dunyoqarashning boshqa shakllaridan farqli ravishda asoslash talabiga bo'ysunadi.

Falsafaning o'ziga xosligini tushunish uchun uning dunyoqarashning boshqa tarixiy turlari (mifologik, diniy dunyoqarash) orasidagi o'rnini ham aniqlash kerak.

Xulosa: Insoniyat ma'naviy madaniyatining ilk shakli bo'lgan mif o'zi yaratilgan davr odamlarining, dunyoqarashini ifodalagan. U o'zida bilim, diniy e'tiqod, siyosiy qarashlar, turli san'at turlari va falsafani o'zida mujassam etgan, umuminsoniy, tabaqalanmagan (sinkretik) ong shakli sifatida harakat qilgan. Keyinchalik bu elementlar mustaqil hayot va rivojlanishga o'tadi.

O'SMIR VA BOLALARNING EKRANGA ASOSLANGAN HARAKATSIZ XATTI-HARAKATLARI BILAN BOG'LIQ SOG'LIQ KO'RSATKICHLARI.

Ruziyeva S.Y.; Abdunazarov D.E.

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti

Rivojlangan mamlakatlardagi bolalar ko'p televizor ko'rishadi. So'rovlar shuni

ko'rsatadiki, bolalik va o'smirlik davrida televizor ko'rishga sarflangan vaqt maktabda o'tkaziladigan vaqtdan ham ko'proq bo'lishi mumkin.¹ Bolalar tomosha qilayotgan televizor miqdori sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkinligidan xavotir ortib bormoqda. Televizorni tomosha qilish nafaqat ko'proq faol harakatlarni (yomon fitnes va semirishga hissa qo'shadi), balki dastur mazmuni va reklama orqali etkazilgan xabarlar tufayli noto'g'ri ovqatlanish odatlari, zo'ravon xatti-harakatlar va giyohvand moddalarni suiiste'mol qilishni rag'batlantirishi mumkin. Ekraniga asoslangan harakatsiz xatti-harakatlar va vazn holati o'rtasidagi ijobiy bog'liqlik uchun kuchli dalillar topildi. Ekran vaqti va uyqu muammolari, mushak-skelet tizimining og'rig'i va depressiya o'rtasida ijobiy bog'liqlik kuzatildi. Ekran vaqti va jismoniy faollik/fitness, ekran vaqti va psixologik farovonlik, ekran vaqti va ijtimoiy yordam o'rtasida salbiy aloqalar aniqlandi. Ekraniga asoslangan harakatsiz xulq-atvor va parhez sifati o'rtasidagi munosabatlar noaniq edi. Tadqiqotlarning yarmidan kamrog'i jismoniy faoliyat uchun harakatsiz xatti-harakatlar ko'rsatkichlarini moslashtirdi.

Dalillar shuni ko'rsatadiki, o'tirish vaqti mustaqil ravishda kattalardagi bir qator sog'liq muammolari bilan bog'liq, ammo yoshlardagi harakatsiz xatti-harakatlar va salomatlik ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlik unchalik aniq emas. O'tirgan xatti-harakatlarning yoshga bog'liq o'sishi yaxshi hujjatlashtirilgan; o'smir qizlarning xulq-atvor shakllari alohida tashvish uyg'otadi. O'smir qizlarning harakatsiz xulq-atvorining uchdan bir qismidan ko'prog'i dam olish uchun ekraniga asoslangan xatti-harakatlardan foydalanish orqali to'planadi. Ushbu sharhning maqsadi dam olish uchun ekraniga asoslangan harakatsiz xatti-harakatlar va o'smir qizlarning jismoniy, xulq-atvori va psixo-ijtimoiy salomatlik ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish edi. Ikkilamchi maqsad jismoniy faoliyat uchun harakatsiz harakat ko'rsatkichlarini moslashtirgan tadqiqotlarni aniqlash edi.

Ekraniga asoslangan harakatsiz xatti-harakatlar bir qator salbiy salomatlik oqibatlari bilan bog'liq, ammo sog'liqqa ta'sirini yaxshiroq tushunish uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab qilinadi. Bundan tashqari, yoshlar uchun ekran vaqti bo'yicha ko'rsatmalar tez texnologik o'zgarishlarni aks ettirish uchun muntazam ravishda qayta ko'rib chiqilishi va yangilanishi kerak.

Hozirgi kunda nashr etilayotgan yangi tadqiqotlarda aniqlangan dalillar bo'shliqlarini bartaraf etishi mumkin. Ko'rsatmalarni yangilashni talab qiladimi yoki yo'qligini aniqlash uchun yangi dalillarni muntazam ravishda ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Bolalar va yoshlarning harakatsiz xulq-atvori va salomatligi bo'yicha boshqa tizimli sharhlar avvalgi sharhdan beri nashr etilgan, ammo, bu sharhlar muayyan sog'liqni saqlash ko'rsatkichlari, maxsus tadqiqot dizaynlari, harakatsiz xatti-harakatlarning o'ziga xos o'lchovlari va muayyan populyatsiyalarga qaratilgan. Xuddi shunday, faqat o'smir qizlarga qaratilgan tizimli tekshiruv ekran vaqti va vazn holati o'rtasidagi bog'liqlik uchun kuchli dalillarni topdi. Ekran vaqti, shuningdek, noqulay fitnes, psixologik farovonlik va depressiya bilan bog'liq edi. Aksincha, ob'ektiv ravishda o'lchanadigan harakatsiz xatti-harakatlar va yog'lilikdagi uzunlamasina o'zgarishlarni tizimli ko'rib chiqish, assotsiatsiyaning juda kam dalillarini topdi. Xuddi shunday, Tremblay va boshqalar bilan bir vaqtda nashr etilgan yana bir tizimli sharh. Ko'rib chiqish, harakatsiz xulq-atvor va tana massasi indeksi o'rtasidagi uzunlamasina bog'liqlik uchun nomuvofiq dalillarni topdi; biroq, harakatsiz xulq-atvor va aerobik

fitnes o'rtasidagi salbiy uzunlamasına bog'liqlik uchun o'rtacha dalillar xabar qilingan . Ushbu so'nggi sharhlar, Tremblay va boshqalar tomonidan o'tkazilgan tekshiruvdan tashqari, bizning ma'lumotimizga qaratilgan xulosalarni taqdim etadi va hech qanday oldingi sharhda sub'ektiv va ob'ektiv ravishda o'lchangan harakatsiz xatti-harakatlar va 5-17 yoshdagi barcha bolalar va yoshlardagi ko'plab sog'liq ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlik har tomonlama o'rganilmagan. Bu muhim bo'shliqdir, chunki aholi darajasidagi tavsiyalarni xabardor qilish uchun sog'liqni saqlash ko'rsatkichlarining yaxlit diapazoni va tadqiqot dizaynlari bo'ylab harakatsiz xatti-harakatlarning turli ko'rsatkichlarini muvozanatli ko'rib chiqish zarur. Shu sababli, bolalar va yoshlar uchun harakatsiz xulq-atvor qoidalari eng so'nggi mavjud dalillarga , shu jumladan yangi texnologiyalar (masalan, planshetlar, smartfonlar) bo'yicha dalillarga asoslanganligini ta'minlash uchun ushbu keng qamrovli sharhni yangilash kerak. kerak.

Harakatsiz xatti-harakatlarning har xil turlari salomatlikning turli ko'rsatkichlariga har xil ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ko'rib chiqilgan ko'pgina sog'liqni saqlash ko'rsatkichlari bo'yicha televizor ko'rish yoki ekranni ko'rish vaqtining ko'proq davom etishi noqulay salomatlik bilan bog'liq edi. Sog'liqni saqlash ko'rsatkichlari bo'yicha gradient kuzatildi, bu kamroq harakatsiz xatti-harakatlar, ayniqsa ekranda ishlash, sog'liqning yaxshilanishi bilan bog'liqligini ko'rsatdi.

ИНСОН ҚАДРИНИ ЮКСАЛТИРИШДА ҚОНУН УСТУВОРЛИГИ ВА КОНСТИТУЦИЯВИЙ ҚОНУНИЙЛИКНИ ТАЪМИНЛАШ .

Sattorova D.G. -Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrasi dotsenti

2024 йил Ўзбекистонда “Ёшлар ва бизнесни қўллаб-қувватлаш йили деб эълон қилинди.

Мамлакатимизда “Инсон қадри учун” деган эзгу ғоя давлатимиз сиёсатининг устувор йўналиши бўлиб қолишидан далolatдир. Шу сабабли 2024 йил Ўзбекистонда “Ёшлар ва бизнесни қўллаб-қувватлаш йили деб эълон қилинди. Президентимиз шундай дедилар: «Инсон қадри деган ғояни ҳеч қачон унутмаслигимиз керак. Инсонга эътибор ва сифатли таълим йили деб эълон қилишимиз, агар [буни] чуқур таҳлил қилсак, жуда кўп ўйландик, нималар қўйиш мумкин, деб. Албатта, кечаги қилган ишимиз билан бугунгисининг давомийлиги, бардавомлиги бўлиши керак. Бардавомлик нуқтаи назардан, яна ва яна Инсон қадри деган ғоя йилларга қўшилиб давом этиши керак. Шунинг учун „Инсонга эътибор ва сифатли таълим“ деб ном қўйдик” «Нима учун йилга бундай ном беряпмиз? Биз Ўзбекистонда олиб бораётган давлат сиёсатининг марказида инсон ва унинг манфаатларини таъминлашни устувор вазифа этиб белгилаганмиз. Аслида ҳам бизнинг энг бебаҳо бойлигимиз бу — бунёдкор халқимиз, дуоғўй ота-оналаримиз, навқирон авлодимиз эмасми? Шу юртда яшаётган ҳар бир инсоннинг тинч ва бахтли ҳаёт кечириши, унинг соғлиғи жойида бўлиши, яхши таълим олиши, оиласини тебратиш учун қандай шароит керак бўлса, ҳаммасини яратиб беришга ҳаракат қиляпмиз ва бу йўлдан асло тўхтамаймиз», — деди давлат раҳбари.

Мурожаатномада катта-катта раҳбарлар маҳалла ва қишлоқларда бўлиб,

аҳолини қийнаб келаётган муаммоларни ўрганишлари, уларни бартараф этиш учун амалий ишларни қилишлари энг долзарб вазифа эканлиги айтиб ўтилди. Халқни бугунги ҳаётдан рози қилиш, озод ва обод масканда умргузаронлик қилаётганлигидан мамнунлик ҳиссини туйишига эришиш энг хайрли ишлардан саналади. “Одамларимиз таълим, соғлиқни сақлаш, иқтисодиёт йўналишларидаги аниқ-аниқ масалаларни кўтариб, улар бўйича тизимли ечимларни ҳам таклиф қилган. Булар ҳозирги вақтда одамларни қийнаётган ва эртанги кунимизга, ўзгаришимизга, тараққиётимизга тўғри замин яратиш бўйича таклифлар”, - деди юртбошимиз.

Давлатимиз раҳбарининг таъкидлашича, “Аҳоли биздан мактаб, боғча ва шифохоналар кўпайтириш, таълим ва тиббиёт сифати ошириш; маҳаллада йўл, сув, электр, транспорт муаммолари ҳал қилиш; иш ўринларини кўпайтириш, тадбиркорликка янги имкониятлар яратишни; адолат таъминлаш, оворагарчилик, бюрократия, энг асосийси, коррупцияни йўқ қилишни кутмоқда. Кўтарилган масалалар аниқ ва ўринлидир. Қанчалик қийин бўлмасин, биз бу муаммоларни ечишимиз шарт».

Халқни қийнаб келаётган муаммоларни фақат ўзимизгина бартараф этишимиз мумкинлиги, ҳеч ким ҳеч қаердан келиб қилиб бермаслигини яхши биламиз. Одамларни ҳамжиҳатликка чорлаш, уларнинг ташаббуси, шижоати ва салоҳиятини ишга солиш борасида барча имкониятларни ишга солишимиз керак. Дарҳақиқат, президентимиз таъкидлаганларидек, “Қанча шароит яратсак, шунча одамларимиз рози бўлиб, ўз ҳаётини, ўз турмушини, ўз йўналишини, ўз режаларини мутлақо катта-катта поғонада, баланд режаларни амалга оширяпти”.

Юрт тараққиёти, эл маъмурлигига билимдон ва иқтидорли кадрлар тайёрлаш орқалигига эриша оламиз. Президентимиз ҳар бир чиқишларида келажагимиз эгаларини билимдон ва баркамол инсонлар қилиб тарбиялаш энг устувор вазифамиз эканлигини қайта-қайта таъкидлайдилар: Таълим, таълим, таълим ва яна бир марта таълим. Мен олти йил олдин шу масалаларга чуқур эътибор қилиб, биринчи кундан бери таълимимиз ҳақида кўп гапираман. Агар таълим бўлса, билим бўлса, сифат ўзгаради. Таълим бўлмаса, сифат ўзгармаса, эътибор ҳам ўзгармайди”.

Бугун воҳамизнинг барча ташкилот, корхона ва муассаларида, маҳаллаларда партиямиз депутатлари ва фаоллари иштирокида Президент Мурожаатномаси мазмун –моҳиятини аҳоли ўртасида кенг тарғиб қилиш ишлари уюшқоқлик билан олиб борилмоқда. Асосий мақсад –яқинлашиб келаётган янги йилда мамлакатимизда амалга оширилаётган силовотларнинг бардавомлигини таъминлашда маслакдошларимизнинг фаол иштирокини таъминлашдир. Бу борада Мурожаатнома биз учун дастуриламал бўлиб хизмат қилади.

Мамлакатимизда адолат ва қонун устуворлиги тамойилларини тараққиётнинг энг асосий ва зарур шартига айлантириш йўналишида қуйидаги мақсадларга эришишга қаратилган 28 та чора-тадбир белгиланмоқда:

— мулк ҳуқуқи дахлсизлигини ишончли ҳимоя қилишни таъминлаш ва қарор (ҳаракат) ноқонуний эмаслигини судда исботлаш мажбуриятини мансабдор шахснинг ўзига юклаш (“айбдорлик презумпцияси”);

— фуқароларни яшаш жойи бўйича ҳисобга олиш (“прописка”) тизимини янада соддалаштириш ва аҳолига қўшимча қулайликлар яратиш, текшириш учун фуқарони ички ишлар бўлимига олиб бориш ўрнига барча маълумотларни жойида текшириш тартибини жорий этиш;

— жинойт қонунчилигини либераллаштириш сиёсатини изчил давом эттириш, жазони ўтаб бўлганларни жамиятга реинтеграци қилиш ва уларга тадбиркорлик лойиҳасини амалга ошириш учун “дастлабки ижтимоий-моддий ёрдам пакети”ни бериш тизимини жорий этиш;

— маъмурий адлияни ривожлантириш орқали, давлат органлари ва мансабдор шахслар фаолияти устидан самарали суд назоратини ўрнатиш;

— йўл инфратузилмасини такомиллаштириш ва хавфсиз ҳаракатланиш шароитларини яратиш орқали, йўлларда ўлим ҳолатларини кескин қисқартириш бўйича дастур қабул қилиш;

— ҳуқуқни муҳофаза қилувчи органларнинг янги қиёфасини шакллантириш, уларнинг фаолиятини халқ манфаатларига хизмат қилиш ҳамда фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини таъминлашга йўналтириш;

— адвокатура институтининг инсон ҳуқуқлари, эркинликлари ва қонуний манфаатларини ҳимоя қилишда салоҳиятини тубдан ошириш, унинг институционал мустақиллигини таъминлаш.

Инсон қадрини юксалтириш ва эркин фуқаролик жамиятини янада ривожлантириш орқали халқпарвар давлат барпо этиш йўналишида қуйидаги мақсадларга эришишга қаратилган 41 та чора-тадбир белгиланмоқда:

— халқ билан мулоқотнинг механизмлари ва таъсирчан жамоатчилик назоратининг асосларини такомиллаштириш, “Обод қишлоқ”, “Обод маҳалла” ва бошқа ҳудудий дастурлар очик эълон қилиниб, кенг жамоатчилик фикри асосида ишлаб чиқиладиган тизимни яратиш;

— маҳалланинг “фаол модели”ни жорий этиш, уни аҳолининг муаммоларини бевосита ҳал қилиш ҳамда ҳудудни ривожлантириш учун зарур ресурс ва имкониятлар билан таъминлаш;

— “Электрон парламент” доирасида депутатларни ўз сайловчилари билан, сенаторларни ҳудудлардаги фуқаролар билан боғлаш, улар билан тўғридан-тўғри мулоқот олиб бориш, сайловчиларни қийнаётган муаммоларни муҳокама қилиш ва ҳал этиш жараёнини рақамлаштириш;

— халқ депутатлари Кенгашларини ҳудудларни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш, аҳоли турмуш даражасини ошириш, маҳаллий бюджетни шакллантириш ва назорат қилишдаги асосий бўғинга айлантириш ҳамда маҳаллий давлат ҳокимияти фаолиятининг асосларини янгилаш;

— давлат органлари фаолиятини “фуқарога хизмат қилишга йўналтириш” ғояси асосида трансформация қилиш, улар томонидан марказий тузилма ва ҳудудлар кесимида “маҳаллабай” ишлашга қаратилган йиллик дастурларни эълон қилиш ва муҳокама қилиш тартибини жорий этиш;

— ихчам, профессионал, юқори натижадорликка хизмат қиладиган давлат бошқаруви тизимини жорий этиш, давлат хизматини замонавий стандартлар

асосида ташкил қилиш ва бюрократияни бартараф этиш; “Электрон ҳукумат” тизимини ривожлантириш, электрон давлат хизматларининг улушини амалдаги 54 фоиздан 100 фоизга етказиш, давлат хизматлари қамровини ошириш асосий вазифалардан ҳисобланади .

Адабиётлар

1. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизни мард ва олижаноб халкимиз билан бирга қурамыз. - Тошкент: “Ўзбекистон”, 2017.-491 б.
2. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси-2023 йил

ОЛИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА “ТАРАҚҚИЁТ СТРАТЕГИЯСИ „ҲОЯЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Sattorova D.G. - Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrasi dotsenti

АННОТАЦИЯ

КАЛИТ СЎЗЛАР:Тараққиёт стратегияси, инсон, жамият, давлат, **инсон капитали.**

Мамлакатимиз ривожланишида “ Тараққиёт стратегияси ”ғояси асосий ғоя ва бош мезон сифатида кун тартибига қўйилди. Ушбу стратегияда юртимизда яшаётган ҳар бир тиббиёт ходимлари ,шифокорлар ,булажак шифокорлар ҳуқуқ ва эркинликлари, қонуний манфаатларини энг олий қадрият сифатида англаб етишлари ва тиббий таълимни такомиллаштириш зарурати кун талаби этиб белгиланди.

Бугунги кунда келиб, мамлакатимизда давлат бошқаруви тизимини – демократияни қарор топтириш зарурати ва масъулияти ҳар бир фуқаронинг юксак маънавий салоҳиятининг, фалсафий тафаккур тарзини янада шакллантириш вазифасини кўндаланг қилиб қўйди. Дарҳақиқат, одамзот ўз олдига турган вазифаларни ҳал этишдан олдин ҳамма нарсани ақл тарозисига қўймоғи, ўзи ташлайдиган амалий қадамларнинг эҳтимолий натижаларини аввалдан тахмин қилмоғи, назарда тутмоғи лозим. концептуал ҳужжатда ислохотларимизнинг узвийлиги ва давомийлигини таъминлаш мақсадида

Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси миллий ривожланишимизнинг янги босқичини бошлаб беради. Биз бундан буён фаолиятимизни “инсон – жамият – давлат” деган янги тамойил асосида ташкил этамиз.Бутун куч ва салоҳиятимизни ягона улуғ мақсадимиз – Янги Ўзбекистонни барпо этишга қаратамиз.

Мамлакатимизда олий тиббий таълимни ривожлантириш саломатлик , тинчлик ва дўстлик муҳитини мустаҳкамлаш ва шу йўлда сидқидилдан хизмат қилиш муҳим аҳамиятга эга

Стратегияда юртимизда яшаётган ҳар бир фуқаронинг ҳуқуқ ва эркинликлари, қонуний манфаатларини энг олий қадрият этиб белгиланди.

Янги Ўзбекистонни барпо этишда мамлакатимизда ҳозирда турли касалликларни бартараф этишда олий тиббий таълимни ривожлантириш орқали янги тиббиёт йўналишлари ташкил этилиши муҳим аҳамиятга эга.Эл-юртимиз соғлиғини асрашдек олижаноб мақсад йўлида ўзини аямасдан, мардона меҳнат қилаётган тиббиёт ходимларига Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан юксак эътирофлар қилинмоқда

Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси етти йўналишдан иборат этиб белгиланди.

Тараққиёт стратегияси доирасида амалга ошириладиган энг устувор вазифалардан Тўртинчи босқичда, адолатли ижтимоий сиёсат юритиш, инсон капитални ривожлантиришнинг энг муҳим омили ҳисобланган сифатли таълим-тарбия масаласи бундан буён ҳам доимий эътиборимизда бўлиши таъкидланди.

“ Тараққиёт стратегияси ” деган тамойил асосий ғоясида , биз бу заҳматкаш, фидойи инсонларни меҳнатига эътибор қаратиш лозимлиги, шу боисдан ҳам, қанчалик қийин бўлмасин, ўқитувчилар меҳнатини муносиб рағбатлантириш учун бор куч ва имкониятларимизни сафарбар этиш 2025 йилга бориб, олий тоифали ўқитувчилар ва шифокорлар масаласини яна кўриб чиқиш зарурлиги кўрсатилди.

Тараққиёт стратегиямизда халқимиз саломатлигини таъминлаш бундан буён ҳам бош вазифа бўлиб қолади. Ушбу соҳага йўналтириладиган маблағларни 2 баробар ошириш, жумладан, келгуси беш йилда олий тоифали шифокорлар маошини ошириш мўлжалланмоқда.

Мамлакатимиз Президентининг асосий мақсади – тиббиёт соҳасини чинакамига халқ дардига дармон бўладиган, юқори самара билан ишлайдиган тизимга айлантиришдан иборат.

Тиббиётнинг бирламчи бўғини орқали тиббий профилактикага, оилавий шифокорлар ролини оширишга алоҳида эътибор қаратиш, жумладан, аҳоли орасида энг кўп тарқалган ва эрта ўлимнинг асосий сабаби бўлган касалликларни барвақт аниқлаш, мақсадли скрининг тадбирларини амалга ошириш, профилактик махсус препаратлар билан бепул таъминлаш ҳамда соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб этиш чоралари кўрилади.

Бу масалаларни ҳал этишда ахборот технологияларини жорий этиш ҳисобидан коррупция ҳолатларининг олдини олиш, энг муҳими, аҳолини рози қилиш асосий вазифамиз эканлигини англамоқ зарур бўлади. Республика барча вилоят, туман ва шаҳарларда ихтисослашган тиббий хизматлар кўлами кенгайтирилиши, давлат тиббий суғурта тизими ишга туширилиб, маблағ аниқ беморга боғланган ҳолда ажратилиши асосий вазифалардан биридир. Бугунги вазиятда ЖССТ эпидемиологик вазиятининг ёмонлашганлигини инобатга олиб жисмоний тарбия ва спортни ривожлантириш, соғлом турмуш тарзини қарор топтириш зарурати муҳим бўлиб қолади. Бунда биз аввало аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга хизмат қиладиган халқчил спорт тизимини тушунамиз. Шу сбабли барча шаҳар ва туманларда оммавий спортни ривожлантиришга, жумладан, спорт майдончалари, пиёдалар ва велосипедчилар учун йўлаклар, экопарклар, таълим даргоҳларидаги спорт залларидан иборат спорт инфратузилмасини яратишга алоҳида эътибор қаратилган. Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.Мирзиёев фикрларига кўра **«Барчамиз кўриб-билиб турибмиз: бугунги кунда инсоният ўз тарихидаги ниҳоятда мураккаб даврни бошидан кечирмоқда. Биз илгари кўрмаган, билмаган мислсиз хавф-хатар ва таҳдидларга дуч келмоқдамиз»** .

Ҳақиқатдан бугун Ер юзида миллионлаб одамларни ҳаётдан олиб кетган коронавирус пандемияси ва унинг оқибатида келиб чиққан глобал иқтисодий

инкироз давом этмоқда. Пандемияни қачон тугаши ва кейинги ҳаёт қандай бўлишини ҳеч ким олдиндан билолмайди.

Пандемиянинг салбий таъсири бизнинг юртимизда ҳам кучли таъсирини кўрсатмоқда. Шундай оғир шароитда яшаш ва меҳнат қилиш, хатарли касалликка қарши курашда шифокорлар ва халқимиздан, юксак ирода ва қатъий интизомни талаб этмоқда.

Шундай бир оғир даврда олий тиббий таълимни ривожлантириш муҳим аҳамият касб этади. ТДСИ да ҳам давлат дастурлари асосида бир қанча факультетлар очилди. Халқ таъбири йўналишини очилиши ҳам халқни турли касалликлар тарқалганда таъбиот орқали даволашни ҳам йўлга қўйиш масаласи ўрганилмоқда. Таҷрибалар шуни кўрсатадики шундай мураккаб ва қалтис вазиятда барчамиз тинч ва осойишта ҳаётимизни асраш, миллий мустақиллигимизни мустаҳкамлаш учун янада жипслашиб, ҳушёр ва огоҳ бўлиш, дадил ва қатъий ҳаракат қилишимиз зарур. 2017-2021 йилларда Республика ихтисослаштирилган тиббиёт марказлари, илмий - текшириш институтлари ва Олий ўқув юртлари клиникаларнинг етакчи мутахассисларини жалб қилган ҳолда, кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш ва эрта аниқлашга қаратилган

“Ҳеч ким меҳр ва эътибордан четда қолмасин”, шиори остида кенг қамровли ишларнинг амалга оширилиши ҳам бунинг исботидир.

Барчамизнинг мақсадимиз ҳар бир хонадон ва маҳаллада, бутун юртимизда тинчлик ва барқарорликни сақлаш, аҳолининг ҳаёт даражаси ва сифатини ошириш, жаҳон ҳамжамияти билан дўстлик ва ҳамкорликни кенгайтиришга қаратилган стратегик йўлимизни янада изчил давом эттиришдир. Тараққиёт стратегияси доирасида амалга ошириладиган энг устувор вазифаларимиз ҳам шундан иборат. Эркин фуқаролик жамиятини ривожлантириш орқали халқпарвар давлат барпо этиш, инсон қадри-қиммати ва унинг қонуний манфаатларини таъминлашга қаратилган кенг кўламли ислохотларимизни янги поғонага кўтариш орқали тиббиётни янада ривожлантириш зарурати туғилди.

Бугун дунёда бўлаётган воқеалар замон жуда тез, мислсиз шиддат билан ўзгараётганини кўриб турибди. Шунинг учун биз ислохотларимиз суръатини асло пасайтирмасдан, фақат олдинга боришимиз, ҳар бир соат, ҳар бир кундан унумли фойдаланишимиз кераклиги ҳис этиб яшамоғимиз керак.

Адабиётлар

1. Шавкат Мирзиёев. Танқидий таҳлилий, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик - ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалиқ қонидаси бўлиши керак. // “Халқ сўзи”, 2017 йил 16 январь.

2. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажагимизни мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамыз. - Тошкент: “Ўзбекистон”, 2017. - 491 б.

FALSAFA VA TIBBIYOTNING UZVIY ALOQADORLIGI

Sunnatov Sardorbek G'ofurjon O'g'li Stomatologiya fakulteti

1-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: Umirzakova N.A. -Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedra dotsenti

Dolzarbli: Qadimgi zamonlardan faylasuf va tabiblar o'zaro tibbiyot falsafasiga asos solishga urinib kelishgan. Har xil faoliyat sohalari va haqiqatni izlashning turli usullariga qaramasdan, ularning ikkalasi ham bir xil muammoni hal qilishga urinishgan: insoniyatning omon qolishi, insonning tabiiy va madaniy mavjudot sifatida o'zini o'zi belgilashi, uni axloqiy jihatdan mazmunli qiladi. Tibbiyot deyarli har doim falsafa javob bera oladigan muammolarga duch keladi. Ayni kunda esa ular orasidagi o'zaro bog'liqlik katta qiziqishlarga sabab bo'lmoqda.

Tadqiqot maqsadi: Tibbiyot va falsafa fanlarining o'zaro aloqadorligi hamda tibbiyot falsafasi sohasidagi nazariy va amaliy ahamiyat kasb etuvchi fikr, mulohazalar va izlanishlar natijalarini yoritib berish. Tibbiyotga falsafiy yondashuvlarning tahlilini keltirib o'tish.

Material va usullar: Tibbiyot falsafasi - insonning nazariy va amaliy faoliyatining alohida sohasi sifatida tibbiyot sohasidagi ontologik, gnoseologik va axloqiy masalalar bilan shug'ullanadigan fan falsafasining bir tarmog'i. Tibbiyot falsafasi - bu tibbiyotning predmeti va usuli, tibbiyotning boshqa fanlar va inson faoliyati sohalari orasidagi o'rni, uning zamonaviy jamiyatlardagi kognitiv va ijtimoiy roli, tabiatshunoslikning ajralmas tizimi sifatida falsafiy xarakterdagi umumlashtiruvchi mulohazalar tizimi va gumanitar bilimlar majmuasidir. Tibbiyot va bioetika falsafasining eng muhim bo'limlaridan biri shifokor va bemor o'rtasidagi o'zaro munosabatlar masalalarini birinchi o'ringa qo'yadigan tibbiy etikadir.

Tibbiyot fan sifatida “aks ettirish va transformatsion faoliyatning kognitiv va qiymat shakllarining o'ziga xos birligi” dir. U salomatlik va kasallik, davolash va oldini olish, norma va patologiya, tabiiy, ijtimoiy va ma'naviy omillarning insonga ta'siri haqidagi bilimlarni to'playdi. Tibbiyot ma'lum bir bilim sohasining barcha belgilariga ega. O'z predmetidan tashqari, u o'zining o'rganish usullari va amaliy qo'llanish doirasiga ega, ya'ni: kasalliklarning oldini olish va davolash, shuningdek, salomatlikni mustahkamlash. Tadqiqot predmeti orqali tibbiyot ijtimoiy fanlar bilan bog'langan. Tibbiyotning mehnat gigienasi, ovqatlanish, uy-joy va dam olish kabi sohalari bir qator ijtimoiy fanlar bilan chambarchas bog'liq. Tibbiyot inson organizmidagi biologik jarayonlarni o'rgangani uchun biofizika, biokimyo, genetika, fiziologiya, embriologiya, antropologiya, mikrobiologiya kabi fanlarga yaqin.

Bir nechta asrlar oldin tib ilmiga falsafiy yondashuvga asoslangan bilimlar mavjud bo'lgan. Ibn Sinoning ahvoli og'ir bemorlarni davolashda ishlatgan turli xil usullari (giyohlar bilan davolash, ruhiy ta'sir qilish) haqida afsonalar bor. Aslida bular afsonaga aylangan haqiqatdir. Ibn Sino kasalliklarning kelib chiqish sabablarini atrof-muhit, hayot tarzi va ruhiy holatlar ekanligini aniqlagan hamda kasallikni davolashda va oldini olishda dastlab, ushbu holatlarni ijobiy bartaraf etish lozimligini ta'kidlab o'tgan. Bu fikrini u tajriba orqali ham isbotlab bergan. Ibn Sino bitta qo'yni oddiy sharoitda, ikkinchisini esa qafasda saqlab, ikkalasini ham bir xil boqqan. Qafasdagi

qo'ying atrofida bo'ri aylanib yurgan. Bir-ikki kundan so'ng atrofida bo'ri aylanib yurgan qafasdagi qo'y yem yemay qo'yadi va holdan to'yib o'ladi. Ibn Sino qo'ying o'limiga ruhiy zo'riqish va buning natijasida organizmning holdan toyishi sabab bo'lgan, deb xulosa chiqargan.

Ibn Sino deontologiya muammolariga bag'ishlab ham ko'p risolalar bitgan. Uning “Kasallikni emas, kasalni davola”, degan iborasi bilan davolashda uning shaxsiga e'tiborni qaratish lozimligini ilgari suradi. Ibn Sino Gippokratning temperament haqidagi ta'limotini chuqur o'rganib, quyidagi xulosaga keladi: barcha hayotiy muhim jarayonlarda ikkita qarama-qarshi hodisalar, ya'ni «qaynoq-sovuq» va «quruq-nam» barobar bo'lishi kerak. Agar ular orasida nomutanosiblik boshlansa, mizoj aziyat chekadi va kasalliklar boshlanadi. Tibbiyot fani tarixan har doim ma'lum bir falsafiy komponentni o'z ichiga olgan bo'lib, u normal va patologik sharoitlarda inson tanasini o'rganishga dialektik yondashuvni talab qiladi.

Tibbiyot va farmatsevtika falsafasi dialektik tafakkurni rivojlantiradi va takomillashtiradi. Falsafiy madaniyat shifokorlarga yuqori ixtisoslashgan ilmiy-amaliy faoliyatning kuchayishi sharoitida o'rganilayotgan muammolarga yondashishda biryozlamalikni yengish imkonini beradi.

Bugungi dunyoda tibbiyot chuqur o'zgarishlarni boshdan kechirmoqda. Bu tibbiyot va falsafa usullari o'rtasidagi munosabatda namoyon bo'ladi. Ammo falsafiy usul tibbiyot fanining maxsus usullarini almashtira olmaydi. Bugungi kunda tibbiy voqelik, hatto o'tmishdagidan ham ko'proq, falsafiy mulohazaga muhtoj bo'lib, u barcha shifokorlarga insonning tashqi dunyo bilan munosabatlarining tizimli-murakkab tabiatining mohiyatini tushunishga, sog'lig'i va kasalliklarini aniqlashga yordam beradi.

Natija va muxokama: Shu o'rinda shuni ayta olamanki, har bir tibbiyot xodimlari bemorlarning ruhiy holati, yashash sharoiti va insonlar bilan muomalaga kirisha olish qobiliyatidan kelib chiqqan holda diagnostik va profilaktika ishlarini amalga oshirishi maqsadga muvofiqdir. Eng maqbul hisoblangan Ibn Sinoning ushbu fikrlari orqali isbot keltirib o'tish joiz – “Zero tan ruh amriga vojibdir”.

Xulosa: Xulosa qilib shuni ayta olamanki, tanani davolashda farmasevtik vositalarning yetarli emas. Endigi navbatda, tibbiyotga yangi mazmunga boy bo'lgan falsafiy psixologik qarashlarni ham kiritmoq zarur. Ko'p yillik olimlarimizning ilmiy izlanishlari va o'rgangan amaliy va nazariy bilimlarim nuqtai nazarda kelib chiqib ayta olamanki, insonning insonga bo'lgan samimiy munosabati ya'ni inson inson munosabatlari inson texnika munosabatlaridan ko'ra yuqori qiymatda baholanadi. Bugungi kunda biz klinik davolashlarda inson inson munosabatlaridan bevosita foydalanmay turib muvaffaqiyatga erisha olmaymiz.

OSHQOZON RAKINING PATOMORFOLGIYASI VA DIAGNOSTIKASI

TDSI “Fiziologiya va patologiya kafedrası”

assistenti Nurov Akobir Rizoqulovich

To’lqinjonova Mushtaribegim Hayotovna

Toshkent Kimyo Universiteti

Davolash ishi 3-kurs

Annotatsiya: Oshqozon raki kasallanish va o’lim ko’rsatkichi bo’yicha 1981-yildan beri umumiy rak kasalliklari orasida 2-o’rinni egallab kelmoqda. So’nggi 50 yil ichida oshqozon raki kasalligi ko’p davlatlarda kamayishi qayd etilmoqda. Bu ko’rsatkich erkaklarda-3,9%, ayollarda esa 6,9%ga kamaydi. Oshqozon raki 40-70 yosh oralig’idagi erkaklarda ko’proq uchraydi. Ushbu kasallik bilan kasallanganlarning 25% ida o’lim holatlari kuzatilgan.

Kalit so’zlar: oshqozon raki, diagnostika metodlari, patomorfologiya.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Аннотация: Рак желудка по заболеваемости и смертности занимает с 1981 г. второе место среди раковых опухолей. За последние 50 лет во многих странах мира отмечается снижение заболеваемости раком желудка. По показателю этот показатель снизился у мужчин на 3,9%, у женщин - на 6,9%. Рак желудка встречается чаще у мужчин в возрасте от 40 до 70 лет. Среди случаев смерти от рака он составляет около 25%.

Ключевые слова: рак желудка, методы диагностики, патоморфология.

PATHOMORPHOLOGY AND DIAGNOSIS OF STOMACH CANCER

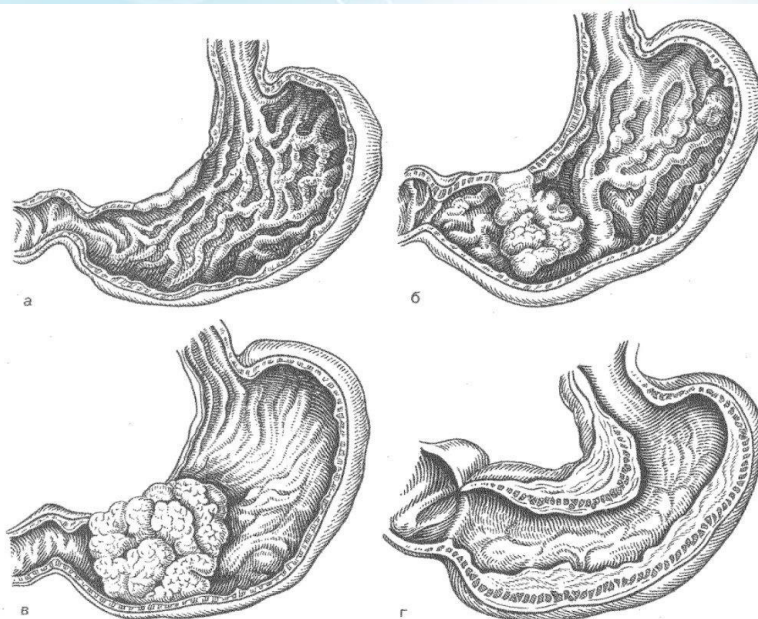
Abstract: Since 1981, stomach cancer has ranked second among cancer tumors in terms of morbidity and mortality. Over the past 50 years, many countries around the world have seen a decrease in the incidence of stomach cancer. According to this indicator, the incidence rate decreased in men by 3.9%, in women by 6.9%. Stomach cancer occurs more often in men aged 40 to 70 years. Among cancer deaths, it accounts for about 25%.

Key words: stomach cancer, diagnostic methods, pathomorphology

Kirish. Turli kanserogen omillar ta’sirida oshqozonda rak kasalligi kelib chiqadi. Kasallik kelib chiqishiga asosiy rolni rak oldi kasalliklar, rak oldi holatlar va yana oshqozon shilliq qavatida destruksiyaga uchragan hujayralar sabab bo’ladi. Oshqozon raki mutlakko sog’lom soxada rivojlanmaydi. Aksariyat xollarda unga o’sma oldi jarayonlari fon vazifasini bajaradi. Rak oldi xolatlar va rak oldi o’zgarishlari farqlanadi. Rak oldi xolatlar – bu shunday kasalliklar bo’lib, rak rivojlanish xavfini oshiradi. Rak oldi o’zgarishlari (morfologik tushuncha) — bu gistologik "nonormallik", bunda rak rivojlanish extimoli yuqori bo’ladi.

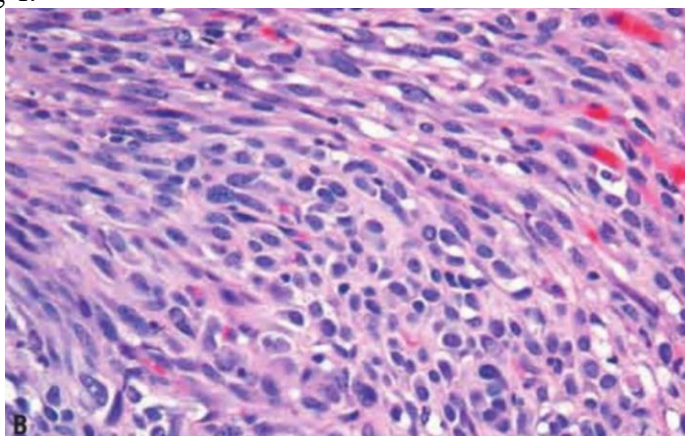
Rak oldi kasalliklari quyidagilardir: oshkozon adenomatoz poliplari, uning raka

olib kelish potentsiali 31%, surunkali atrofik gastrit, bunda rak rivojlanish extimoli kariyb 10 karra ortadi. Pernitsioz anemiyada kasallikni kelib chiqish extimoli 3—5 marta ortadi. Aksincha surunkali yaraning malignizatsiyalanishi 0,6—2,8% ni tashkil etar ekan. Shu bilan birga oshqozonda turli operatsiyalar o'tkazgan bemorlarda rakni rivojlanish extimoli yukori ekanligi aniqlandi, ya'ni rezektsiya kilingan soxaning chultog'i, o'sma rivojlanishiga ma'lum sharoitlar yaratib beradi. Oshqozonning rak oldi holatlariga surunkali atrofik gastrit, pernitsioz anemiya, oshqozonning surunkali yara kasalliklari, oshqozon adenomasi va Menetrie kasalligi misol bo'ladi. Oshqozon shilliq qavatining rak oldi o'zgarishiga metaplaziya va og'ir displaziya misol bo'la oladi. Oshqozonda rak hujayralarining lokalizatsiyasiga qarab hil turi belgilanadi: pilorik (50%), kichik egrilikda (27%), kardial (15%), katta egrilikda (3%), fundal (2%) va total (3%). Multisentrik oshqozon raki kam uchraydi. Bundan tashqari o'sish xarakteriga qarab oshqozon raki ekzofit, endofit va ekzoendofit turlari bor. Klinik-anatomik formasiga ko'ra rak: blyashkasimon, polipoz, fungoz, izolyatsiyalangan, infiltrativ, diffuz rak turlari uchraydi. Blyashkasimon rak (tekislangan, yuzaki) oshqozon raki bilan kasallangan odamlarning 1-5% larida uchraydi va kam uchraydigan formasi hisoblanadi. . Ko'pincha pilorik sohada kamroq esa katta va kichik egriliklarda, shilliq qavatda 2-3cm lik blyashkasimon qalinlashish bilan ifodalanadi. Bunda o'sma shilliq osti qavatgacha o'smagan bo'lsa ham shu sohadagi shilliq qavatlar burmasida harakat cheklangan. Polipoz rak oshqozon karsinomasining 5% ini hosil qiladi. Oyoqchalar ustida joylashgan, tugun shaklidagi, varsinka yuzali, d=2-3cm keladigan shaklga ega. O'sma to'qimasi kulrang Pushti yoki qizil rangda ko'rinadi va tomirlarga boy. Ba'zida polipoz rak oshqozonning adenomatoz polipidan keyin rivojlanadi. Fungoz (qo'ziqorinsimon) rak 10% holatlarda uchraydi. Huddi polipoz rak singari tugunsimon, egri tuzilma. Kamdan-kam silliq yuzaga ega bo'ladi. O'sma yumshoq, kulrang-pushti yoki qizil rangda yaxshi chegaralangan. Fungoz rakni polipoz rakning ekzofit o'sish davri deb ham qarasa bo'ladi. Diffuz rak 20-25% holatlarda uchraydi. U shilliq, shilliqosti va mushak qavatlarda endofit o'sadi. Bunda oshqozon devori qalinlashgan, zich va harakatsiz bo'lib qoladi. Shilliq qavat o'zining odatiy relief tuzilishini yoqotadi. Yuzasi notekis, burmalari turli qalinlikda, kam holatlarda mayda eroziyalar bilan qoplangan bo'ladi. Oshqozon zararlanishi chegaralangan (bunday hollarda o'sma pilorik sohada joylashgan bo'ladi) yoki total (o'sma organning butun devori bo'ylab joylashgan bo'ladi) bo'ladi. O'sma o'sishiga qarab oshqozon bujmayib, yorig'i kichraygan bo'ladi. Yarali rak surunkali yarali rakdan kelib chiqadi va yara joylashgan sohada rak kelib chiqadi. Gistologik tekshiruvda adenokarsinoma yoki differensiallashmagan rakdek ko'rinadi.



a) blyashkasimon rak; b) polipoz rak; v) qo'ziqorinsimon rak; r) diffuz rak.

Adenokarsinoma eng keng tarqalgan (90%dan ortiq) xavfli oshqozon o'smasi. Adenokarsinomaning erta simptomlariga dispepsiya, disfagiya va ko'ngil aynishi kiradi. Ko'pincha adenokarsinoma so'nggi rivojlanish bosqichlarida aniqlanadi. Aynan tana vazni kamayganda, anoreksiyada, qon ketish kuzatilganda turli tekshiruvlar yordamida topiladi. Ko'pincha oshqozonning antral va kichik egriligida lokalizatsiya qiladi. O'sma hujayralarining apical sohasida shilliq saqllovchi vakuolalar, bez tirqishlarida esa ko'p miqdorda shilliq aniqlanadi. Kasallarning o'rtacha yoshi 55. Erkaklar va ayollar orasidagi uchrashi 2:1 nisbatda. Oshqozonda turli xil mezenximal o'smalar rivojlanishi mumkin. Ularning ko'pchiligi shunga mos ravishda nomlanadi o'simta hujayralarining turiga qarab. Masalan, o'smalar silliq mushak hujayralaridan hosil bo'lgan bo'lsa leyomiomalar deyiladi (yoki leyomiosarkoma), nerv membranalaridan o'smalar shvannomalar deyiladi. Bu barcha o'smalar kamdan-kam hollarda uchraydi. Gastroiterstitsial stromar o'smalar qorin bo'shlig'i mezenximal o'smalarining eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi va ularning 50% i oshqozonda lokalizatsiyalanadi. GISO ko'proq erkaklarda uchraydi, avj olgan yosh doirasi 50-60 yoshlar oralig'i.



Fusiform hujayralar tutamidan iborat bo'lgan gistologik o'sma. (dr. Christopher Weber, The University of Chicago)

Metastazlanishi. Oshqozon raki limfogen, gematogen va implantasion yo'llar

bilan metastazlar beradi.

Limfogen metastazlanish. Birinchi metastazlar oshqozonning kichik va katta egriliklarida joylashgan regional limfa tugunlariga beriladi. Keyinchalik jigar darvozasi, paraaortal, chov va boshqa soxalarda joylashgan limfa tugunlarida metastazlar paydo bo'ladi. Me'da raki nafaqat ortograd, balki retrograd limfogen metastazlarni ikkala tuxumdonga (krukenberg metastazlari), pararektal tuqima (Shnisler metastazlari) limfa tugunlariga va umrov usti limfa tugunlariga (virxov bezi) xam berish xususiyatiga ega.

Implantasion metastazlar. Oshqozon raki uchun plevra, perikard, diafragma, qorin parda, katta charviga kanseramatoz kurinishidagi metastazlar xarakterli.

Gematogen metastazlar. Gematogen metastazlar kupincha jigarga, ba'zan o'pkalarga, bosh miyaga suyaklarga, buyraklarga, kamdan - kam xollarda buyrak usti bezlari va oshqozon osti beziga beriladi.

Oshqozon rakining asoratlari o'sma to'qimasidagi nekroz va yalliglanishli jarayonlarga bog'liq. Bunday xolatlarida me'da devorining perforasiyasi, qon ketishlar peritumoroz gastrit, oshqozon flegmonalari rivojlanishi mumkin. Asoratlar ko'proq o'sma tuqimasini va metastazlarini atrof to'qimalarga o'sib kirishi bilan yuzaga keladi. Agar o'sma oshqozon osti bezining bo'sh kismiga yoki jigar-duodenal bog'larga o'sib kirsas, sariqlik, assit, portal gipertenziya rivojlanadi. Agar o'sma ko'ndalang chambar ichakka yoki charvi asosiga, ichak tutqichlariga o'sib kirsas mexanik ichak tutilishi kuzatiladi. Ba'zan privratnik stenozi rivojlanadi. Plevra karsinomatozi gemorragik plevrit yoki plevra empiemalari bilan asoratlanadi. Lekin oshqozon rakida aksariyat xollarda kaxeksiya rivojlanadi. Buning sababi bir tomondan ochlik, ikkinchi tomondan og'ir intoksikasiya bo'lishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi: oshqozon raki kasalligini erta bosqichlarda aniqlash, rak hujayralarining morfologiyasiga ko'ra yoki oshqozon to'qimasining holatiga qarab rakning qaysi turi ekanligini aniqlashni tadqiqotning maqsadi etib takidlasa bo'ladi. Rakni erta bosqichlarida aniqlash salbiy rivojlanish xavfini kamaytiradi. Boshlang'ich davrlarda lokal o'choqlarning aniqlanishi kasallikdan butunlay tuzalib ketish ehtimolini 80-90% gacha oshiradi.

Tadqiqot materiali va tekshiruv metodlari. Patologik to'qimalarning bir qismi tadqiqot uchun material sifatida olinadi. Tadqiqot uchun material maxsus biopsiya usuli yordamida yig'iladi. Keyin patologik to'qima laboratoriyaga yetkaziladi, u yerda mikroskop ostida uning morfologik tuzilishi o'rganiladi. Oshqozon ichak trakti endoskopiya qilinish davrida vrach endoskopist endoskopdagi maxsus biopsiya uchun mo'ljallangan shprints yordanida oshqozon shilliq qavatidan katta bo'lmagan to'qima ajratib olinadi. Biopsiya shilliq qavatning shibha qilinayotgan sohasidan (yara, erroziya, atrofiya, giperplaziya, polip bo'lgan soha) qilinadi. Tekshiruv uchun to'g'ri tayyorlangan material va to'g'ri bajarilgan biopsiya gistologik tekshiruvning asosliligini orttiradi. Gistologik natijaga ega bo'lgan blankda tekshirilgan to'qimaning turi, atipik hujayralarning mavjudligi, to'qima tuzilishining buzilishi, yallig'lanish jarayoni mavjudligi va boshqa o'zgarishlarni o'zida aks ettiradi. Gistologiya tekshiruvida rak G (grade) harfi bilan belgilanadi va yonida rivojlanish bosqichiga qarab raqamlar yordamida ifodalanadi. Misol uchun G1 – ancha differentsiallashtirilgan rak hujayrasini aks ettiradi G3 nomi bilan kodlangan rak hujayralariga nisbatan.

Gistologik tekshiruvdan tashqari kam invaziv tekshiruv usuli bo'lgan UZI, MRT, MSKT, KT, PET, rentgen tekshiruvlaridan ham o'tish mumkin. Bunga qo'shimcha sifatida bir qancha qon analizlarini amalga oshirsa bo'ladi. Oshqozon endoskopik UZI tekshirish usuli agar organning yuqori qismida saraton o'simtasi paydo bo'lgan bo'lsa, informatsion hisoblanadi. Jarayon davomida endoskopik prob bilan birga bemorga ultratovush datchiki kiritiladi, uning yordamida tasvir ultratovush apparati monitoriga yuboriladi. Pnevmoqastrografiya va virtual gastroskopiya yordamida kompyuter tomografiyasi oshqozon saratonini, shu jumladan T1 toifasining dastlabki shakllarini aniqlashning samarali usuli bo'lib, o'smaning joylashishini, morfologik turini va chuqurligini baholash imkonini beradi. Tomografiya boshlang'ich muammolarni aniqlashda qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvdan yaxshiroqdir. Ikki kontrastli MRT oshqozon-ichak saratoni tashxisi uchun ishlatiladi. Suyuqlik bilan to'ldirilgan oshqozon shilliq qavat va mushak qatlamidagi o'zgarishlarni qatlamli tasvirlarda ko'rish imkonini beradi. Magnit-rezonans tomografiyaning afzalligi atrofdagi to'qimalarning holatini baholash qobiliyatidir. MRT tekshiruvi quyidagilarni ko'rishga imkon yaratadi: o'simtani to'g'ridan-to'g'ri aniqlash o'smaning tabiatini (yomon yoki yaxshi sifatli), hajmini, rivojlanish darajasini baholash tanadagi metastazlar mavjudligini aniqlash. PET/KT saraton kasalligiga chalingan bemorlarda majburiy tadqiqot hisoblanadi, chunki u tanadagi metastazlar mavjudligini ko'rish va keyingi davolash taktikasini aniqlash imkonini beradi. Texnika o'simtaning joylashishini 6 mm gacha aniqlik bilan aniqlash imkonini beradi. Amalga oshirish kerak bo'lgan laborator tekshiruvlarga: UQT, koagulogramma, axlatdagi yashirin qon va eng kerak bo'lgani CA72-4, CA19-9, AFP, REA onkomarkerlari oshqozon rakiga shubxa qilinayotgan bemorlarda tekshiriladi. Umumiy qon tahlilda ECHT va neyetrofill oshgan, gemoglobin va limfotsitlar ko'rsatkichi pasaygan.

Tadqiqot natijalari: Tadqiqotda ishtirok etgan yani oshqozon rak kasalligiga shubha qilingan bemorlarning 29%ida oshqozon raki aniqlandi. Ulardan 13%i gistologik tekshiruv orqali, 9,5% qon tahlilari orqali va qolgan barchasi yani 6,5% instrumental tekshiruvlar yordamida aniqlandi. Ushbu natijalarga ko'ra yuqorida sanab o'tilgan tekshiruv usullarining deyarli barchasi kasallikni erta davrlarida aniqlashga yordam beradi. Kasallikni erta davrlarda tashxislash orqali bemorlarning 90%i 5 yillik yoki undan ko'p hayot davomiyligini cho'zish mumkin. Kasallikning so'nggi davrlarida oshqozonda rak aniqlash 20-30% gina bemorlarda 5 yillik umr ko'rish ko'rsatkichi belgilab beradi. Hayot davomiyligiga yana metastazlar bor yoki yo'qligiga qarab baholanadi.

Xulosa: Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, oshqozon raki bilan kasallanganlarning deyarli 90%i kasallikning so'nggi rivojlanish davrlarida aniqlangan. Tashxis qo'yish uchun esa yakuniy xulosa sifatida tirik to'qimadan olingan biopstatning gistologik tekshiruvi asos bo'lib hisoblanadi. Kasallikni erta davrlarida aniqlab, unga tashxis qo'yish uchun yilda 2 marta shifokor nazorati ostida umumiy ko'rikdan o'tish maqsadga muvofiqdir. Kanserojen omillarga moyilligi bo'lgan bemorlarni shifokor ko'rigidan tez-tez o'tib turish tavsiya etiladi, Oshqozon rakiga sababchi boladigan zararliy odatlar va konserogen moddalardan foydalanmaslik kasallik uchrash ehtimoligini ancha kamaytiradi.

Adabiyotlar/Literatura/Referances:

1. «Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану, Том 2, Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж.К., 2016». Издательство-Sphera Logo.
2. Патологическая анатомия: учебник. Струков А. И., Серов В. В. ;под ред. В. С. Паукова. 6-е издание (2015)
3. М.С. Абдуллаходжаева “Патологическая анатомия” 1,2-том, 2012.
4. М.С. Абдуллаходжаева «Атлас по патологической анатомии», 2013.
5. М.А. Пальцев, Н.М. Аничков «Патологическая анатомия», 2-том, Частн. курс, М.,2001 г.
6. Магруппов Б.А., Артиков Д.Д. Патологик анатомиядан маърузалар. Тошкент-2001.
7. Лекции по общей пат. анатомии./под ред. акад. М. А. Пальцева. – М.: Издат. Дом «Русский врач», 2003 г
8. Лекции по общей пат. анатомии./под ред. акад. М. А. Пальцева. – М.: Издат. Дом «Русский врач», 2003 г
9. Международная гистологическая классификация опухолей. – Женева: ВОЗ, 1981 г.
10. Ганцев, Бочкова: Рак желудка. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
11. Ганцев, Рустамханов, Щекин: Морфологические методы диагностики. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г.
12. Кругляк Л.Г\ Рак желудка и кишечника : надежда есть: научно-популярное издание. Издательство: Крылов, 2010 г.

ISH JOYLARIDA MAVJUD BO’LGAN NOMUVOFIQ BIOLOGIK OMILLAR.

Toirov A., davolash yo’nalishi 207 A guruh, Ibroximov M. davolash yo’nalishi 208 A guruh talabalari

Ilmiy rahbar: To’raxonova F.M., Toshkent davlat stomatologiya instituti, Jamoat salomatligi, sog’liqni saqlashni boshqarish va jismoniy madaniyat kafedrasi assistenti

Ishlab chiqarishga doir biologik omillarga biologik ob’yektlar yoki ularning xayotiy faoliyatlari mahsulotlari hisoblanib, ish vaqtida ishchilar ular bilan aloqada bo’ladilar. Bu yo’nalishda eng ko’p ahamiyatga ega bo’lgan omillar makro- va mikroorganizmlar bo’lib, ular bilan aloqada bo’ladigan ishchilarda kasbga oid infektsiyalar yoki invaziyalardir. Bunday ishlar qatoriga yuqumli kasallikka chalingan bemorlar bilan muloqatda bo’lish, kasallangan qishloq xujaligi xayvonlari bilan muloqatda bo’lish, ayrim turdagi qishloq xo’jaligi mahsulotlarini qayta ishlash bilan aloqada bo’ladigan ishlar (sut, go’sht, mol terilari ya’ni jun), infektsiya bilan ifloslangan materiallar bilan ishlash (bak.laboratoriya), hamda infektsiyani tashuvchilar bilan aloqada bo’lish mumkinligiga bog’liq ish sharoitlari (kanalar) kiradi. Yuqumli kasallik kasbiy bo’lishi mumkin qachon-ki, ishchi ish jarayonida shu nomdagi infektsiya manbai bilan bevosita aloqada bo’lgan bo’lsa, lekin bunda boshqa

joyda zararlangan bo'lishini ham inobatga olish kerak (inkubatsion davrni, kontaktda bo'lmaganlik va b.k.). Eng ahamiyatli kasbiy infeksiyalar qatoriga - sil kasalligi, brustellyoz, sap, kuydirgi (sibir yarasi), kanali enstefaoit, ornitoz, “sut sog'uvchilar tugunchasi”, mikozlar kiradi. Keltirilgan kasalliklar odamga kasallangan xayvonlardan yuqishi mumkin, shuning uchun ularni kasbiy zoonozlar deyiladi. Ammo kasallik bemor odamlardan ham yo'qishi mumkin yoki kasallangan odamning koni, balgami, siydigi, axlatini tekshirish jarayonida kasallik o'tadi. Bunday holatlarda kelib chiqadigan kasallikka antroponoz kasallik deyiladi (gepatit, ich terlama, ichburug, OITS).

Kasbiy infeksiyalarning oldini olish tadbirlariga birinchi navbatda shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishni kiritish mumkin, bundan tashqari, quyidagi tadbirlar katta ahamiyatga egadir:

- kasallangan odam yoki xayvonlarni aniqlash, hisobga olish, izolyatsiya qilish va davolash;
- profilaktik emlash tadbirlarini o'tkazish;
- kasallik tarkalgan joylarni sog'lomlashtiri, jumladan, kasallangan kemiruvchilarni tutish va yo'qotish;
- kasalxonalar, chorvachilik komplekslari, go'sht kombinatlari, sut va terini qayta ishlash zavodlari, bak.laboratoriyalarni gigiyenik talab asosida ko'rish, jixozlash va ulardan to'g'ri foydalanish;
- yuqorida ko'rsatilgan ob'yektlarda sanitar-epidemiologik tartibga rioya qilish;
- ko'rsatilgan ob'yektlardagi xodimlarni gigiyenik qoidalarga o'qitish, ishchilarni maxsus kiyimlar bilan ta'minlash;
- ishchilarni tibbiy ko'riklardan o'tkazib turish.

Nazarda tutish lozim-ki, quyidagi biologik omilar, chunonchi antibiotiklar, mog'orlar, oqsil-vitamin komplekslar (kontsentratlari), achitqilar bilan muloqatda bo'lish mikrobiologik, farmatsevtik korxonalarda bo'lishi mumkin, korxonalarda biotexnologiyalarni qo'llashda kuzatilib, ishchilarda disbakteriozlarni, kandidomikozlarni, allergik kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Bunday xollarda profilaktik tadbirlar birinchi navbatda ko'rsatilgan omillarning miqdorini ishlab chiqarish muhitida kamaytirishga karatilgan bo'lishi kerak.

TANA VA RUH YAHLITLIGI FALSAFIY MASALA SIFATIDA

Tursunova Ruxshona Erkin Qizi Stomatologiya fakulteti 1-bosqich talabasi
Ilmiy rahbar: Umirzakova N.A. -Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedrası
(PhD) dotsenti

Dolzarlighi. Falsafa o'ta qadimiy fan bo'lib insoniyatning turli xil mavzudagi dunyoviy qarashlarini o'z ichiga oladi. Aynan shu fikrlar qatorida tana va ruxning ma'naviy yaxlitligi haqida ko'plab o'ziga xos qarashlar mavjudki hozirgi kunda insonlar orasida turli xil qiziqishlarga, fikrlarga, e'tiroz va olqishlarga sazovor bo'lib kelmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu maqola yozilishidan maqsad ruh haqidagi dastlabki ilmiy qarashlar, ruh haqidagi ta'limotlar, ruh va tan birligi g'oyasi va unga qarshi fikrlar haqida ma'lumotlar taqdim etishdan iborat. Bundan tashqari falsafada ruh va tanning ma'naviy yaxlitligi haqida fikr bildirilganligi qay darajada rost ekanligini

isbotlash.

Material va usullar: Jon haqidagi g'oyalar allaqachon eng qadimgi davrlarda mavjud bo'lib, uning tabiatidagi birinchi ilmiy nuqtai nazardan o'tgan. Ular odamlar, mifologiya va dinda odamlarning ibtidoiy e'tiqodlari tizimida turishardi. Falsafada ruh inson yoki har qanday odamlar jamoasining ma'naviy olamiga yaxlitlik, ichki kuch, ijodiy salohiyat beradigan ideal birlashtiruvchi printsip sifatida tushuniladi (masalan, “xalq ruhi”). N.Berdyaevning so'zlariga ko'ra, ruh - bu sevgida, adolatda, burchda, erkinlikda, ijodkorlikda ifoda etilgan insonning “Ilohiy” tamoyili. Ruh - bu insonning tanasi bilan chambarchas bog'liq bo'lgan, uning ichki kuchini ruhiylashtiradigan chuqur ichki dunyosi. Platonning fikriga ko'ra, ruh uchta teng bo'lmagan komponentni o'z ichiga oladi: eng yuqori - oqilona boshlanish, o'rta - irodali va eng past, asosan, tanaga sodiqlik - shahvat. Yana ham tushunarli qilib aytadigan bo'lsak, har qanday tana bilan bog'liq bo'lishidan oldin ruh mavjud. Uning ibtidoiy holatida u dunyo ruhining bir qismidir. Birinchisi, asossiz printsip. Ularning ularda turli xil jonzo bor, shu jumladan hayvonlar va o'simliklar bor. Bu har bir kishining qalbining ko'pchiligini tashkil qiladi va tana ehtiyojlarini qondirishga qaratilgan. Yana bir sabab - bu mulkiy printsipning istaklariga qarshi turadigan oqilona tamoyil. Uchinchisi - shiddatli ruh. Insonning bu qismi qaynab, g'azablanadi, bu adolatli ko'rinadigan narsaning ittifoqchisi bo'ladi va bu ochlikdir.

Ruh o'lchovsiz yoki yurakda, miyada, qonda, o'pkada (nafasda) yashaydigan yoki tananing hamma burchaklarida yashaydigan (ya'ni tananing umumiy atributi sifatida) tasvirlangan. Bu tavsiflardagi farqlar ruh va go'shtning bir butunga (tanaga) birlashish mohiyatini tushunishda farqlarga olib keladi. Ruh va tana haqida turlicha fikrlar mavjud. Ayrimlar tana va ruhni aynan bir narsa deb sanashsa, boshqa olimlar bunga teskari munosabatda bo'ladilar.

Ruh - bu shaxsning moddiy bo'lmagan mohiyati, uni o'ziga xos shaxs sifatida belgilaydi. U tanada yashaydi va tashqi va bog'lovchi hisoblanadi. Faqat uning sharofati bilan odam yashaydi, azoblanadi, sevadi, muloqot qiladi va atrofidagi dunyoni o'rganadi. Hech qanday ruh bo'lmasa, hayot ham bo'lmaydi. Agar tana ruhsiz mavjud bo'lsa, bu odam emas, balki har xil funksiyalarni bajaradigan mashina. Ruh tug'ilganda tanaga kiradi va o'lim boshlanishi bilan uni tark etadi. Ammo hozirgacha ko'pchilik ruh qayerda yashashi haqida bahslashmoqda?

- Bir versiyaga ko'ra, ruh quloqlarda.
- Yahudiy xalqlari ruh qon bilan to'lgan deb o'ylashadi.
- Mahalliy shimoliy xalqlar aholisi eng muhim bachadon umurtqasida ruh uchun joy ajratishgan.

- Pravoslavlarining fikricha, ruh o'pkada, oshqozonda yoki boshda joylashadi.

Tana – bu bizning jismimiz. Olloh tomonidan in'om etilgan organlarimiz, suyaklarimiz, muskullarimiz, qon va uning tomirlari va h.k. tana insonda ham, hayvonda ham o'simlikda ham bo'lishi mumkin ammo, ruh faqatgina insonga xosdir. Ko'pchilikni qiziqtirgan savol bu ruh va tananing bir-biridan farqi nimadalgidir. Ular quyidagilardir:

- Tana va ruh - bu mutlaqo boshqa tushunchalar;
- Har qanday tirik mavjudotning tanasi bor va ruh faqat insonga xosdir;

- Ruhga ko'pincha boshqalar ta'sir qiladi;
- Tana tug'ilganda odamga egalik qiladi va ruh faqat tavba qilish va Xudoni qabul qilish paytlarida paydo bo'ladi;
- Ruh badanni tark etsa, odam o'ladi, agar ruh tanadan chiqib ketsa, u holda odam gunoh qilib, yashashda davom etadi;
- Faqat ruh Xudoning so'zini bilishi mumkin, tan buni faqat his qila oladi.

Natija va muxokama: Demak har qanday bilish shunchaki eslashdir. Tiriklik ruhsiz bo'lmaydi. Ruh tanani tirik qiladi. Tananing barcha xususiyatlari o'sish, nafas olish, fikrlash asosida ruh turadi. Boshqacha aytganda tana va boshqa organlar ruh xizmatidagi quroldir. “Tana ruh uchun mavjuddir”, deb yozadi Aristotel. “Ruhni tanadan ajratib bo'lmaydi” degan umumiy va qat'iy xulosaga keldi. Aristotel barcha ruhning xarakter va xususiyatlarni “entelexiya” degan maxsus tushunchaga birlashtiradi. ruh harakat qilmaydi, tana harakat qiladi, lekin bunday tana ruhlidir. Shu tariqa Aristotel Platonning tana va ruh ajralishi, ruhning qismlarga bo'linishi haqidagi g'oyasini o'tkir tanqid qildi.

XULOSA: Inson ruhi doimo g'oyalarning transsendent olamiga tortiladi, u abadiydir, tana esa o'likdir. Insonning ikki tomonlama tabiati haqidagi bu ta'limot o'rta asrlarda u haqidagi diniy ta'limotga ta'sir ko'rsatdi. Aflotun fikricha, inson mavjudligining abadiy fojiasi ruh va tananing birligi va qarama-qarshiligidadir. Jismoniylik insonni o'z ichiga oladi hayvonot dunyosi, ruh uni bu dunyodan yuqoriga ko'taradi, tana materiya, tabiat, ruh g'oyalar olamiga qaratilgan. Keyinchalik bu fojia rus diniy falsafiy antropologiyasining muhim muammolaridan biriga aylanadi.

SUT BEZI SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TIKLANISH USULI VA VAQTINI TANLASH MEZONLARI

Xasanova N. L. 205 guruh talabasi, TDSI

*Ilmiy rahbari: Gadayev A. M., O'zbekiston, Toshkent Davlat Stomatologiya
Instituti, anatomiya kafedrasida katta o'qituvchisi*

Aktuellik: Radikal mastektomiya bugungi kunda sut bezi saratonini davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Davolashning natijasi ko'pincha bemorning jiddiy psixo-emotsional travmasiga olib keladi. Shu bilan birga, sut bezining rekonstruksiyasi bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi. Hozirgi vaqtda sut bezi saratonini davolash tendentsiyasi nafaqat umumiy va kasalliksiz omon qolishni oshirishga, balki hayot sifati va estetik natijani yaxshilashga qaratilgan.

Tadqiqotdan maqsad: Sut bezi saratoni bilan og'rigan bemorlarda sut bezining rekonstruksiya qilish.

Material va metodlar: Rekonstruktiv davolanish mezonlarini aniqlash uchun standart tekshiruv protokolining diagnostik ma'lumotlari baholandi, shuningdek, ikki tomonlama mammografiya, UZI va ko'krak qafasisinng kompyuter tomografiyasi, o'simta immunofenotipi bilan biopsiya natijalari hisobga olinishi kerak. TNM bo'yicha sut bezi saratoni bosqichlari bo'yicha bemorlarni tanlash sut bezi saratonli bemorlarini tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalarni hisobga olgan holda amalga oshirildi. Sut bezining dastlabki rekonstruksiyasi saratonning dastlabki bosqichlari bo'lgan (0, IA,

IV, IIA) bemorlarda amalga oshirilgan. O'simta immunofenotipi sut bezining bir zumda tiklashni tanlashning muhim mezon bo'lgan. Shunday qilib, bazal sut bezi saratoni turiga chalingan bemorlar, hatto dastlabki shakllarda ham, birlamchi rekonstruktsiya taktikasini tanlashda individual yondashuvni talab qiladi. Shu bilan birga, II bosqich (T3N0M0) luminal A tipidagi o'sma bilan og'rigan bemorlar uchun sut bezi katta bo'lgan bemorlarda o'smaning rezektivligi sharti bilan bir vaqtning o'zida aralashuvni taklif qilingan. Sut bezining bir bosqichli tiklash usulini tanlashda, birlamchi plastmassa (avtoplastika yoki silikon endoprotezlardan foydalanish) holatida nur terapiyasini o'tkazish hisobga olingan. Kechiktirilgan rekonstruktsiya bilan rejalashtirilgan rekonstruktsiya zonasida yumshoq to'qimalar yetishmasligi sababli o'z to'qimalari bilan plastmassaga ustunlik beriladi.

Natija va muhokamalar: Sut bezining rekonstruktsiya qilish vaqti va usulini tanlashning asosiy mezonlari sut bezi saratoni bosqichi, o'simta immunofenotipi va o'simta tugunining sut bezi hajmiga nisbati edi. Saraton kasalligining qaytalanishini kuzatish paytida aniqlanmagan. Bemorlarning qoniqishini baholash shkalasi bo'yicha 75% hollarda ajoyib kosmetik natija olinadi, 20% hollarda yaxshi.

Xulosa: Sut bezi saratoning rekonstruktivoplastik operatsiyalar hayot sifatini yaxshilashga, ijtimoiy rehabilitatsiya vaqtini sezilarli darajada qisqartirishga imkon beradi, shu bilan birga kasalliksiz va umumiy omon qolishga ta'sir qilmaydi. Bunday holda, rejalashtirilgan rekonstruktiv davolash bilan og'rigan bemorlarni tanlash mezonlariga rioya qilish kerak.

Abu Ali ibn Sino hayoti faoliyati

Xusanova Mumtoza Xalq tabobati fakulteti 1-bosqich talabasi

Ilmiy rahbar: Allaberganov A.S-Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedraasi assistenti

Dolzarbli O'rta Osiyoning buyuk qomusiy olimlaridan biri Abu Ali al- Husayn Abdulloh ibn al-Xasan ibn Ali 980 yil avgust oyida hozirgi Buxoro viloyatining Peshku tumani yaqinidagi Afshona qishlog'ida tug'ilgan. Uning otasi Abdulloh Balx shahridan bo'lib, Somoniylar amiri Nuh ibn Mansur (967 -997) davrida Buxoroga ko'chib kelgan va Xurmaysan qishlog'iga moliya amaldori etib tayinlangan. Shundan so'ng u bu yerda doimiy yashab Afshona qishlog'ida Sitora ismli qizga uylanib, ikki o'g'il farzand ko'radi. O'g'illarining kattasi Husayn (ibn Sino), kenjasi Mahmud edi. Husayn 5 yoshga kirgach, oilasi bilan Buxoroga ko'chib keladilar va u shu yerda o'qiy boshlaydi. 10 yoshga yetganda ibn Sino Kur'on va adab darslarini to'la o'zlashtirib oladi.

Taqdiqot maqsadi: Ayni vaqtda u hisob va aljabr bilan ham shug'ullanadi, arab tili va adabiyotni mukammal egallaydi. Ibn Sinoning ilm sohasidagi dastlabki ustozlari Abu Abdulloh Notimiy bo'lgan. U Notimiy qo'lida mantiq, xandasa va falakiyotni o'rganadi va ba'zi falsafiy masalalarda ustozidan ham o'zib ketadi. Ustozlari uning ilmiga yuqori baho berib, yanada chuqurroq ilm olishni tayinlaydi.

Material va usullar: Ibn Sinoning tib ilmida yuksak mahoratga erishishida buxorolik bir tabib Abu Mansur al-Xasan ibn Nuh al-Kumriyning xizmati katta bo'lgan. Ibn Sino undan tabobat darsini olib, bu ilmning ko'p sirlarini o'rganadi.

17 yoshida ibn Sino Buxoro xalqi orasida mohir tabib sifatida taniladi. U hukmdor Nux ibn Mansurni davolaydi, evaziga saroy kutubxonasidan foydalanishga izn so'raydi va bu imkoiyatga ega bo'ladi. Somoniylar kutubxonasi o'sha davrda butun O'rta va

Yaqin Sharqdagi eng katta va boy kutubxonalardan bo'lgan. Ibn Sino bir necha yil davomida shu kutubxonada kechayu kunduz mutolaa bilan mashg'ul bo'lib, o'z davrining eng o'qimishli, bilim doirasi keng kishilardan biriga aylanadi va shu paytdan boshlab o'rta asr falsafasini mustaqil o'rganishga kirishadi. Abu Nasr Forobiyning «Metafizika»ning maqsadlari haqidagi kitobini o'qib, metafizikani o'zlashtiradi.

Ibn Sino barcha zaruriy bilimlarni Buxoroda oladi. U ilmiy ijodni 18 yoshdan boshlaydi. Nux ibn Mansurga atab nafsoniy quvvatlar haqida risola- "Urjuza" tibbiy she'riy asari, o'z do'sti al-Aruziyning iltimosiga binoan ko'p fanlarni o'z ichiga olgan "Al hikmat al- Aruziy" - "Aruziy hikmati" asarini yaratadi. Boshqa bir do'sti al-Barqiyning iltimosiga ko'ra 20 jildli "Yakun va natija" qomusiy asari hamda 2 jildli "Sahovat va jinoyat kitobi"ni yozdi.

Qoraxoniylar 999 yili Buxoroni zabt etib, somoniylar davlatini ag'dargandan keyin Ibn Sino hayotida tashvishli, notinch va og'ir damlar boshlandi. 1002 yilda uning otasi vafot etadi. Buxoroda vaziyat keskinlashib, taxt uchun kurash 1005 yilgacha davom etadi. Shu bois Ibn Sino o'z yurtini tark etib Xorazmga ketadi. Bu davrda Xorazm ancha tinch bo'lib, iqtisodiy va madaniy jihatdan ancha rivojlangan o'lka edi. Poytaxt Gurganj (Urganch)da esa zamonasining ko'pgina taniqli (Abu Rayhon Beruniy kabi) olimlari to'plangandi. Xorazmshohlar Ali ibn Ma'mun (997 - 1007) va Ma'mun ibn Ma'mun (1007 - 1017) ilm-fanga e'tiborli hukmdorlar bo'lib, olimlarga ilmiy ijod uchun qulay sharoit yaratib bergan edilar. 25 yoshli iqtidorli olim Xorazmda asosan matematika va astronomiya bilan shug'ullangan. Bu sohada Ibn Iroq va Beruniy bilan bo'lgan ilmiy muloqotlar katta ahamiyat kasb etadi. Ibn Sino Abu Saxl Masixiyning tibbiy tajribasi va bilimlaridan ham katta saboq oladi.

Biroq Xorazmdagi osoyishta hayot uzoqqa cho'zilmaydi. Sababi Sharqdagi qudrati ortib borayotgan g'azna hukmdori Mahmud G'aznaviy Xorazmga tahdid soladi. Shuning uchun Ibn Sino 1011 yilda Masihiy bilan birgalikda yashirincha Xorazmni tark etadi. Shu vaqtdan olimning sargardonlik yillari boshlanib, umrining oxirigacha vatandan uzoqda hayot kechirishga majbur bo'ladi.

Natija va muhokama: Masihiy bilan Ibn Sino Jurjonga ketadi. Lekin yo'ldagi qiyinchiliklar va suvsizlik tufayli Masihiy betob bo'lib, vafot etadi. Natijada Ibn Sino azob - uqubatlar chekib, avval Niso so'ng Obivard, Tus, Shiqqon va Xurosonning boshqa shaharlarida qisqa muddat turganidan keyin, nihoyat Kaspiy dengizining janubiy - sharqida joylashgan Jurjon amirligiga yetib keladi. U Jurjonda 2 yil (1012 - 1014) yashaydi va Abu Ubayd Juzjoniylar bilan tanishadi. Ibn Sino umrining oxirigacha Juzjoniylar bilan sodiq do'st bo'lib qoladi va allomaning so'nggi damigacha 25 yil davomida birga bo'ladi. Ibn Sino tarjimai holining yozilib qolishi, ko'pgina asarlarining qo'lyozmasi hamda ularning keyingi avlodlarga yetib kelishida aynan Juzjoniylarning xizmati beqiyosdir.

Jurjondalik vaqtida Ibn Sino ham ilmiy ijod bilan shug'ullanadi, ham tabiblik qiladi. "Tib qonunlari" asarining dastlabki qismlarini shu yerda yaratadi.

1014 yilda alloma Ray shahriga ko'chib yashaydi. Lekin olim Rayda ham uzoq turolmaydi, chunki Mahmud G'aznaviyning Rayga ham hujum qilish xavfi bor edi. Shu bois bu yerni ham tark etib, Hamadonga ko'chadi. Bu ulus hukmdorini surunkali sanchiq kasalidan davolaganidan keyin olimni saroyga taklif qiladilar. U avval saroy tabibi bo'lib ishlaydi, so'ng vazirlik mansabiga ko'tariladi. Davlat ishlari bilan band

bo'lishiga qaramay ilmiy ishlarini davom qilib, o'zining mashhur falsafiy qomusi - "Kitobash-shifo"ni yaratadi, "Tib qonunlari"ning ham qolgan qismini yozib tugatadi.

"Tib qonunlari" o'zining asosiy darslik va qo'llanma sifatida qimmatini 500 yildan ortiqroq vaqtgacha saqlab qoldi. Birinchi bor bu asar Strasburg shahrida 1473 yilda bosilib chiqdi. Umuman, Yevropada 40 marta yaqin nashr qilingan. Uning nashr etilish soni bo'yicha Tavrot bilan raqobat qilgan.

O'zbekiston sharqshunoslarining samarali izlanishlari bilan Ibn Sinoning bu shoh asarining 5 ta kitobi 1954-1961 yillarda Toshkentda nashr etildi.

Ibn Sino Hamadonda 1023 yilgacha istiqomat qiladi va ayrim siyosiy sabablarga ko'ra shu yili Isfaxonga jo'nab ketadi. Umrining qolgan 14 yilini shu yerda o'tkazadi. Shogirdi Juzjoniyni yozishicha, Ibn Sino garchi, jismonan juda baquvvat bo'lsada, biroq shaharma-shahar darbadarlikda yurish, kecha-kunduz tinim bilmay ishlash va bir necha bor ta'qib qilinib, hatto hibsda yotishlar olimning salomatligiga juda ta'sir etadi, natijada qulanj (kolit) kasalligiga chalinadi.

Hamadon yurtida ham urush harakatlari boshlangach, buyuk tabib qattiq betobligiga qaramay yana safarga o'tlanadi. Yo'lda dardi qo'zg'ab uning tamomila madori quriydi va oqibatda u 57 yoshida vafot etadi. Olim Hamadonga dafn etiladi.

Xulosa: Buyuk alloma Ibn Sino jahon fani tarixida qomusiy olim sifatida tan olingan, chunki u o'z davridagi mavjud barcha fanlarning qariyb barchasi bilan shug'ullangan va ularga oid asarlar yozgan. Turli manbalarda uning 450 dan ortiq asar yozganligi qayd etilgan, lekin bizgacha ularning 242 tasi yetib kelgan. Shulardan, 80 tasi falsafaga, 43 tasi tabobatga oid bo'lib qolganlari mantiq, psixologiya, tabiyot, astronomiya, matematika, musiqa, kimyo, axloq, adabiyot va tilshunoslikka bag'ishlangan. Ayniqsa, uning tibbiyot va falsafaga oid kitoblari jahonning ko'pgina tillariga tarjima etilib, asrlar davomida qayta-qayta nashr qilib kelinmoqda.

Garchi, uni "Avitsenna" sifatida g'arbda mashhur qilgan tibbiy merosi "Tib qonunlari" bo'lsa, "Shayx-ar-ra'is" ("Donishmandlar sardori, allomalar boshlig'i") nomi eng avval uning buyuk faylasufligiga ishoratdir. Darhaqiqat, Ibn Sino o'zining boy va serqirra ilmiy merosi bilan keyingi davr jahon sivilizatsiyasiga ulkan ta'sir ko'rsatgan buyuk allomadir.

TIB QONUNLARIDA PARHEZNING AHAMIYATI

Xusanova Mumtoza Xalq tabobati fakulteti 1-bosqich talabasi

*Ilmiy rahbar: Allaberganov A.S-Ijtimoiy fanlar bioetika kursi bilan kafedraasi
assistenti*

Dolzarbli: Sharq tabobati ta'lumoti asoschisi bo'lmish Ibn Sino "Tib qonunlar" asarida ko'pkina turli kasalliklar bilan bir qatorda sog'lom turmush tarzi targ'iboti, parhezning inson hayotidagi ahamiyati haqida ham bayon etgan.

Taqdiqot maqsadi: Tib qonunlari, parhez, sog'lom ovqatlanish, noto'g'ri ovqatlanish oqibatlari. Sog'lom ovqatlanish haqida gapirganda, biz to'g'ri nisbatlarda turli xil ovqatlari iste'mol qilishni nazarda tutamiz.

Material va usullar: Tib qonunlari asari asosida olingan ma'lumotlarga asoslanib sog'lom parhez quyidagi oziq-ovqatlardan iborat bo'lishi lozim.

Meva va sabzavot lar (kuniga kamida besh mahal).Kartoshka, guruch, makaron yoki non kabi yuqori kaloriyali kraxmal ovqatlar.Sut va sut mahsulotlari. Ko'p suv (yoki boshqa suyuqliklar).Fasol, baliq, tuxum, go'sht kabi oqsillar.Kichik miqdordagi to'yinmagan yog'lar . Har kuni bu taomlarining xilma-xil ligini iste'mol qilish sizni dietangizdan ko'plab ozuqaviy moddalarni olishga yordam beradi.

Natija va muhokama: Sog'lom ovqatlanishning afzalliklari

Sog'lom ovqatlanishning ko'plab afzalliklari bor. Sog'lom ovqatlanish quyidagilar ga yordam beradi: Yurak kasalligi, 2-toifa diabet va ba'zi saratoni kasalliklari kabi surunkali kasalliklar xavfini kamaytiradi.Immunitet funksiyasini qo'llab-quvvatlash. Sog'lom va in saqlashga yordam berish . Suyaklarni, tishlarni mustahkam va sog'lom saqlash. Mushaklarni tiklash va mustahkamlash. Energiya darajasini yaxshilash. Miya faoliyatini va miya sog'ligini qo'llab-quvvatlash. Uyqu rejimiga yordam beradi.Sog'lom ovqatlanishning foydalarini juda katta - biz kun davomida faol bo'lishimiz kerak bo'lgan energiya va ozuqa moddalarini ta'minlaydi. Noto'g'ri ovqatlanishning oqibatlari

Ibn Sino "Noto'g'ri ovqatlanish" - bu inson organizmi uchun zarur bo'lgan ozuqa moddalarni kerakli darajada yetishmasligidir. Bu turli sabablarga ko'ra sodir bo'lishi mumkin, masalan, turli xil sog'lom, to'yimli oziq - ovqatlar i o'z ichiga olmaydigan parhezga rioya qilish. Bu shuning dek, to'yingan yog'ar, tuz va shakar ga boy dietaga rioya qilganimizda ham paydo bo'lishi mumkin.

Noto'g'ri ovqatlanishning ba'zi oqibatlari:

Xulosa; Semirib ketish-yog' va shakar ga boy noto'g'ri ovqatlanish semizlik ga olib kelishi mumkin.Yuqori xolestiring-yuqori xolestirin qon tomirlarga tiqilib qolishga olib keladi va jiddiy sog'liq muammolari yuzaga keladi.Saratov tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, noto'g'ri ovqatlanish ichak saratoni va ba'zi saratonlatni rivojlanishiga olib keladi.Yurak kasalliklari va qon tomirlar - noto'g'ri ovqatlanish natijasida kelib chiqadi gon boshqa sog'liq muammolari, masalan, gipertenziya va yuqori xolestirin, insult va yurak xastaligilari xavfini oshirishi mumkin.Bundan tashqari Ibn Sino iste'mol qilingan mahsulot davomli moddadan iborat bo'lib, kayfiyat va suratda tashkil topgan deb ta'kidlagan. " Dori ovqat emas - ovqat dori" bo'lganda insonlar sog'lom turmush kechiradi.

Huntington's disease is a rare genetic case in medicine

Yunusov M.Sh. Mukhammedkhodzhaeva R.U. students 302-A Stom Pimu faculty. MO TSDI

Scientific Supervisor: Assistant Shukurova L.Kh.

Department of Internal Diseases. Clinical Pharmacology.

Tashkent State Dental Institute Uzbekistan

Background: Huntington's disease is an inherited autosomal neurodegenerative disease characterized by the accumulation of the protein huntingtin in the brain which begins with periodic involuntary twitching or spasms. Later, appear more pronounced involuntary movements like chorea and athetosis and mental disorders. It occurs every 3-7 cases per 100 thousand population among people with European roots and in one case per million among other contingents.The gene responsible for the development of Huntington's disease is dominant. For a person to develop this pathology, it is enough to have one copy of the mutant gene. Therefore, a child of a parent suffering from this

pathology inherits the disease with a 50% probability. Unfortunately, the ailment ends in death after appearing first symptoms during 15-20 years. But, however, British researchers have found a protein which names Fan 1, which helps repair breaks in DNA and this could be a salvation for thousands of people.

Purpose of the research: To identify the cause of the rare origin of Huntington's disease and the mechanism of action of the FAN1 protein.

Materials and methods: A study conducted in Tashkent showed that as a result of 400,232 gene diagnostics performed, Huntington's disease was detected in only one case. The huntingtin gene (HTT) is located on chromosome 4. It contains repeating sequences of the three basic components of DNA – C-A-G. If a person has 40 or more C-A-G repeats, they will develop Huntington's disease during their lifetime. Normally, the human population contains from 10 to 35 three basic repeats. In patients with this disease, the number of repeats can be from 36 to 121, in the juvenile form – from 50 and above. But at the same time, scientists from the University of Cambridge have discovered a new mechanism that stops the number of trinucleotide repeats in Huntington's disease. It turned out that the FAN1 protein can block the accumulation of nucleotide pairing error repair factors in DNA.

Results and discussions: The results showed that under the effect of the substance which names naphthyridine azaquinolone or FAN1 protein, able to reduce the number of CAG repeats, thereby reducing the risk of developing symptoms. They tested its effectiveness on mice with Huntington's chorea – the number of CAG repeats in their brain cells decreased. Until now, we have only dreamed of such a connection,” says one of the authors of the work, Christopher Pearson. However, deep study of the mechanism of the FAN1 protein gives hope that in the future Huntington will still be able to be defeated.

Conclusions: Huntington's disease affects a specific area of the brain called the striatum. The striatum is part of an important neural pathway, the extrapyramidal system, which is involved in controlling movement and maintaining muscle tone. The death of striatal neurons in Huntington's disease leads to the destruction of the extrapyramidal system, which is associated with loss of control over movements in the sick person. The disease begins when something changes in the functioning of the neurons themselves or in synaptic transmission, and these disturbances subsequently lead to the death of neurons and irreversible consequences. Currently, there is no treatment for Huntington's and the goal is to relieve symptoms. Death usually occurs not due to Huntington's disease, but due to associated complications, including pneumonia, heart disease, and injury. A common cause of death is suicide. But in the future, the creation of drugs that enhance the function of FAN1 may become a salvation for thousands of people.

COVID-19 DAN TUZALGANDAN KEYIN TANA VAZNINING O'ZGARISHI

*Zoxidova M.A. Xalq tabobati fakulteti 101-guruh talabasi, Toshkent Davlat
Stomatologiya Instituti*

*Ilmiy rahbar – Saydalixodjayeva S.Z., Toshkent tibbiyot akademiyasi Normal va
patologik fiziologiya kafedrasida dotsenti*

Dolzarbliigi: Konstitutsiyaviy diagnostika deb ataladigan tadqiqotlar uchun kasallikning konstitutsiyaviy xususiyatlariga konstitutsiyaviy moyillikni aniqlash uchun antropometrik ma'lumotlarga ega bo'lish, shuningdek, tiklanishdan keyin xavf va asoratlar belgilarining antropometrik markerlarini aniqlash muhimdir.

Tadqiqotning maqsadi COVID-19 dan tuzalgandan keyin tana vaznidagi o'zgarishlarni o'rganish edi.

Materiallar va tadqiqot usuli. Tananing antropometrik o'lchovlari Toshkent tibbiyot akademiyasi normal va patologik fiziologiya kafedrasida o'qigan kasallikka chalingan 57 nafar 2 va 3-kurs talabalarida o'tkazildi. Tekshiruvdan o'tgan o'g'il bolalarning ($n=39$) o'rtacha yoshi $23,6 \pm 1,2$ yoshni, qizlarning ($n=18$) o'rtacha yoshi $21,3 \pm 0,6$ yoshni tashkil etdi.

Natijalar va ularing muhokamasi. Koronavirus infeksiyasining oqibatlaridan biri- bu tana vaznining o'zgarishi. Har bir shaxsning tana vaznining o'zgarishi bir-biridan farq qilishiga e'tibor qaratish lozim, agar ba'zilar vazn ortgan bo'lsa, boshqalarda tana vaznining pasayishi kuzatilishi mumkin.

Antropometrik ma'lumotlarning tahlili 44 ta sub'ektda tana vaznining o'rtacha $5,6 \pm 0,57$ kg ga ko'payishini ko'rsatdi, ulardan mos ravishda 36 nafar o'g'il ($6,9 \pm 0,84$ kg) va 8 nafar qiz ($4,3 \pm 0,62$ kg).

COVID-19 bilan og'rig'an bemorlarga shifokorlar yog'lar bilan boyitilgan ovqatlarni kuniga bir necha bor iste'mol qilishni tavsiya etishdi. Ushbu tavsiyalar tananing energiya muvozanatini saqlash uchun zarur edi. Bundan tashqari, vazn ortishining sababi ham sub'ektlarning ratsionidagi o'zgarishdir, agar kasallikdan oldin sub'ektlarning asosiy oziq moddalari oqsilli tabiatga ega bo'lgan mevalar va ozuqa moddalari bo'lsa, avval aytganimizdek, kasallik vaqtida ularning asosiy kundalik ratsioni yog'lar edi.

Olimlar ortiqcha tana vazni yoki semirish inson tanasida yog' to'qimalarining ortiqcha to'planishi, bu esa sog'lig'ining yomonlashishiga olib kelishini isbotladi. Koronavirusdan tuzalgan odamlar uchun semirib ketish nimasi bilan xavflidir?

Tekshiriluvchilar o'rtasida o'tkazilgan so'rov shuni ko'rsatdiki, tadqiqotda ishtirok etganlarning 82,4 foizida ishtahaning ortishi aniqlandi. Ushbu hodisaning sababi, adabiyot manbalarining ko'rsatishicha, insulin rezistentligi va ortiqcha tana vazni o'rtasidagi bog'liqlikdir.

Ma'lumki, aylanma insulinning yuqori konsentratsiyasi ishtaha markazini qo'zg'atadi va yog' to'planishiga sababchi bo'ladi. Birlamchi o'pka kasalligi bo'lmasa (bizning holatlarimizda bu istisno qilinadi), semizlik nafas olish tizimiga chuqur patofiziologik ta'sir ko'rsatadi, bu esa ventilyatsiya, nafas olish mexanikasi, nafas olish

yo'llari mushaklarining kuchi va chidamliligi, jismoniy mashqlarga chidamlilikning buzilishiga olib keladi. Oxir-oqibat nafas olish funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Agar ortiqcha vazn bo'lsa, nafas olish fiziologiyasiga e'tibor berish kerak. So'rov 43 ishtirokchida og'irlashtiruvchi nafas olish jarayonini aniqladi, bu o'pkaning cheklangan harakatchanligiga olib keladigan yog' to'qimalarining yig'ilishi namoyon bo'lishi bilan izohlanadi. Bu tana vaznining keskin ortishida qovurg'alar atrofida yog' birikishi bilan ko'krak qafasi devorlarining egiluvchanligi pasayishi bilan izohlanadi, bu esa nafas olish vaqtida ko'krak hajmini oshirishni qiyinlashtiradi.

Nafas qisilishi nafas olish tizimining disfunktsiyasining parametrlaridan biridir. Tadqiqot qilinuvchilarning 89,6 foizi nafas qisilishidan shikoyat qildilar, bu simptomatika o'g'il bolalarda ustunlik qildi. Ko'krak qafasining harakatchanligining buzilishi o'pkaning elastikligini pasaytiradi, bu o'pka tomirlarining qon bilan ta'minlanishi, nafas olish yo'llarining qarshiligining kuchayishi va distal havo yo'llarining qulashi tufayli sodir bo'ladi. Ko'krak qafasining qattiqligi va nafas olish yo'llarining qarshiligini bartaraf etish uchun qo'shimcha energiya ta'minoti talab qilinadi, nafas olish kuchayadi, charchoq paydo bo'ladi, bu barcha sub'ektlarda kuzatilgan va nafas olish mushaklarining zaifligi. Bu nafas olish mushaklari talabi va nafas olish ko'rsatkichlarining nomutanosibligiga olib keladi, bu esa nafas qisilish hissiyotini keltirib chiqaradi.

Tana vaznini o'lchashda tadqiqot ishtirokchilarining ikkinchi yarmi (13 kishi) keskin vazn yo'qotishni boshdan kechirdi va o'rtacha mos ravishda $8,1 \pm 1,24$ kg mos ravishda. (o'g'il bolalar - 3 ($1,8 \pm 0,62$ kg); qizlar - 10 ($9,0 \pm 1,33$ kg) ni tashkil etdi.).

Adabiyot manbalarining ta'kidlashicha, buning izohi shundaki, COVID-19 ning o'tkir bosqichida bemorning tanasi energiya sarfi muvozanatini saqlashni to'xtatib, "zahiralarni" va ba'zan, aksincha, ortiqcha narsalarni sarflay boshlaydi. Mutaxassislarining fikriga ko'ra, bu qo'rqinchli emas.

Vaznni yo'qotgan tadqiqot ishtirokchilari infeksiyadan oldingi davrga nisbatan harakatsiz turmush tarzidan shikoyat qilishdi. Ushbu guruhni kuzatganimizda, biz avvalgi guruhga nisbatan sust va sekin harakatlarni kuzatdik. Sog'ayib ketganidan keyin vazni yo'qolgan talabalar orasida so'rov 13 kishidan 9 tasida tashvish holatini aniqladi, 2-guruhning 10 tasida va ortiqcha tana vazniga ega 5 tasida uyqusizlik kuzatildi.

Shuningdek, 1-guruhdagi kabi, bu guruhdagi 11 kishi nafas qisilishidan shikoyat qilgan, ulardan 3 nafari o'g'il bolalardir va 8 tasi qiz bolalar edi.

Xulosa. Shunday qilib, biz o'tkazgan tadqiqotlar nafas olish tizimidagi patologik jarayonlarga olib keladigan tananing fiziologik buzilishlarini ko'rsatdi. Tadqiqot ishtirokchilarining sog'lig'ini yaxshilash va mustahkamlash uchun shifokor nazorati ostida ishtirokchining holatiga ko'ra jismoniy faoliyatni amalga oshirish va ushbu vaziyat uchun individual muvozanatli ovqatlanish bo'yicha dietolog bilan maslahatlashish tavsiya qilindi. Uch oy mutaxassislarining tavsiyalariga amal qilganidan so'ng, ushbu materialni o'rganishda fidokorona yordam ko'rsatganlarning nafas olish tizimidagi o'zgarishlarni qayta tekshirish va o'rganish ko'zda tutilgan.

XALQ TABOBATI VA FALSAFA

Zoxidova Munisa – Xalq tabobati fakulteti talabasi, Toshkent Davlat

Stomatologiya Instituti

Ilmiy rahbar: *Yuldasheva Lola Sagdullayevna*

Dolzarliligi: Xitoy, Tibet, Mongoliya, Yaponiyada bo‘lgan davolash amaliyoti ming yillar davomidagi usullar va nozik tomonlari bo‘lgan Sharq tabobati an‘analariga ega. Ularning asosiysi organizmning shaxsiy resurslarini safarbar qilish, dori-darmonlarni kam miqdorda qo‘llashdan iboratdir. Chunki dorilarni qabul qila olmaslik zamonaviy tibbiyotning muhim muammosi hisoblanadi.

Bugungi kunda bir qator mamlakatlarda zamonaviy tibbiyot va xalq tabobati integratsiyalashuvi kontseptsiyasi ommalashmoqda hamda integrativ tibbiyot kelajak tibbiyoti bo‘lishi mumkinligi taxmin qilinmoqda. Professor Umberto Solimenening fikricha, an‘anaviy xalq tabobatini o‘zida mujassamlashtirgan, integratsiyalashgan tibbiyot – kelajak tibbiyotidir.

Tadqiqot usuli: Tibbiyot fanlari rivojlanishining muhim sharti, bu - yuqori darajadagi nazariy fikrlashdir. Falsafa va tibbiyotning o‘zaro ta’siri tabiiy va biotibbiy fanlari taraqqiyoti bilan birga rivojlanadigan va dialektik fikrlash orqali shakllanadigan mantiqiy mulohazani takomillashtirishda uchraydi. Ilm-fanning boshqa sohalarida bo‘lgani kabi tibbiyotda ham bilimlarni farqlash va birlashtirish jarayoni mavjud. Dialektika - tibbiyotdagi ilmiy bilimlar jarayoni yaxlitligi va samaradorligini ta’minlovchi asosiy integratsiya usulidir. Falsafa va tibbiyot fanlari birlashmasi tibbiy nazariy va amaliy faoliyat tizimida ilmiy bilimlarni birlashtirishning eng muhim uslubiy shakllaridan biridir. Nazariy tibbiyotning muhim vazifalaridan biri, bu turli xil fanlar (anatomiya, gistologiya, fiziologiya, kibernetika, biokimyo, biofizika) tomonidan olingan inson va hayvonlar organizmi haqidagi bilimlarni tahlil qilishdir. Ushbu tahlilning obyektiv asoslari atrofda olamning moddiy birligi, tirik materiyaning umumiy xususiyatlari va uning o‘zgarish qonuniyatlari bo‘lib, ular turli xil tuzilish darajalarida namoyon bo‘ladi.

Zamonaviy tibbiyot predmeti fan sifatida paydo bo‘lish sabablari (etiologiyasi), rivojlanish qonuniyatlari (patogenezi), ularni aniqlash (diagnostikasi) va davolash usullari (klinik tibbiyot), kasalliklarning oldini olish usullari (profilaktika tibbiyoti), aholiga tibbiy yordamni maqbul tashkil etish shakllari (sog‘liqni saqlash tashkilotlari nazariyasi). Zamonaviy tibbiyot odatdagi va patologik jarayonlarni har xil darajada o‘rganadi.

Zamonaviy tibbiyot tabiiy, ijtimoiy va texnik fanlarning jamlanmasi bo‘lib, ulardan nafaqat tadqiqot usullarini, balki yangi g‘oyalarni ham oladi. Jamiyatning barcha jabhalarini ilmiy tashkil etish tamoyillarini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega bo‘lgan tibbiyotning ijtimoiy funksiyalarini to‘g‘ri aniqlash ayniqsa muhimdir.

So‘nggi o‘n yillikning muhim tendentsiyasini shifokorlar tafakkurining o‘sib borishi va evolyutsion-ekologik g‘oyalarning tibbiyotga kirib borishi deb bilish kerak.

Nazariy tibbiyotni yaratish asosan uning obyektini ko‘p darajali talqini bilan bog‘liq bo‘lib, uning muhim xususiyatlari nafaqat tanaga, balki bir qator ichki organlar

darajalariga ham bog'liqdir. Populyatsiyaga kiritilgan organizmni o'ziga xos qonunlari bilan ko'rib chiqishda norma va patologiya o'rtasidagi harakatlanuvchi chegaralami aniqlash mumkin.

Natija: Zamonaviy tibbiyotning ekologiya muammolariga, sanitariya-gigiyena masalalariga, organizmga, populyatsiyaga, biogeotsenozlarga va biosferaga kosmik, kimyoviy va boshqa ta'sirlarni o'rganishga bo'lgan diqqat e'tiborlari organizm sentrizmini bosqichma-bosqich yengib o'tayotganidan dalolat beradi. Albatta, inson populyatsiyalarini o'rganishda insonning murakkab biosotsial mohiyatini to'liq hisobga olishi kerak.

Dialektika taraqqiyot nazariyasi sifatida tadqiqotchilarga obyektiv jarayonlarning mohiyatini ham, norma va patologiyani haqiqiy dialektikasini ham, bilish dialektikasining murakkabligini aks ettiruvchi qarama-qarshiliklarni, ba'zan mos kelmaydigan nazariyalarni ham tushunishga yordam beradi.

Xalq tabobatining yana bir jozibali tomoni - bu asrlar va ming yillar davomida qo'llanilgan usullarning va vositalarning ishonchliligidir. Ushbu usullar hech qachon ularni keyingi avlodlarga tatbiq etishda halokatli oqibatlarini keltirib chiqarmagan. Farmatsevtika sanoati tomonidan sintez qilingan dorilar 50-100 yil davomida mavjud bo'lib, ularning kelajak avlodlarga ta'sirining natijalari aniq emas. Ha, ularning barchasi klinik sinovlardan o'tmoqda, ammo ularning hech biri inson avlodlari uchun zararsizligi uchun sinovdan o'tkazilmagan. Yangi kasalliklarning paydo bo'lishi va ularning giyohvandlikka qarshi immunitetidan, sun'iy ravishda sintez qilingan dorilar biz istagan darajada xavfsiz emasligini ko'rsatmoqda. Ulardan qat'iy dozada foydalanish faqat o'ta og'ir holatlarda shifokor nazorati ostida amalga oshirilishi kerak, ammo kundalik qabul qilish odat tusiga aylanishi mumkin emasdi. An'anaviy tibbiyotning o'ziga xosligi va ahamiyatini aniqlashda aniq pozitsiyaning yo'qligi sababli, uning o'ziga xos okkultizm, sehr va jodugarlik faol ravishda targ'ib qilinishiga olib kelgan. Allaqachon kundalik hayotda "bioenergiya", "aura", "karma" va boshqalar ishlatila boshlangan.

Xalq tabobatining fan sifatida umumiy tamoyillarini shakllantirish uchun uning vositalari va usullarini tavsiflashdan diniy-falsafiy asoslar va milliy madaniy xususiyatlarini ajratib turish zarur.

Xulosa: Shunday qilib, xalq tabobati - bu insoniyat hayoti xavfsizligi va millat sog'lig'ini saqlash nuqtai nazaridan milliy madaniyatning an'anaviy bilimlari asosida shakllangan ilmiy va amaliy faoliyat sohasidir.

Xalq tabobati sohasidagi an'anaviy bilimlarni turli madaniyatlar doirasida qo'llash tabiiy moddalarning organlar majmuasiga ta'sirini aniqlashga qaratilgan. Har bir o'simlik, har bir mahsulot, har bir muolaja bir nechta organlar majmuasining holatini o'zgartirishga qaratilgan.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Mavlyanova Z.F. va boshq. Xalq tabobati falsafasi. O'quv qo'llanma. Samarqand, 2021-yil.
2. B.N. Li. «Xalq tibbiyoti». Darslik. «Yangi asr avlodi» 2008-yil
3. Абдулазиз Саиднуриддин ўғли. Ўзбек халқ таботати. Қақнус медиа 2017-йил.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Абдураходов А., студент 202-гр. МО Стом. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Мухамедов А.Р., доцент кафедры
социогуманитарных наук, Ташкентский государственный стоматологический
институт, Узбекистан*

Актуальность. Современные общественные отношения диктуют необходимость цифровизации медицины.

Цель исследования: совершенствование законов о применении новейших цифровых технологий в медицине, регламентация поведения медицинских работников, связанного с врачебной тайной, ходе внедрения новых информационных технологий.

Материалы и методы. Современное законодательство Республики Узбекистан в сфере медицины, регламентирующее использование информационных и цифровых технологий.

Результаты и обсуждение. Констатируем, что правовое обеспечение медицины высоких технологий в Узбекистане пока еще не развито в должной степени, так как нормативно-правовая база не отвечает современным требованиям.

Законы Республики Узбекистан "О телекоммуникациях", "Об информатизации", регулируют распределение информации; регламентируют создание единого информационного поля и предоставление условий вхождения республики в мировое информационное сообщество; заверение создаваемых в республике и импортируемых технических, программных и технологических информационных средств и источников; создание и введение в республике новейших средств электроники, вычислительной техники и средств связи в производственных, управленческих, научных и социальных областях; предоставление условий для значительного развития информатизации на основании предупреждения безмерной концентрации и монополизации в информационной деятельности, перерастание от государственных, централизованных методов финансирования и управления информационными процессами к самостоятельности организаций и предпринимательству; оформление и введение механизмов защиты информации и средств ее обработки в целях ненарушения интересов Республики Узбекистан, права юридических и физических лиц, которые связаны с развитием и применением информационных ресурсов; которые будут обеспечивать сохранность, накопление и эффективное использования государственных информационных ресурсов и телекоммуникаций.

29 августа 1996 года за № 265-1 был принят Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» (с последующими изменениями и дополнениями), однако в нем не имеется упоминаний об использовании новых информационных технологий. Имеется норма в отношении сохранения

врачебной тайны, а именно (Ст. 25 Закона.): «Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну...» Однако, может ли в качестве медицинского документа рассматриваться цифровая информация и что является медицинским документом- ничего не сказано.

Президента Республики Узбекистан издал Указ «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года. Этим Укзом была утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы. В Концепции предусмотрены меры поэтапному внедрению обязательного медицинского страхования, по совершенствованию нормативно-правовой базы, внедрению государственно-частного партнерства в сферу, и другие.

Концепция отражает, что «в организации здравоохранения сохраняются отдельные проблемные вопросы и негативные явления, препятствующие эффективному решению задач по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья граждан».

Заключение. Концепция определила в числе одной из важных задач обеспечение комплексного правового регулирования отрасли с учетом международных стандартов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Обращено внимание на необходимость «широкого внедрения систем "электронного здравоохранения", создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов».

Таким образом, первоочередной задачей дальнейшего развития законодательства в данной области необходимо считать в том числе рассмотрение специального правового режима информации в медицине.

Использованная литература.

1. Закон Республики Узбекистан, от 20.08.1999 г. № 822-I «О телекоммуникациях» (Национальная база данных законодательства, № 03/21/721/0952, 07.06.2022 г., № 03/22/775/0477)
2. Закон Республики Узбекистан, от 11.12.2003 г. № 560-II «Об информатизации». Национальная база данных законодательства, 30.03.2021 г., № 03/21/679/0256)
3. Закон Республики Узбекистан, от 29.08.1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» (Национальная база данных законодательства, 18.05.2022 г., № 03/22/770/0424)
4. Указ Президента Республики Узбекистан, от 07.12.2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан». (Национальная база данных законодательства, 24.02.2022 г., № 06/22/78/0163)
5. Мухамедов А.Р. " Совершенствование законодательства о цифровизации здравоохранения в свете проекта новой редакции Конституции Узбекистана" Статья в Сборнике Journal of Innovations in Social Sciences (ISSN -2181-2594) Vol. 3No.4 (2023)

ХОЛОРЕДУКЦИОНИЗМ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В МЕДИЦИНЕ И БИОЛОГИИ

Абдураходов А.А. студент 202 гр. стом. факультета МО ТГСИ
Научный руководитель: Мухамедова З.М., профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан

Актуальность: В современном мире, где медицинские и биологические технологии развиваются стремительно, вопросы этики становятся особенно актуальными. Холизм и редукционизм могут дополнять друг друга, обеспечивая более полное понимание и применение биоэтических принципов в медицинской практике. Это сочетание подходов может способствовать разработке более гуманных и эффективных стратегий лечения, учитывая как молекулярные механизмы заболеваний, так и широкий контекст человеческого опыта. Холоредукционизм, как концепция, подчеркивает важность уменьшения вреда и улучшения благополучия через биоэтические подходы. Это исследование направлено на анализ этических принципов, лежащих в основе медицинских практик, и их влияния на биологические исследования и терапии.

Цель исследования: Основная цель данного исследования - оценить, как холоредукционизм может быть интегрирован в медицинскую практику и биологические исследования, а также определить потенциальные этические дилеммы и предложить возможные решения.

Материалы и методы: Для достижения цели исследования будут использованы следующие методы: анализ научной литературы, кейс-стади из медицинской практики и биологических экспериментов, анкетирование специалистов в области биоэтики и медицины.

Результаты и обсуждение: Холизм в медицине подчеркивает важность восприятия пациента как целостного организма, включая физические, психологические, социальные и духовные аспекты. Этот подход согласуется с такими принципами биоэтики, как уважение к человеческому достоинству и учет индивидуальности каждого пациента. Редукционизм, с другой стороны, фокусируется на изучении биологических процессов на молекулярном и клеточном уровне. Этот подход может быть связан с принципом непричинения вреда, поскольку он стремится понять и устранить конкретные биологические причины заболеваний.

Основные принципы биоэтики, такие как уважение к автономии, непричинение вреда, справедливость и благотворительность, могут быть интегрированы в оба этих подхода. Например, уважение к автономии пациента требует от медицинских работников информировать пациентов о всех аспектах их здоровья, что соответствует холистическому взгляду на пациента. В то же время, принцип непричинения вреда подразумевает использование

редукционистского подхода для точной диагностики и эффективного лечения. Результаты исследования покажут, как принципы холоредукционизма могут быть применены для улучшения этических стандартов в медицине и биологии. Обсуждение будет включать анализ полученных данных и сравнение с существующими этическими подходами.

Заключение: Исследование подтвердило, что применение принципов холоредукционизма в медицинской практике и биологических исследованиях может значительно улучшить этические стандарты. Интеграция холистического и редукционистского подходов позволяет более полно понимать заболевания и пациентов, что способствует разработке более гуманных и эффективных стратегий лечения. Принципы биоэтики, такие как уважение к автономии, непричинение вреда, справедливость и благотворительность, успешно интегрированы в оба подхода, что позволяет медицинским работникам предоставлять высококачественную заботу, учитывая как молекулярные, так и социальные аспекты здоровья пациентов.

Холоредукционизм предлагает ценный фрейм-ворк для улучшения биоэтических аспектов медицинской практики и биологических исследований, подчеркивая важность уменьшения вреда и улучшения благополучия. Это направление требует дальнейшего изучения и развития, чтобы полностью реализовать его потенциал в улучшении здравоохранения и научных исследований.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ТИОКАРБАМАТОВ И ТИОМОЧЕВИНЫ

Абдувакилов А.Ж.¹, Балтабаев У.А.²

Адувакилов А.Ж. – бакалавр 1 курса, факультет детской стоматологии

Балтабаев У.А. – доктор химических наук, профессор

Кафедра медицинской и биологической химии.

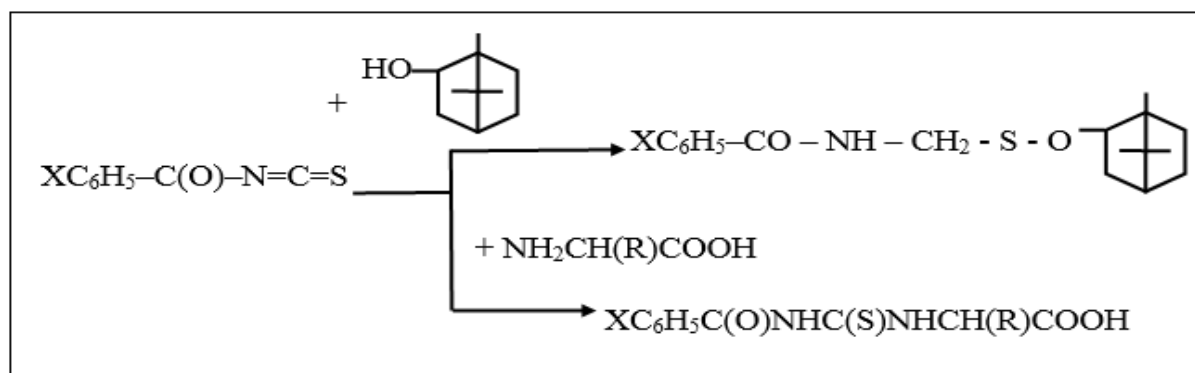
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.

Ташкент

Введение. Интерес к производным тиокарбаматов и тиомочевина объясняется большими возможностями получения ценных биологически активных соединений как в практическом отношении, так и аспектами теоретического характера.

Цель исследования. Синтез новых производных тиокарбаматов и тиомочевина на основе ароматических изотиоцианатов с различными органическими реагентами с целью выявления биологически активных соединений.

Материалы и методы исследования. Синтезированы новые производные тиокарбаматов и тиомочевина путем взаимодействия - реакцией нуклеофильного присоединения п-нитро-, м-нитро-, п-хлор-, п-бром-, о-бромбензоилизотиоцианатов с борнеолом, α-аминокислотами в среде сухого пиридина или диметилформамида при температуре 80-90°C в течении 4-5 ч (таблицы 1 и 2) по схеме:



Результаты и обсуждение. Строение 11 полученных соединений подтверждено данными элементного анализа, а также ИК-, масс-спектроскопией. Данные элементного анализа соответствуют вычисленным значениям.

Проводилось изучение противовоспалительной активности новых соединений. Эксперименты ставились на белых крысах массой 130-240 г. Воспаление вызывали известным методом – введением 0,2 мл 1%-ного раствора формалина под апоневроз голеностопного сустава. Объем лапок под-опытных животных измеряли до и через 3,6 ч после введения формалина. Изучаемое вещество вводили перорально в виде суспензии аравийской камеди в дозах 50, 100 и 200 мг/кг за 48, 24 ч и 30 мин до вызывания воспаления. Противовоспалительную активность оценивали по разности объема лапок контрольных и подопытных животных.

Для выяснения безопасного применения исследовали острую токсичность препаратов с вычислением ЛД₅₀ по методу Литчфильда и Уилкоксона. Полученные данные показали, что они проявляют весьма низкую токсичность. Так, при их пероральном введении до 3000 мг/кг гибель мыши не наблюдалась; ЛД₅₀ бутадiona равняется 250 мг/кг. Следовательно, новые производные тиомочевина более чем в 12 раз менее токсичны, чем бутадion.

Выводы. Установлено, что производные тиомочевина и их натриевые соли в определенных дозах обладают противовоспалительным действием. Так, натриевая соль 1-(п-нитробензоил)-3-(цистеннил)-тиомочевина в дозе 50 мг/кг подавляет формалиновый отек 16,0%, в дозе 100 мг/кг – на 42%. Дальнейшее увеличение дозы не усиливало противовоспалительной активности. В тех же условиях бутадion задерживал развитие формалинового воспаления на 39%. Следовательно, новое производное тиомочевина в эквивалентной доле с бутадionом в 1,1 раза превосходит последний.

Планируется дальнейшее исследования по созданию противовоспалительного препарата для стоматологии, в частности для лечения воспалительных процессов полости рта.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РЕЛИГИИ ИСЛАМ

Агзамова Ясминахон Азизовна

студентка 1-курса Стоматологического факультета ТГСИ

Научный руководитель: Умирзакова Наргиза Акмаловна, доцент кафедры общественных наук с курсом биоэтики ТГСИ

Актуальность: В общем пластическая хирургия направлена на коррекцию частей тела, имеющих отклонения от анатомической нормы. Наиболее часто пластические операции проводятся для устранения патологий, связанных со старением, удаления опухолей, шрамов, а также коррекции пороков развития. Но престижные тенденции и современные веяния об эталонах красоты дают нам сегодня дополнительную почву для раздумий над широко распространенной темой в области пластической хирургии по увеличению или уменьшению определенных частей тела и как мы видим на примере пластическая хирургия чаще практикуется ни как отрасль хирургии устраняющая патологию, а становится просто искусством перевоплощения которая в конечном итоге не всегда доводит до идеала

Обсуждение: точки зрения религии Ислам: В Исламе запрещено изменение врожденных качеств и формы человека, так как это считается искажением человеческого естества. Но пластические операции разрешены по канонам Ислама только в том случае, если у человека есть те или иные уродства, мешающие его полноценной жизни как члена общества, семьи. Приукрашивание, изменение обычных форм тела или лица на более привлекательные недопустимо, так как относится к разряду «изменение творения Создателя», о чем сказано в Священном Коране как одном из происков и козней Сатаны: «(Иблис сказал) Я непременно введу их в заблуждение, возбужу в них надежды, прикажу им обрезать уши у скотины и прикажу им искажать творение Аллаха» (ан-Ниса 4/119).

Один из современных богословов пишет следующее: «В вопросе пластических операций каноническое заключение следует из заключения медицинского. Если у человека есть какая-то уродливость, характеризующаяся так именно врачом, или то, что не соответствует обычным формам человеческого тела, тогда операция канонически допустима. В том случае, если импульсом к совершению операции является просто желание чего-то нового и более привлекательного, то такого рода действие будет расцениваться как «изменение Божьего творения», что является запретным (харам).

Сообщается, что посланник Аллаха (салаллаху алейхи ва саллям) сказал: «Аллах проклял женщин, которые делают татуировки и которым делают татуировки; которые выщипывают брови и которым выщипывают брови; которые распиливают зубы для красоты и изменяют творение Всевышнего Аллаха!» (Бухари, Либас, 83-87; Муслим, Либас, 33).

Однако если тело человека имеет какие-либо дефекты, которые могут стать причиной насмешек или психологической травмы, то в этом случае их исправление посредством хирургического вмешательства расценивается как

лечение, а не как изменение естества. Наша религия разрешает пластические операции, проводимые с целью лечения. Так, например, сообщается, что сподвижник по имени Арфаджа (радыйаллаху анху) в одной из битв лишился своего носа, и посланник Аллаха (салаллаху алейхи ва саллям) разрешил ему изготовить нос из золота (Абу Давуд, Хатем, 7; Тирмизи, Либас, 31).

Источники: Священное писание Коран и Сунна.

Пластические операции разрешены в следующих случаях:

- 1) Если отсутствует намерение изменять врожденное естество;
- 2) Если польза от такой операции превосходит возможный вред;
- 3) Если такая операция выполняться не с целью обмана кого-то, или же с целью изменения пола;
- 4) Если такая операция не становится причиной правовой путаницы.

Заключение: Такое хирургическое вмешательство одно лечит, а другое калечит, если вспомнить, то мы часто слышали об осложнениях после таких операций по преобразению и если углубляться в такой исход можно сделать вывод, что всё таки за каждый грех человек несёт определённую расплату, поэтому я думаю лучше не совершать не дозволенное и не подвергать себя такому риску. Лучше ценить и любить прекрасный дар Аллаха в какой бы форме она не была, тем самым проявляя благодарность за данное.

АТЕРОСКЛЕРОЗ: ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ

Азамова З.У. студентка 301 гр. леч. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Дон А.Н. доцент кафедры патологии и
физиологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Одной из глобальных проблем современной медицины, на сегодняшний день, является атеросклероз. В Узбекистане в 2023 году по данным Агентства статистики при Президенте Республики Узбекистан зафиксировано 172,8 тысяч летальных исходов. По состоянию на 1 января 2024 года первое место среди причин смерти занимают заболевания системы кровообращения - 61,1% [Пресс-релиз от 26.01.2024 г. Демографическая ситуация в Республике Узбекистан (январь-декабрь 2023 года). АГЕНТСТВО СТАТИСТИКИ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН].

Цель исследования. Подчеркнуть значимость проблем и открытых вопросов, касающихся атеросклероза, представить информацию о современных концепциях его развития. Данные цели служат основой для данного обзора актуальных научных исследований последних лет.

Материалы и методы. Содержанием этого исследования являются обширные научные публикации, доступные на различных открытых интернет-ресурсах научных платформ, журналов, сборников и монографий.

Результаты и обсуждение. Изначально, следует обратить внимание заинтересованных лиц на профилактику атеросклероза, нежели чем на его лечение. Станислав Сурма [2024] в своей работе, посвященной мониторингу

традиционных факторов риска атеросклероза, указал на то, что общепринятые методы профилактики эффективно уменьшают вероятность возникновения преждевременных сердечно-сосудистых событий. Так же автор отметил, что принципы профилактики преждевременного острого коронарного синдрома соответствуют «8 основных принципам жизни», которые включают диету, физическую активность, отсутствие никотина, здоровый сон, нормальные показатели индекса массы тела, липидов и глюкозы крови и артериального давления. Таким образом, эффективная профилактика преждевременного коронарного синдрома должна быть комплексной и фокусироваться на классических и неклассических модифицируемых факторах риска.

В исследованиях Н.А. Ганиевой , Э.Р. Джуровой «Место современных диагностических биомаркеров в развитии атеросклероза при системной склеродермии» [2023] показано, что при аутоиммунных воспалительных ревматических заболеваниях, таких как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, первичный антифосфолипидный синдром, системные васкулиты, одной из основных причин инвалидизации и смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, связанные с ускоренным развитием атеросклероза.

Представляется интересным фактор микропластик и нанопластик частиц (МНЧ), изученный группой ученых [Раффаэле Марфелла с соавт., 2024], освещенный в журнале New England Journal of Medicine. В этом исследовании пациенты с атеросклеротическими бляшками сонной артерии, у которых были обнаружены МНЧ, имели более высокий риск развития инфаркта миокарда, инсульта или смерти по любой причине через 34 месяца наблюдения, чем те, у которых МНЧ не были обнаружены. Ряд исследований демонстрируют, что микропластик и нанопластик (МНЧ) проникают в организм человека через системы пищеварения, дыхания и контакт с кожей, взаимодействуя с различными тканями и органами.

Авторы А.М. Чаулин и Д.В. Дупляков [2021] в своей работе посвященной исследованиям роли PCSK9 (англ. proprotein convertase subtilisin/kexin type 9, пропротеиновая конвертаза субтилизин-кексинового типа 9 - фермент-гидролаза, продукт гена человека PCSK9) в развитии атеросклероза отметили, что открытие белковой молекулы PCSK9 и исследование молекулярных процессов ее биосинтеза и регуляции метаболизма липопротеинов низкой плотности привело к разработке эффективных лекарств для коррекции дислипидемий, включая гиперхолестеринемию, которая является ключевым фактором риска для развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение. Атеросклероз бесспорно остается одной из важнейших проблем мировой медицины и, требует большого количества ресурсов для его дальнейшего изучения. В ходе 90-го конгресса Европейского общества атеросклероза (EAS), проходившего в Милане 21-25 мая 2022 года были выдвинуты идеи о продолжении работы по первичной профилактике атеросклероза на мировом уровне, предупреждение формирования, своевременного выявления и коррекции всех модифицируемых факторов риска его возникновения и развития, при этом пользуясь возможностями больших баз данных, искусственного интеллекта, новейших методов визуализации и лабораторной диагностики, а также персонализированного лечения с

НЕФРОТИК СИНДРОМ БИЛАН КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР.

Аллабердиев Б.Т

ТДСИ, “Физиология ва патология” кафедраси

доценти

Махкамова С.

ТДСИ, “Стоматология” факультети 208 гуруҳ талабаси

Мавжуд адабиётларда берилган маълумотларга кўра айрим мамлакатларда ушбу касаллик билан болалар асосан 2-5 ёшда, катталар 17-35 ёшда оғрийди. Шунингдек, нефротик синдром чакалокларда ҳамда кекса ёшли кишиларда ҳам (85 ёшдан юкори) учраши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Беморлар орасида аёллар ёки эркекларнинг устунлик қилиши, нефротик синдромни юзага чиқарувчи асосий касаллик билан боғлиқ. Кекса ёшли кишиларда буйрак касалликларининг ривож-ланишида буйрак фаолиятига таъсир этувчи инволютив ўзгаришлар, иммун тан-қислиги ҳолатининг мавжудлиги, сурункали қўшимча касалликлар, аввало юрак-қон томир тизимининг ҳолати алоҳида ўринни эгаллайди. Ёш ўтган сайин буйрак массаси кичиклашади, қон айланиши секинлашади, калийли ва натрийли осмотик эркин сув транспорти камаёди. Айрим адабиётларда берилган маълумотларга кўра, кекса ёшли беморларда нефротик синдромнинг ривожланишида буйракнинг турли касалликлари қатнашиши мумкин, жумладан, ўткир гломерулонефрит ва липоид нефроз. Мбакор ва бошқа муаллифлар олиб борган кузатишлар натижаларига кўра нефротик синдром билан касалланган кекса ёшли беморларнинг асосий қисмини мембраноз гломерулонефрит билан оғриган беморлар (41-43 %) ташкил қилган. Нефропатиялар кекса ёшли кишиларда тез авж олиб, асосан, буйрак етишмовчилиги билан кечган. Тринидад штатидаги иккита касалхонада 1989-1995 йиллар орасида (ўртача кузатиш даври 38 ой) идиопатик нефротик синдромли 57 та бола глюкокортикоидларга нисбатан жавоб реакциясига қараб таснифланган. Бунда беморлардан 27 тасининг ёши (47 % и) 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган. 37 тасининг (65 % и) келиб чиқиши Шаркий Хиндистонлик, 7 тасининг (12 % и) келиб чиқиши Африкалик ва 12 тасининг (21 % и) келиб чиқиши аралаш миллатли бўлган. Cameron берган маълумотларга кўра, текширишлар натижасида нефротик синдром билан 1000 дан ортиқ касаллар қайд қилинган бўлиб, шуларнинг 164 нафари қайд қилинган пайтда 60 ёшдан ошган ва касаллик энди пайдо бўлган. Cameron ўзи берган маълумотлар асосида касалликнинг ёшларга нисбатан қарияларда кўпроқ учрашига урғу беради. 60 ёшдан ошган кўпчилик беморларда буйрак фаолиятининг сезиларли даражада пасайиши кузатилиб, 59 % беморларда коптокчалар фильтрацияси 70 мл/мин дан паст бўлган. Беморларнинг ҳаётлик пайтидаги морфологик текширув натижаларини ўрганиш қон томирларидаги ўзгаришларнинг (плазматик тўйиниш, интиманинг гиперплазияси, периваскуляр склероз, коптокчаларнинг ишемик буж-майиши, коптокчалар капиллярларининг тромбози ва бошқалар) устунлик қилишини

кўрсатган. Тўртта турк боласини текшириш натижасида диффуз мезангиосклероз мавжудлиги аниқланган. Барча мижозлар қариндошлар ўртасида туғилган болалар бўлиб, уларнинг иккитаси рецессив ирсият таъсирини кўрсатувчи қарин-дошлар бўлган. Нефротик синдром таҳликаси шунингдек 3, 7, 11 ва 17 ойлик бўлган болаларда учраб, уларнинг барчаси 5. 11 ва 33 ойликларида инфекция асорати нати-жасида буйрак фаолиятининг издан чиқишидан вафот этишган.

Материаллар ва услублар: Ўз олдимизга кўйган вазифаларни ечиш учун клиник томондан нефротик синдром билан характерланувчи 104 та бемордан олин-ган биопсия материалларини ўрганиб чиқдик. Текширишлар учун керакли бўлган материаллар Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги 1–клини-касининг нефрология бўлимида даволанган беморлардан йиғилди. Беморларга қўйилган ташхис, уларни комплекс клиник-морфологик текширишлар асосида тас-диқланди. 104та беморда ҳар томонлама клиник-лаборатор текширишлар ўтқа-зилиб, шуларнинг 78 тасида керакли маълумотлар аниқланиб, баённомалар тўл-дирилди. Буйракнинг пункцион биопсияси ультратовуш сканер аппарати назорати остида "VIP" (Германия) ниналари ёрдамида амалга оширилди. Кейинги текширишлар учун касалликнинг протеинурик шакли билан оғриган 58 та бемор олинди. Текшириш учун олинган материаллар Гн нинг морфологик вариантларига боғлиқ ҳолатда, айна вариантларга мос келувчи гуруҳларга ажратиб чиқилди. Беморларнинг 58 тасида (74,4 %) сурункали Гн нинг протеинурик шак-ли, 19 тасида (24,3 %) аралаш ва 1 тасида (1,3 %) эса гематурик шакли кузатилди. Протеинурик шаклда аёл ва эркак беморлар орасида касалланиш деярли бир хил бўлиб, эркаклар 56,4 % ни, аёллар 43,6 % ни ташкил қилди, беморларнинг ўртача ёши $24,9 \pm 5,2$ йилга тенг бўлди. Сурункали гломерулонефритнинг морфологик шаклиларни аниқлаш мақсадида олинган биопсия намуналари гематоксинин ва эозин, Вангизон бўйича пикрофуксин билан бўялди, Шиф - йод кислотали реакцияси ўтказилди ва иммуно-флуоресценсия текширувлари ўтказилди.

Натижа ва муҳокамалар: Беморлардан 23 тасини мезангиопротролифератив, 14 тасини мембраноз, 11 тасини мезангиомембраноз, 4 тасини мезангиокапилляр, 4 тасини фибропластик, 2 тасини фокаль сегментар гломеруляр склероз ташкил қилди.

Юкорида кўрсатиб ўтилганидай, нефротик синдром юзага чиққан 14та беморда мембраноз Гн аниқланди. Уларнинг 8 тасини эркаклар, 6 тасини аёллар ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши $26,8 \pm 2,0$ га тенг бўлди.

Ушбу гуруҳга кирган беморларнинг оёқ, қўл, юз ва тана қисмларида авж олган шишлар кузатилиб, айрим беморларда шишлар анасарка боскичига етиб борди.

Бундан ташқари, беморларда гипопроteinемия, диспротеинемия (гипоальбумине-мия, гиперглобулинемия, гипер-альфа-2-глобулинемия, гипер-беттаглобулине-мия), гипер-бетта-липидемия, гиперхолестеринемия гематурия, лимфоцитурия, цилиндрурия, 3,5 г/с дан юкори бўлган протеинурия, гиперфибриногенемия, коптокчалар филтрациясининг камайиши кузатилди.

Сурункали буйрак етишмовчилиги узок муддат ўртача ва оғир боскичларда

кечганида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларининг десквамацияси, атрофияси ва гиперкератозининг юзага келиши аниқланди. Эпителий қопламнинг шикастланиши, базал қатлам хужайраларининг митотик фаолиятининг ошиши ҳисобига қопланади. Оғиз бўшлиғидан, шикастланган эпителий орқали оғиз бўшлиғи шил-лиқ қаватининг шишган тўқималари орасига бактерияларнинг кўп микдорда кириб бориши, шиллиқ қаватга лейкоцитларнинг эмиграциясини кучайтириб лейкоцит-лардан иборат инфилтратларнинг шаклланишига олиб келади.

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОБЛЕМ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

Артикова Жасмина Олимжон кизи 102 гр. Стоматологического факультета ТГСИ

Научный руководитель: Умирзакова Наргиза Акмаловна. Доцент кафедры общественных наук, с курсом биоэтики

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: Философия и медицина тесно связаны между собой. Философия рассматривает предмет познания теоретически, в то время как медицина носит прикладной характер. Дополняя друг друга, они дают нам полную картину о жизни человека и его важности.

Цель исследования: Рассмотреть точки соприкосновения проблем философии и медицины.

Материалы и методы: Одним из взаимосвязи проблем философии и медицины, является связь между душой и телом.

Данная связь изучается в разделе психосоматики. Психосоматика – это раздел в медицине, исследующий воздействие души на физическое тело. У человека есть душа и тело, которыми он был наделен при сотворении. В видимом теле проявляется невидимая душа. Поэтому по внешнему виду можно понять характер и судьбу человека. Тело является отражением души и действует, следуя ее велениям, что дает возможность человеку жить и стремиться к достижению цели, определяемой душой. Центральное место в теле человека занимает душа. Поскольку тело связано с душой, которая является центром, тело должно действовать, повинаясь указаниям души.

Что такое душа? Это частичка нас самих, получившая любовь Создателя, Небесного Отца. Без причины не может быть и следствия. Душа важна, и тело тоже важно, но важнее всего единство души и тела. Оно нам жизненно необходимо. Если же душа и тело уравновешены, мы не испытываем беспокойства. Даже если объединится весь мир, но наша душа и тело не объединятся, мы будем несчастны.

Великий философ Платон в «Хармидах» писал: «...величайшей ошибкой в лечении болезней является то, что есть врачи для тела, есть врачи для души, но одно не отделимо от другого...». Отец медицины Гиппократ также утверждал, что организм – это единая структура и необходимо искать и устранять причину болезни, а не только её симптомы. Также врач – философ Гален не раз говорил,

что важно исцеление духа, а не только плоти. «хороший врач должен быть философом», говорил Гален.

Результаты и обсуждение: При появлении тревожных симптомов и болей большинство людей первым делом, не думая о своём состоянии души направляются к врачу, думая что все болезни появляются из – за нарушения в той или иной части тела. Тогда как стоит задуматься о своём состоянии души. Ведь в основном большинство наших болезней вызвано подавлением чувств и эмоций. А ведь наше эмоциональное состояние тесно связано с телом. Качество жизни каждого из нас сильно зависит от нашего настроения. Наверное каждый из нас замечал, что все дела удаётся сделать хорошо, если мы настроены позитивно. Состояние души человека и его спокойствие является основой для здоровья всего нашего тела.

Заключение: Учитывая всё вышесказанное следует отметить, что философия, как предмет теоретического и медицина, как предмет прикладного познания тесно связаны между собой. Также доказательством этому могут послужить произведения не только философов – медиков Европы, но и произведения Абу Али ибн Сина, который также утверждал, что исцелять надо душу, а затем тело.

Я считаю, что хороший врач должен уметь правильно подобрав слова, находить ключи к сердцам и душам своих пациентов и исцелять душу и тело одинаково.

РАЗВИТИЕ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДТУРИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.

Вахабова С.Д., студентка 301 С группы факультета детской стоматологии.

Научный руководитель: Камилова Д.Н., доцент кафедры Общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Актуальность. Всем хорошо известно, что будущее медицины напрямую связано с развитием частного сектора. Это создаст здоровую конкурентную среду в системе, повысит качество медицинской помощи и приведет к экономии бюджетных средств за счет снижения нагрузки на государственные учреждения.

Одно из главных достоинств привлечения частного сектора в сферу здравоохранения заключается в его способности к инновациям. Вместе с тем частный сектор позволяет значительно расширить спектр оказываемых населению медицинских услуг. Частные клиники и больницы, работающие по принципу конкуренции, обеспечивают большой выбор медицинских услуг для пациентов. Это, в свою очередь, способствует повышению доступности и качества медицинского обслуживания.

Целью исследования является анализ развития частного сектора системы здравоохранения в Республике Узбекистан.

Материалы исследования и обсуждения. В целях оказания всесторонней помощи развитию частного сектора здравоохранения, создания необходимых условий для частных организаций для предоставления качественных медицинских услуг населению был принят Указ Президента Шавката Мирзиёева «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» от 1 апреля 2017 года. В соответствии с данным законом во всех регионах страны особое внимание уделяется строительству частных медицинских учреждений и расширению спектра медицинских услуг, которые они предоставляют. Сразу за следующий год после принятия закона было организовано более 400 частных клиник, в том числе 115 - в Ташкенте. Постановлением предусмотрено кардинальное расширение видов медицинской деятельности, разрешенных для частных медицинских организаций, включая такие востребованные сферы медицины, как кардиохирургия, нейрохирургия, микрохирургия, онкология, эндокринология, кардиология, сосудистая, торакальная и абдоминальная хирургии, урология и другие, с охватом всех видов медицинской деятельности, кроме тех, которые связаны с высоким уровнем риска для жизни, здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В общем и целом, документ направлен на усиление всестороннего содействия развитию частного сектора здравоохранения, создание условий для оказания частными медицинскими организациями качественных высокотехнологичных медицинских услуг населению, расширение привлечения в сферу частной медицины иностранных инвестиций и высококвалифицированных зарубежных специалистов. Так же, концепция охватывает такой актуальный вопрос на сегодняшний день, как медицинский туризм.

Медицинский туризм набирает сегодня все большую популярность. Миллионы людей ежегодно отправляются в другие страны с целью пройти там лечение и совместить отдых с получением высококвалифицированной медицинской помощи. Для поднятия этой сферы на новый уровень у нас в стране есть все необходимые условия: живописная природа, мягкий климат, обилие солнца, а также немаловажный фактор — доступность цен. Медицинский туризм в нашей стране только начинает зарождаться как целевое направление и составляющая государственной политики. В клиники Узбекистана всегда приезжали на лечение, консультирование граждане соседних стран. Однако они прибывали самостоятельно, напрямую в учреждения, без обращения в специализированные турагентства и специально созданные отделы развития медтуризма. Высокое качество предоставляемых услуг и доступные цены на них притягивали и будут продолжать привлекать иностранных граждан в Узбекистан, поэтому у медицинского туризма здесь большие перспективы.

Заключение. Подытожив, можно прийти к выводу, что частный сектор в нашей республике движется стремительно вперед. За последние 6 лет количество частных медицинских организаций увеличилось в 2,5 раза и достигло 8,5 тысяч, их оснащение высокотехнологичным медицинским оборудованием выросло в 3 раза. Наиболее развита специализация частных медицинских организаций в области стоматологии, лабораторной диагностики, терапии, физиотерапии,

неврологии и других. На сегодняшний день более 67% частных медицинских учреждений находятся в Ташкенте.

За рассматриваемый период доля частного сектора в сфере медицинских услуг увеличилась более чем на 20 процентов. Ожидается, что к 2025 году этот показатель достигнет 50 процентов, а к 2030 году — 80%.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ.

*Вахабова С.Д. студентка 301Б группы факультета детской
стоматологии*

*Научный руководитель: Шагулямова К. Л., ассистент кафедры
Физиологии и патологии Ташкентский Государственный Стоматологический
Институт, Узбекистан.*

Актуальность. ВИЧ-инфекция является актуальной проблемой во всем мире. ВИЧ вот уже много лет остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день этот вирус унес 40,4 миллиона [32,9–51,3 миллиона] человеческих жизней и передача инфекции продолжается во всем мире. ВИЧ поражает белые клетки крови, что приводит к ослаблению иммунной системы. Это повышает вероятность развития таких заболеваний, как туберкулез, инфекционные болезни и некоторые виды онкологических заболеваний. ВИЧ передается через разные жидкости организма инфицированных людей, включая кровь, грудное молоко, семенную жидкость и вагинальные выделения. Передачи инфекции не происходит при поцелуях, объятиях или совместном употреблении пищи. ВИЧ также может передаваться от матери ребенку.

Актуальность проблемы ВИЧ/СПИД заключается в том, что данное заболевание не является только медицинской проблемой. Её распространение, затрагивает все сферы жизни общества и касается каждого из нас. Взгляд на эпидемию как на проблему асоциальных людей отошли в прошлое. В настоящее время ВИЧ-инфекция проникла во все слои населения, включая благополучные, не причисленные к «группам риска», но практикующие рискованное поведение.

Целью исследования является выяснение влияния ВИЧ инфекции на ротовую полость, непосредственно изучение структуры грибковых патогенов слизистой ротовой полости у ВИЧ-инфицированных с клиникой орофарингеального кандидоза.

Материалы и методы. Кандидоз полости рта при ВИЧ является одним из первых и очень распространённых признаков, которое встречается у 75 % пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и со СПИД. Это грибковое поражения слизистой оболочки полости рта, вызываемое грибами рода *Candida*. Ощущения у больного могут отсутствовать или появляются жалобы на сухость во рту, ощущение жжения, боли в сосочках языка, чувство стягивания слизистой губ.

Выделяют несколько форм кандидоза:

• **Псевдомембранный (дифтерийный) кандидоз** — самый характерный при ВИЧ инфекции. На слизистой оболочке рта имеется серовато-белый налет, напоминающий творожистые массы. Он легко снимается шпателем, под ним обнаруживается гиперемизованная слизистая оболочка. Локализуется налет преимущественно на слизистой оболочке щек, неба, языке, дне полости рта, деснах.

• **Эритематозный (атрофический) кандидоз** — проявляется в виде красного, плоского, едва различимого поражения спинки языка или твердого либо мягкого неба. Цвет пораженной слизистой оболочки варьирует от светло-розового до багряно-красного, налета нет. Больные жалуются на жжение во рту, чаще всего — при приеме соленой или острой пищи и употреблении кислых напитков.

• **Хронический гиперпластический кандидоз** — наиболее редкая форма. На слизистой появляются белые темно-коричневатые поражения, которые возвышаются над слизистой и не соскабливаются, имеют шероховатую поверхность. Поражения могут быть в виде пятна, полос, колец.

Заключение. Инвазивный кандидоз у ВИЧ-инфицированных пациентов протекает в виде острого диссеминированного процесса, характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. В одной трети случаев этиологической причиной заболевания является смешанная грибково-бактериальная флора.

Клиническая картина инвазивного кандидоза сходна с бактериальным сепсисом, что приводит к трудностям в диагностике заболевания.

Факторами риска возникновения инвазивного кандидоза у ВИЧ-инфицированных пациентов являются: выраженный иммунодефицит (CD4 меньше 200 кл/мкл), отсутствие антиретровирусной терапии и наличие очагов поверхностного кандидоза.

Диагностика гематогенной диссеминации кандидоза должна проводиться всем ВИЧ-инфицированным пациентам при наличии опорных симптомов: лихорадки, резистентной к антибиотикам широкого спектра действия; острой дыхательной недостаточности и поражения легких: 2 и более очагов поверхностного кандидоза и снижении CD4 меньше 200 кл/мкл.

Имидж врача

Ташкентский Государственный стоматологический институт
Доцент кафедры «Общественное здоровье,
управление здравоохранением,
и физической культуры» К.М.Н.Д.Камилова.

Ташкентский Государственный стоматологический институт
Клинический ординатор Рахматуллаева Дилноза

*«У нас лишь четыре метода контактов с людьми.
Они судят о нас на основании того, что мы делаем,*

Д.Карнеги

Имидж (англ. image — образ, от лат. imago — имитировать) — не просто образ, а целенаправленно сформированный образ кого-либо или чего-либо, содержащий некоторые ценностные характеристики и призванный оказать эмоционально психологическое воздействие на целевую аудиторию в целях популяризации, рекламы и т.д.

В этом современном значении термин «имидж» впервые употребил З.Фрейд, издававший в 1930х гг. журнал под таким названием. С 1940х гг. термин «имидж» стал использоваться в рекламе и деятельности по связям с общественностью.

Имидж -фактор коммуникации, который является посредником во взаимодействии между его носителем и воспринимающим лицом. Сознательное управление имиджем всегда рассчитано на реализацию некоторых целей отправителя — имидж формирующей информации. Имидж всегда креативен. Создатель имиджа пытается вызвать те реакции, в которых он заинтересован. Имидж является составной частью делового общения и одним из факторов делового успеха. Как правило, понятие имиджа касается конкретного человека, но может распространяться и на определенную организацию, профессию и т.д.

Мы остановимся на самом популярном и уважаемом имидже врача:

Профессиональный имидж врача — это образ, который полностью соответствует специфике профессии, это впечатление о специалисте, которое создается у его пациентов, коллег, руководителей и подчиненных. Общий образ врача состоит из личностного и профессионального имиджа, имеющего размытые границы и четкие требования, несоблюдение которых приводит к недоразумению и пренебрежительному отношению к специалисту. Формирование профессионального имиджа — это умение создать положительный образ, который подчеркнет лучшие качества специалиста, как личностные, так и деловые. К сожалению, сегодня негативное отношение к врачам со стороны населения в большинстве случаев обусловлено в том числе и составляющими профессионального имиджа, который включает не только уровень профессиональной подготовки, но и внешний вид специалиста, манеру его этикетного поведения, общения с пациентами, коллегами, наличие эмпатии, тактичности, вежливости, умение соблюдать конфиденциальность. Профессиональный имидж — это полиметрическое явление с разнообразными функциями, главное назначение которого — достижение эффекта личностного притяжения. Врач первичного звена одним из первых контактирует с семьей, и от его межличностной адаптации, профессионального образа зависит отношение населения к медицине в целом и качество оказания медицинской помощи.

Профессия врача требует определенных имиджевых характеристик, которые должны соответствовать требованиям социума и месту работы: высокого уровня профессиональной компетентности, умения контролировать свои эмоции, культуры речи, устного и письменного общения, соответствующего внешнего вида и манеры поведения.

Составляющими врачебного имиджа являются внутренний и внешний компоненты. Внутренний компонент представлен психологическим понятием «Я концепция», формирование которой происходит в течение всей жизни и включает представления личности о себе, представления о том, какое впечатление она производит на окружающих, и реакцию человека на обратную связь с окружающими. Коррекция и управление внутренним компонентом требуют достаточно серьезных подходов и более длительного периода времени. Внешний компонент имиджа состоит из габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного и средового имиджа, что значительным образом влияет на профессиональную успешность.

Составляющими габитарного имиджа являются внешний вид и физическая конституция. Статус места (лечебное учреждение) и социальная роль, выполняемая личностью, требуют соблюдения определенного профессионального дресскода. Медицинская одежда достаточно консервативна и уже на протяжении многих веков традиционна. В подсознании большинства людей белый халат ассоциируется с представлением о респектабельности, доверии к профессионализму и квалификации врача.

История происхождения белого халата имеет несколько версий. По одной из них впервые спецодежду в гардероб врача ввел английский врач гигиенист Джозеф Листер в 1860 году, стремясь снизить смертность рожениц и новорожденных от сепсиса. Он настоял на необходимости обязательного кипячения белого халата до и после использования, что действительно привело к снижению смертности матерей и детей. Требования к медицинскому халату, который остается самым популярным видом медицинской одежды, предусматривают его обязательную чистоту, опрятность в ношении, определенную, настраивающую на рабочую обстановку длину и степень прозрачности халата. Физическая конституция как составляющая имиджа определяется доброжелательностью, здоровым и ухоженным внешним видом. Врач должен быть таковым или как минимум производить такое впечатление. Ухоженность не стоит дорого, требует небольших усилий и при этом показывает, что человек уважает и себя, и тех, с кем работает, и тех, кому призван оказывать помощь.

В рамках своей профессиональной деятельности эффективность действий врача во многом определяется коммуникативным имиджем — умением общаться. Прежде всего это необходимо для гармонизации интересов пациентов, его родственников, лечебного учреждения и лично врача. Специалист, который призван оказывать помощь другим людям в рамках своей профессиональной деятельности, должен уметь адаптировать свое поведение с целью установления наиболее оптимальных отношений с участниками коммуникации. Чтобы продемонстрировать уважение, необходимо общаться с пациентом, как с личностью, а не только как с носителем определенной патологии. Тактичность, гибкость и эмпатия необходимы врачу всякий раз, когда следует совершать над собой усилие, выслушивая личную историю пациента, претензии родственников, замечания коллег и руководства.

В профессиональном общении необходимо знание определенных

правил вербальной коммуникации, принятых в социуме в целом и в обстановке профессионального общения в частности. Универсальным средством коммуникации и знаковой системой для передачи информации является речь. Основной задачей речевого этикета в общении врача и пациента является установление контакта и поддержание официально вежливых отношений. Среди профессиональных качеств, характеризующих вербальное поведение врача, наиболее значимые: владение литературным языком, общая эрудиция, кругозор, умение четко формулировать свою мысль. Для создания позитивной атмосферы общения в рамках профессиональной деятельности необходимы доброжелательность, терпеливость, внимательность, уважение к собеседнику. Естественной и единственной уважительной формой обращения к пациенту независимо от пола, возраста, социального статуса является обращение на «вы». Этикетные правила отражают существенные для данной среды морально--этические нормы, связанные со статусно ролевыми характеристиками участников диалога и с их социально значимыми биологическими признаками (мужчина — женщина, старый — молодой, больной — здоровый, начальник — подчиненный). На период общения с пациентом личные интересы и потребности врача должны отойти на второй план, а предпочтение отдается интересам и потребностям собеседника. Необходимо помнить, что речь понятна слушателям, только если человек говорит со скоростью, не превышающей 2,5 слова в секунду, человек перестает слушать фразу, произносимую без паузы дольше 6 секунд, запрещено наносить ущерб собеседнику содержанием или формой высказывания. От умения врача владеть словом, от уровня его речевой культуры зависит профессиональная компетенция.

Ментальный имидж врача в основном определяется морально--этическими установками и ценностями, мировоззрением, широтой интересов, отношением к делу. Ментальный имидж — это внутренний мир человека, проявляющийся при взаимодействии с другими людьми. Человек ведет себя определенным образом не потому, что он законопослушен и опасается наказания, а потому, что он не может поступить иначе в силу своих внутренних убеждений и накопленных моральных ценностей. От нравственного впечатления, производимого врачом, зависит отношение к нему как к личности, возможность и эффективность сотрудничества для достижения результатов. Внешние и внутренние составляющие имиджа взаимосвязаны и зависимы, что необходимо учитывать, создавая профессиональный и личный образ и стиль.

Формирование имиджа — процедура, направленная на создание у людей (аудитории имиджа) определенного образа объекта (прототипа имиджа, будь то человек или организация) с определенной оценкой этого образа в виде осознаваемой или неосознаваемой мысли об этом образе (о прототипе имиджа) для достижения психологического притяжения аудитории к данному объекту

Таким образом, имидж специалиста является одним из главных атрибутов его профессиональной деятельности. Задача создания профессионального имиджа врача должна быть осознанным выбором и быть ориентирована на общие каноны, сформировавшиеся в результате исторической медицинской практики. Это прежде всего высокий уровень профессионализма,

нравственность и наличие эмпатии. Необходимо помнить, что создание достойного образа требует значительных сил, времени и материальных вложений, а потеря репутации может произойти мгновенно.

Мы рассмотрели с вами два очень близких друг другу близких специальностей, которые в своей деятельности в основном общаются с окружающими людьми. Значит имидж – это инструмент, помогающий выстраивать отношения с людьми. Так же это основа эффективной коммуникации, основа эффективной работы не только руководителя но и любого специалиста, работа которого связана с общением.

Как мы определили имидж педагога или врача это сложившийся стереотип образа в представлении учащихся, коллег, пациентов и социального окружения. В развитии личностно-педагогического или врачебного имиджа и индивидуального стиля педагогической или врачебной деятельности приоритетным считается становление личностного имиджа, как условие формирования педагогического или врачебного профессионального имиджа.

У вас должно сложиться вполне определенное представление о том насколько вы соответствуете имиджу успешного руководителя, преподавателя или врача который любит свою работу и делает ее мастерски. А получив такое представление следует задуматься о путях и средствах воплощения мечты в вашем лице. И помните: имидж обязан быть убедительным. Ваше обаяние и привлекательность должны естественно происходить из следования некоторым нехитрым правилам.

Список литературы:

Збронская М.А. Внутренняя структура имиджа . М.А. Збронская. — М.: Синтон, 2005. 305 с.

Наумова С.А. Имиджелогия: Учеб. пособие С.А. Наумова — Томск, 2004. — 116 с.

Панасюк А.Ю. Формирование имиджа. Стратегия, психотехнологии, психотехники / А.Ю. Панасюк. — М.: ОМЕГАЛ, 2008. — 266 с.

Формановская Н.И. Речевой этикет и культура общения / Н.И. Формановская. М.: Высшая школа, 2000. — 159 с

Захарова,С.Н. Имидж педагога как составляющая профессиональной компетентности / С. Н. Захарова.—Текст: Молодой ученый.—2016.№5.1 (109.1).С.16-18.URL: <https://moluch.ru/archive/109/26316/> (дата обращения: 22.12.2020).

Библиотека успеха «Основы имиджа» О.К.Шанс
Д.Карнеги

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Жабборов А.У. магистр 1-го курса

Рустамова Х.Е. профессор, д.м.н

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Дентальная имплантология — это область стоматологии, которая активно развивается и внедряет новые методы и технологии для улучшения результатов лечения и удовлетворения потребностей пациентов. В последние годы исследования в этой области сосредоточены на разработке инновационных методов исследований и их применении для повышения эффективности имплантационных процедур.

Цель нашего исследования заключается в оценке роли методологии научных исследований в дентальной имплантологии и выявлении перспектив применения доплерографии для повышения эффективности имплантационных процедур.

Материалы и методы исследования изучение и анализ литературы и результаты предыдущих работ в данной области с целью определения наиболее перспективных направлений исследований.

Результаты исследования. Проведен комплексный анализ современных методологических подходов в дентальной имплантологии, выявлены их основные преимущества и недостатки, а также определены перспективы применения доплерографии для предсказания успешности операции и предотвращения осложнений. Проведенный анализ литературных источников позволил сделать вывод, что необходимо обратить внимание на роль методологии научных исследований в дентальной имплантологии и перспективы применения доплерографии в данной области. Приживаемость зубных имплантатов во многом зависит от правильной последовательности и техники оперирования, но немаловажным остается кровоснабжение челюстных костей.

Исходя из проведенного анализа можно отметить, что ультразвуковая доплерография используется во многих отраслях медицины, в силу развития технологий и улучшения диагностики, данный метод можно использовать при дентальной имплантации, прогнозируя успех проведения операции, предсказывая возможные риски развития воспалительных, гнойных процессов в послеоперационной зоне, и во многом может помочь имплантологам в дальнейшем ведении больных. Дальнейшие исследования в этой области могут значительно повысить эффективность и безопасность дентальной имплантации и улучшить результаты лечения пациентов.

СИНТЕЗ ЦЕЛОСТНОГО И АНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЛЕЧЕНИЮ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ХОЛОРЕДУКЦИОНИЗМА В ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ.

Жумаева Лариса Хайрулла кизи студентка 201 гр.ПИМУлеч. факультета международного образования ТГСИ

Научный руководитель: Мухамедова З.М., профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики

Актуальность: В современном мире наблюдается рост интереса к интегративной медицине, которая сочетает традиционные и нетрадиционные подходы к здоровью и лечению. Холоредукционизм, как концепция, подчеркивает важность целостного взгляда на организм и может предложить новые перспективы для интегративной практики

Цель исследования: Изучить, как синтез целостного и аналитического подходов через призму холоредукционизма может улучшить результаты лечения в интегративной медицине.

Материалы и методы: Анализ научной литературы, клинических исследований и практических случаев применения холоредукционизма в интегративной медицине. Использование качественных и количественных методов для оценки эффективности подходов.

Результаты и обсуждение: Ожидается, что синтез целостного и аналитического подходов приведет к более глубокому пониманию механизмов здоровья и болезни, а также к разработке новых стратегий лечения, которые будут учитывать уникальные особенности каждого пациента.

Интегративная медицина представляет собой подход к здоровью и лечению, который стремится объединить лучшее из традиционной медицины и альтернативных методов лечения. Холоредукционизм в этом контексте может рассматриваться как философия, которая сочетает целостный взгляд на человека (холизм) с детальным анализом биологических процессов (редукционизм). Это название подчеркивает процесс интеграции и взаимодействия между целостным взглядом на здоровье человека и точным анализом биологических процессов, что является ключевым в интегративной медицине. Оно также отражает динамичность и глубину подхода, который стремится к гармоничному сочетанию различных аспектов здоровья и лечения.

Целостный подход учитывает физическое, психологическое, социальное и духовное благополучие человека. В медицине это означает, что врачи и пациенты смотрят на здоровье и лечение не просто как на борьбу с болезнями, но и как на возможность улучшения общего качества жизни.

Аналитический подход фокусируется на конкретных биологических механизмах, которые вызывают заболевания, и на научно обоснованных методах их лечения. Это включает в себя использование лабораторных тестов, медикаментов и хирургических вмешательств для лечения и предотвращения болезней.

Холоредукционизм в интегративной медицине стремится соединить эти два

подхода, чтобы предложить более комплексное и персонализированное лечение. Например, при лечении хронического заболевания интегративный врач может использовать медикаментозное лечение для контроля симптомов (редукционизм), в то же время применяя методы улучшения общего благополучия пациента, такие как изменение образа жизни, диета и стресс-менеджмент (холизм).

Этот подход может включать:

Использование доказательной медицины: Применение методов лечения, подтвержденных научными исследованиями.

Персонализированное лечение: Учет индивидуальных особенностей каждого пациента, включая генетику, образ жизни и предпочтения.

Мультидисциплинарный подход: Сотрудничество между специалистами различных областей медицины для обеспечения комплексного лечения.

Профилактика: Акцент на предотвращении заболеваний через здоровый образ жизни и раннее выявление рисков.

Заключение.

Холоредукционизм, как концепция, подчеркивает важность целостного взгляда на организм и может предложить новые перспективы для интегративной практики. Таким образом, интегративная медицина через призму холоредукционизма предлагает глубокий и многоаспектный подход к здоровью и лечению, который может быть более эффективным для некоторых пациентов, чем традиционные методы.

Литература

1. Denise Millstine , MD, Mayo Clinic Обзор интегративной, комплементарной и альтернативной медицины. 2021
<https://www.msmanuals.com/ru>

2. Харитонов В.И., Потапов В.Н. Интегративная медицина – это медицина будущего. 2011.
<https://journals.iea.ras.ru/medanthro/article/download/261/348?inline>

3. Интегративная медицина и лечение рака. <https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/integrative-therapies-cancer-treatment>

ЗА ВОСПРЕПЯТСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ – АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕСТВЕННОСТЬ.

Жуманазарова.Д.К. студент 404 гр.стом. фак.ТГСИ

Научный руководитель: Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, старший преподаватель Шаниязов Ш.С.

Актуальность. Президент подписал Закон от 27 марта 2023 г. №ЗРУ-827 «О внесении дополнений в Кодекс Республики Узбекистан об административной ответственности в связи с установлением ответственности за воспрепятствование законной медицинской деятельности медицинского работника». Причиной внедрения данного закона стали случаи нападения на медицинских сотрудников, конфликты на дороге с участием машин скорой

помощи. Данная статья необходимая мера на ситуации, когда машине скорой помощи не предоставляют преимущественное движение, мешают проезду, тем самым теряется время на оказание помощи пациенту, а также на ситуации прямого воздействия на врача, что в свою очередь приводит к причинению пациенту тяжкого вреда здоровью или же к летальному исходу. По статистическим данным с такой проблемой сталкиваются от 39% до 76% сотрудников лечебных учреждений.

Цель исследования. Целью исследования является рассмотреть случаи и понятие об использовании статьи. Насколько внедрение статьи уменьшило случаи нападения на медицинских сотрудников.

Материал и методы. В этом исследовании данные были собраны посредством опросов, проведенных сотрудниками районных поликлиник, также сотрудников скорой помощи. В 2017-2019 годах было зафиксировано 266 случаев нападения на врачей системы экстренной и скорой медицинской помощи.

Результаты. В соответствии с документом устанавливается административная ответственность (ст. 197⁷) за воспрепятствование законной медицинской деятельности медицинского работника или с этой целью незаконное воздействие в любой форме на медицинского работника. В качестве наказания предусмотрен штраф на граждан от 5 до 7, а на должностных лиц – от 7 до 10 БРВ или административный арест до 15 суток. Однако в действующем Кодексе Республики Узбекистан об административной ответственности не устанавливается прямая ответственность за незаконное воздействие в различных формах на медицинских работников, выполняющих свои служебные функции, а также за воспрепятствование законной медицинской деятельности медицинских работников, связанной с оказанием медицинской помощи. В действующем уголовном законодательстве относительно лёгкие меры ответственности за нападение на выполняющих свои служебные обязанности медицинских работников и нанесение им при этом телесных повреждений. В результате наносящие выполняющим служебные обязанности медицинским работникам даже непоправимые ранения виновники иногда остаются без наказания. Из-за этого у медработников появляется мнение о бесполезности обращения в правоохранительные органы. Согласно статистике, только один из пяти врачей, попавших в такую ситуацию, обращается в правоохранительные органы с просьбой привлечь виновного к ответственности.

Заключение. Принятие настоящего Закона должен послужить защите прав медицинских работников и предотвращению различных вмешательств в их профессиональную деятельность, повышению статуса и авторитета профессии врача, оказанию гражданам своевременной и качественной медицинской помощи.

Литература:

1. «Статья 197⁷. Воспрепятствование законной медицинской деятельности медицинского работника
2. “Закон о здравоохранении Республики Узбекистан.”

3. Всемирная организация здравоохранения. “Отчеты о состоянии здравоохранения в Узбекистане.”
 4. Национальные статистические данные Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
 5. Исследовательские работы по вопросам реформирования системы здравоохранения в Узбекистане.
 6. “Мировые практики в области здравоохранения: Успешные модели и стратегии”, Международный журнал здравоохранения.
 7. Отчеты международных организаций о проблемах здравоохранения в развивающихся странах.
 8. Публикации по вопросам финансирования здравоохранения и управления медицинскими ресурсами.
-
9. Аналитические статьи о роли информационных технологий в современной медицине.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Зухуржанова З.А. магистр I курса

Рустамова Х.Е. профессор, д.м.н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) растёт из года в год, и особенно появилась тенденция к омоложению этого недуга. Если раньше онко-маммологи, считали, что РМЖ встречается в большинстве случаев после наступления менопаузы, то сейчас РМЖ встречается и у девочек-подростков.

На уровне Республики Узбекистан ежегодно проводится скрининг, форумы и профилактические мероприятия по борьбе с РМЖ. Первостепенное значение при обнаружении РМЖ стоит ежемесячное самообследование молочной железы, которое значительно помогает распознать РМЖ на ранних стадиях развития, затем стоят инструментальные, генетические и иммуногистохимические методы исследования.

Почему так важно проводить первичную профилактику? Ответ прост, факторы риска корректируются, тогда как опухолевые клетки ведут себя хаотично. Поэтому наша задача повысить уровень знаний женского населения и снизить риск развития РМЖ.

Цель исследования. Провести анализ литературных источников посвященных исследованиям по профилактике рака молочной железы.

Методы и материал исследования. Проведен анализ результатов исследований различных авторов по вопросам распространенности и профилактике заболеваний РМЖ.

Результаты исследования. Проведенный анализ литературных источников позволил сделать вывод, что для предотвращения увеличения факторов риска развития РМЖ значимым является ген-супрессор опухоли, в норме

защищающий клетку от злокачественного перерождения. Основными факторами риска РМЖ являются стресс и нерегулярная недлительная половая жизнь, в результате которого в первую очередь развиваются гормональные нарушения, избыточный вес, отсутствие нормированного сна. Также следует учесть возрастные особенности женщин, так как в разные возрастные периоды идёт перестройка организма в целом, это раннее менархе и поздний климакс. Отсутствие беременностей и кормлений, позднее рождение первого ребенка, бесконтрольный прием оральных контрацептивов, прохождение заместительной гормонотерапии, наличие вредных привычек, ожирение, малоподвижный образ жизни и употребление нездоровой пищи составляют оставшуюся группу факторов риска развития РМЖ.

Одним из малозатратных методов обнаружения симптомов РМЖ как считают ряд исследователей это проведение женщинами самообследования грудных желез.

Таким образом можно сделать вывод, что, знание провоцирующих факторов и проведение ежемесячного самообследования может снизить риск развития РМЖ и/или обнаружить на ранних стадиях развития.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ ОДОНТОГЕННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимова Радмила Тахировна, 2022 год ПИМУ (ТГСИ)

*Научный руководитель зав.кафедры Микробиологии и фармакологии, ТГСИ,
к.м.н., доцент С.Ю.Курбанова*

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

В последние годы значительное внимание уделяется распространению резистентности бактерий к антибиотикам, дезинфектантам и антисептикам. Ограниченный выбор эффективных противомикробных препаратов, а также снижение темпов разработки и внедрения в клиническую практику новых препаратов борьбы с микроорганизмами знаменуют собой начало «постантибиотиковой эры». Эти факты вызывают бурную дискуссию и ставят большое количество крайне актуальных и неотложных вопросов, касающихся медицинских и эпидемиологических рисков [1–3]. В связи с этим внедрение наиболее эффективных препаратов местного воздействия для лечения поднижнечелюстных флегмон остается актуальной проблемой.

Цель исследования: совершенствовать результаты лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области у детей.

Задачи исследования: Изучать микрофлору биоптата флегмон челюстно-лицевой области у детей до и после оказания им терапевтического вмешательства. после оказания им терапевтического вмешательства.

Материалы и методы исследования. На базе микробиологических лабораторий было исследовано 45 проб содержимого десневой борозды. В работе представлены наблюдения за 45 детьми в возрасте от 7 до 11 лет с

одонтогенными флегмонами из обследованных мальчиков было 25 (56,67%), девочек 20 (43,33%) в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института.

Транспортировку материала в микробиологическую лабораторию проводили в тот же день на транспортных средах.

В основной группе, в которую вошло 22 пациента, медикаментозная терапия включала применение препарата «Секстафаг жидкий» в виде ротовых ванночек или введения в пародонтальные карманы турунд, пропитанных бактериофагом. Группу сравнения составили 23 пациента, у которых фармакотерапия включала применение традиционных антисептических и антибактериальных препаратов. В качестве антисептического средства для лечения использовался 0,006% раствор хлоргексидина биглюконата в виде аппликаций на пародонтальные ткани и инстилляций в пародонтальные карманы при помощи одноразового шприца.

Результаты исследования показали что, аэробные микроорганизмы (n=40) в гнойных ранах встречаются чаще, чем анаэробные (n=5). Среди наиболее распространённых аэробных бактерий превалирует Стафилококк золотистый, который был обнаружен у 65 % пациентов. Такие микроорганизмы как стафилококк эпидермис и стрептококк пиогенный встречается реже, у 10 и 12,5% больных детей соответственно. Также следует отметить что у 7,5% исследуемых выявлено стафилококк гемолитический, у 2,5% грибы рода Candida а также ассоциации микроорганизмов. У больных детей страдающих флегмонами челюстно-лицевой области превалирующее положение по высеваемости занимают стафилококки по всем трем видам, они же занимают ведущие положения как по количеству, так и по частоте встречаемости.

Интересно отметить, что у больных после поступления и вскрытия флегмоны в гное в 65 % случаев встречается патогенный стафилококк в количестве $7,10 \pm 0,5$ КОЕ/мл.

Положительная динамика состояния тканей пародонта наблюдалась в исследуемых группах уже после 2 сеанса лечения, однако в основной группе курс лечения составил в среднем 3-5 дн., в группе сравнения 5-7 дн. При этом пациенты группы сравнения отмечали неприятные вкусовые характеристики антимикробных препаратов. У трех пациентов этой группы после курса лечения отмечалось окрашивание зубов в коричневый цвет, у двух был диагностирован аллергический стоматит. Пациенты основной группы хорошо переносили процедуру фаготерапии, побочных явлений и аллергических реакций выявлено не было.

Таким образом, на основании проведенных клинико-микробиологических исследований можно сделать вывод, что эффективность фаготерапии с применением препарата «Секстафаг жидкий» в комплексном лечении больных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области сопоставима с эффективностью фармакотерапии данных заболеваний традиционными антимикробными препаратами. Однако, более выраженное действие препарат «Секстафаг жидкий» оказывает при лечении начальных форм заболеваний пародонта.

Так, мы видим фактически в ране микрофлора достигала наименьших показателей, при этом особенно радует элиминация штаммов патогенных стафилококков, фактически в ране в незначительных количествах высеваются штаммы условно-патогенных микробов.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Игамбердиева С.О, Масхутходжаева Э.Д.

*Студентки 3 курса международного факультета 301 б группа Рудн стом
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Шарипова П.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Актуальность. Широкое использование интернет-данных населением привело к распространению самолечения, что усугубляет течение многих воспалительных заболеваний в ротовой полости. По литературным данным, в последние годы количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области имеет тенденцию к увеличению. Вследствие этого проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний остается актуальной. В последние годы появились работы, в которых изучалась микроциркуляция крови при флегмонах челюстно-лицевой области. Изучение гематологических показателей при хирургической и лекарственной коррекции у больных с флегмонами и абсцессами челюстно-лицевой области не проводилось, поэтому наше исследование является актуальным и современным. Ежегодное увеличение числа больных с тяжелыми формами воспалительных патологий на примере флегмоны полости рта предполагает изучение не только причин, но и условий их развития, а также разработки профилактических мер.

Цель исследования: Изучить данные о последствиях домашнего самолечения, об их осложнениях и об изменениях гемограммы крови при появлении воспалительных заболеваний в полости рта с целью профилактики и предотвращения развития флегмоны в ЧЛО.

Материалы и методы исследования: Изучены показатели гемограмм и биохимии крови у 8 больных, находящихся на лечении в отделении ВЧЛХ ТГСИ, страдающих флегмоной полости рта.

Результаты собственных исследований: Нарушения микроциркуляторного русла под действием медиаторов воспаления, происходящие в тканях челюстно-лицевой области, являются ведущими патогенетическими факторами как в начале патологического процесса, так и в процессе развития, так и утяжеления всего заболевания. Изменение физико-химических свойств эритроцитов и их высокая агрегация могут стать ведущим звеном расстройств микроциркуляции, а также сдвига лейкоцитарной формулы и изменение содержания гранулоцитов. Проблема адекватного кровоснабжения тканей челюстно-лицевой области во многом связана с особенностями кровотока

на уровне микрососудов, что зависит от способности эритроцитов к агрегации (АЭ) и деформации.

Клинически у больных наблюдалась тенденция к распространению в воспаления в близлежащие ткани ротовой области с развитием инфильтрата с присоединением флюктуации, лимфадениты поднижнечелюстной области. При прогрессировании процесса, особенно при распространении гноя в соседние клетчаточные пространства наблюдается ограничение открывания рта и боль при глотании.

В гемограмме выявлено не резко выраженное снижение содержания гемоглобина (до 90-115 г/л). Обычно содержание эритроцитов и цветового показателя в крови редко меняется и близко к норме. Но время свертывания крови имеет тенденцию к увеличению до 30%. Состояние белой крови сопровождается в 90% случаев лейкоцитозом до 12-15 г/л.

У больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО нарастание местных изменений (инфильтрат, гиперемия, боль и др.) сочеталось с изменениями гемических показателей. В анализе крови наблюдается нейтрофильный сдвиг влево до палочкоядерных форм ($7,63 \div 0,52$ %), количество лимфоцитов в этот период резко снижалось в среднем до $12,85 \pm 1,5$ %, что говорит о снижении реактивных свойств организма. Вместе с этим отмечалась повышенная скорость оседания эритроцитов ($19,37 \div 1,39$ мм/час) и соответственное увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до $2,21 \div 0,20$.

Самолечение (чаще спиртовым раствором метрогила + спиртовым компрессом) привело к формированию обширных зон поражения, в основном на щечную область и боковую поверхность шеи.

Выводы:

1. Самолечением воспалительных заболеваний в ротовой полости в основном занимается население в возрасте 40-55 лет из-за большой занятости на работе и психо-эмоционального фактора обращаемости в стоматологам.
2. О тяжести состояния больных свидетельствуют значительные изменения в общем анализе крови.
3. Лечение флегмон челюстно-лицевой области в основном проводится комплексно вследствие тяжести состояния больного. До настоящего времени сочетание хирургического вмешательства и консервативной терапии является оптимальным. Обычно это требует значительных финансовых затрат.
4. Необходимо в средствах массовой информации, поликлинических учреждениях широко проводить профилактическую работу об осложнениях самолечения воспалительных заболеваний полости рта.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ХОЛИЗМА И РЕДУКЦИОНИЗМА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Инагамова С. Д. студентка 202 гр.лечебный факультет ТГСИ

Научный руководитель: Мухамедова З.М., профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики.

Актуальность- вопросы холизма и редукционизма остаются актуальными

в современной медицинской науке, так как они представляют собой два противоположных, но дополняющих друг друга подхода к пониманию жизни и живых организмов.

Цель исследования: Целью исследования является анализ влияния этих двух подходов на развитие теоретической биологии и медицины, а также понимание их роли в современных научных достижениях.

Материалы и методы: Исследование включает анализ научной литературы, исторических и современных примеров из биологии и медицины, где применялись принципы холизма и редукционизма.

Результаты и обсуждение: В медицинской практике примеры холизма и редукционизма проявляются в различных подходах к лечению и пониманию заболеваний. Например, редукционистский подход может сосредоточиться на лечении конкретного симптома или болезни с помощью медикаментов, в то время как холистический подход будет учитывать все аспекты жизни пациента, включая психологическое и социальное благополучие, для достижения общего исцеления.

В контексте COVID-19, социальный холизм на макроуровне показал свою эффективность в борьбе с распространением вируса, подчеркивая важность общественного здоровья и коллективных усилий. Это подход, который выходит за рамки индивидуального лечения и включает в себя меры общественного здоровья, такие как вакцинация и социальное дистанцирование.

Также важно отметить, что в современной медицине стремятся найти баланс между этими двумя подходами, признавая, что они не взаимоисключающие, а дополняют друг друга для достижения наилучших результатов в лечении и заботе о пациентах. Между холизмом и редукционизмом в биологических науках и медицине до сих пор существует огромный ряд нерешенных проблем. Оно заключается в том, что при наличии многоуровневой системы довольно затруднительно объяснять явления на отдельных ее уровнях, а также саму многоуровневую систему в целом. С другой стороны, объяснить все явления вышележащих уровней, используя лишь один базовый уровень, также не представляется возможным. Таким образом, в случае холизма мы имеем методологическую проблему, а в случае редукционизма получаем неадекватные или неполные модели объекта или изучаемого явления при наличии хорошо разработанной методологии. В этом случае перспективы редукционизма во многом предопределены экономически, так как использование данной методологии будет способствовать получению быстрых результатов, однако они будут не фундаментальны и, возможно, не значимы для большой науки.

Некоторые последователи слабого редукционизма уверены в огромных возможностях физики и в том, что в конечном счете с появлением новой методологии, в рамках неклассической, а может быть даже постнеклассической физики, будет возможно достаточное и полное объяснение природы феномена жизни. Последнее означало бы слияние холизма и редукционизма в рамках этой новой постнеклассической методологии. Нельзя забывать, однако, что в редукционизме при всей его популярности опускаются существенные моменты, которые затрагивают важные, не решенные вопросы биологии как науки о

живом: проблема морфогенеза (эпигенетическая проблема, проблема структуры, проблема регенерации, проблема целостности), проблема поведения (инстинкты, регуляция поведения, обучение, разумное поведение), проблема эволюции, проблема происхождения жизни, а также вопросы более высокого уровня – психологические и социальные проблемы. Поэтому сегодня особый интерес представляет рассмотрение физиологии и биологии в рамках не только слабого редукционизма, но и с позиций рационального холизма.

Результаты показывают, что хотя холизм и редукционизм часто рассматриваются как противоположные подходы, на практике они могут взаимодействовать и дополнять друг друга, способствуя более глубокому пониманию биологических и медицинских процессов.

Заключение: Интеграция холистических и редукционистских подходов может привести к новым открытиям и улучшению медицинских технологий, а также к более целостному пониманию здоровья и болезни.

БИОЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

Инагамова Сабина Давроновна

Студентка лечебного факультета (ТГСИ)

Научный руководитель: Умирзакова Наргиза Акмаловна

доцент (PhD) кафедры социогуманитарных наук с курсом биоэтики

Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ)

Аннотация: Сегодня нанотехнологии могут произвести революцию в здравоохранении, а также в предоставлении и доступности медицинских услуг. Однако, несмотря на значительные преимущества нанотехнологий, существуют проблемы тоже. В статье рассматриваются биоэтические проблемы нанотехнологий.

Актуальность. Гипотетически, нанотехнологии могут помочь решить многие глобальные проблемы человечества. В 2005 году Целевая группа Проекта тысячелетия Организации Объединенных Наций (ООН) по науке, технологиям и инновациям пришла к выводу, что нанотехнологии могут способствовать достижению Целей развития тысячелетия (ЦРТ), в частности, целей по снижению детской смертности, улучшению охраны материнского здоровья и борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

Цель исследования. Нанотехнологии могут произвести революцию в здравоохранении. Однако, несмотря на значительные преимущества нанотехнологий, существуют проблемы, которые вызывают беспокойство. В частности, существует неопределенность относительно ее потенциального воздействия на здоровье человека, окружающую среду и общество в целом.

Результаты и обсуждение. Нанотехнологии – это наше настоящее и будущее. Пожалуй, нет ни одной сферы жизнедеятельности человека, которую они бы не затронули. Говоря о перспективах использования нанотехнологий, именно в области медицины предложены и делаются попытки внедрения в жизнь одних из самых фантастичных проектов нанотехнологий. Создание

молекулярных роботов-врачей, которые «жили» бы внутри человеческого организма, устраняя все возникающие повреждения или предотвращая возникновение таковых, включая генетические. Нетрудно представить себе также преимущества, которые дадут нанотехнологии. Человечество раз и навсегда будет избавлено от опасности гемотрансфузионных инфекций ВИЧ, вирусов гепатита, малярийных паразитов и т. д. и посттрансфузионных реакций. Возможно избавление от малокровия, связанного с наследственными заболеваниями крови. Особенно такие наноустройства помогут при трансплантации в качестве носителя кислорода. Роботы способны обеспечить дыхание новорожденных младенцев при маточной асфиксии, травмах и других заболеваниях.

Исходя из вышесказанного, мы можем понять, что развитие нанонауки в медицине может значительно изменить человеческое существование, сделать жизнь более безопасной и менее обременительной.

Но тем не менее нанотехнологии могут создать массу проблем в плане биомедицинской этики. Например, вопрос оживления крионированных ныне людей. В настоящее время в печати открыто заявляется, что в ожидании успехов нанотехнологий следует наращивать темпы крионирования безнадежно больных людей. Такие заявления и действия несут в себе множество этических проблем. На самом деле, даже при самом высоком развитии нанотехнологий шанс на оживление таких людей является практически нулевым. Научные исследования свидетельствуют, что при замораживании теплокровного объекта больше сперматозоида происходит полный разрыв всех клеток вследствие перехода клеточной воды в лед. Отсюда ясно, что никакие наноремонтные клетки не смогут «собрать» заново фактический труп человека, восстановить все клетки, восстановить прерванные межклеточные взаимосвязи, нарушенные функции и т. д.

В этих условиях рекомендации развивать сегодня крионику нарушают множество принципов биомедицинской этики принцип «не навреди», «делай добро»; происходит осознанное поощрение эвтаназии и ятротаназии, путем обмана нарушается право человека на достойную смерть.

Множество проблем биомедицинской этики просматриваются и в других нанотехнологиях, которые могут быть внедрены в медицину в ближайшие десятилетия. Так, сразу возникнет проблема всеобщей их доступности и соблюдения принципа справедливого распределения ресурсов в медицине. Едва ли есть сомнение в том, что при нынешнем состоянии нравов современного общества нанотехнологий будут распределяться избирательно, в соответствии со служебной или денежной иерархией.

Возникнет также проблема регионарного эгоизма, технологии окажутся доступными в основном в тех регионах, где они будут разрабатываться или закупаться. ЮНЕСКО считает важнейшей задачей различных ее комитетов по биоэтике информирование общественности о проблемах нанотехнологий. Требуется чрезвычайно точного просчета проблемы продления жизни людей на земле за счет внедрения в организм молекулярных роботов, предотвращающих старение клеток, а также перестройки и «облагораживания» тканей

человеческого организма. Если не осуществиться другая нанотехнологическая проблема искусственного синтеза продуктов питания, то удлинение жизни человека может иметь самые тяжкие последствия.

Вывод. В заключении можно сказать, что в недалеком будущем нанотехнология может стать одной из ведущих отраслей современной науки. Перспективы самые радужные. Некоторые рассматривают ее как панацею от всех бед, другие грозят бедами при неосторожном ее использовании. Тем не менее, нанотехнологии – это уже настоящее.

ВЕЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЛОСОФИИ

Исакова Ш., студентка 2-ого курса Стоматологического факультета ТГСИ,.

Научный руководитель: Умирзакова Н.А., доцент кафедры общественных наук с курсом биоэтики ТГСИ

Ключевые слова: философия, философские теории, смысл жизни, размышления, конечность и бесконечность пространства и времени.

Аннотация: В работе рассматриваются вечные философские проблемы и их предполагаемые решения современными учеными и взгляды мыслителей древности на эти вопросы. Рассматривается множественность ответов на эти вопросы и приводится рациональность использования мыслительных способностей.

Актуальность. Человечество бесконечно задумывалось о своем месте и сущности в этом огромном пространстве, называемом Вселенной. По сути, каждого думающего человека, независимо от каких-либо его персоналий, можно назвать философом. Как известно истоки этой науки сформировались в глубокой древности. Всем нам известны имена Аристотеля, Демокрита, Плутарха, Птолемея и многих других. И на фоне этой бесконечной Вселенной человек на маленькой и, быть может, уникальной планете кажется таким незащищенным. И он обладает таким чудом, как разум. Трудно человеку смириться с конечностью. А есть ли она вообще. И в чем смысл, и есть ли он вообще, нашего существования? Тех, которые задаются такими вопросами, мы называем философами.

А жизнь человека значительно изменилась. Собирательство, каменный век, дикость и варварство, бронзовый век, упадок культуры и нравов, Возрождение, снова бесконечные эпохи войн и эпидемий, расцвет наук, эпоха различных мудреных механизмов, век пара сменил век электричества, век электромагнетизма и нанотехнологий – это этапы нашего большого пути. И на каждом этапе появлялись какие-то насущные проблемы, которые должны были решать философы

Цель исследования. Что же происходит на страницах научных журналов и в окружающей нас жизни? Сегодня современных ученых философов как и тысячи лет назад волнуют те же самые фундаментальные вопросы «отношения мышления к бытию». Это отношение определяется двумя объективными причинами: стихийным характером цивилизованной истории и понятийной структурой человеческого мышления. Автором представлено

кардинальное разделение с взглядами диалектического и исторического материализма, что является значительным прогрессом современной философской науки. Итак, разобравшись с основным вопросом философии попробуем быть в курсе животрепещущих вопросов современности.

Результаты. Человечество, несмотря на многочисленные открытия в области естественных и точных наук, несмотря на огромный научный потенциал в области астрономии оказывается волнует проблема познаваемости мира. И здесь, по-видимому, не обойтись без содружества двух древнейших наук астрономии и философии.

Проделано исследование относительно того, чем занимаются современные философы и что можно назвать новыми классическими проблемами. Современной проблемой номер один является вопрос о том, как конкретно сознание связано с мозгом? Сегодня нейронауки достигли того уровня, что многие философские вопросы о сознании становятся вопросами нейробиологии и нейрофизиологии. Конечно, в ближайшем будущем мы будем знать, что за процессы протекают в мозге, как они влияют на сознание, возможно также мы сможем понять, что происходит в мозге при тех или иных проявлениях сознания.

Следующей немаловажной проблемой является проблема восприятия.

Как мы можем воспринимать что-либо? Как мы получаем информацию о внешнем мире? Как чувственное восприятие может быть непосредственным доступом к реальности, если оно может давать сбои в виде галлюцинаций и иллюзий? С философской точки зрения остается нерешенной проблемы речи и ее возникновения. Ученые продолжают пытаться найти ответ, как появилась речь, как вообще возможно, что у человека есть речь.

Другой важной проблемой является вопрос о том, как возникают значения слов и как мы их понимаем.

Новое звучание также приобретает вопрос о взаимосвязи языка и мышления.

Одни ученые считают, что сознание заканчивается там же, где и наше тело. Другие, утверждают, что значения берут свое начало вне нашей головы и познаем мы их из внешнего мира.

Выводы: Таким образом, философам, как всегда есть над чем подумать и поработать. Они были, есть и будут востребованы в ближайшие времена. Именно философский подход дает уравновешенность и душевную стабильность, а это именно то, что нужно человечеству для прогресса.

РЕВОЛЮЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

*Исматуллаева Ойша, студентка ТГСИ стоматологического
факультета, 202Б группа*

*Научный руководитель: Ашууров Т.
Кафедра ТГСИ : кафедра анатомии*

Актуальность. Поскольку современная хирургия охватывает множество специализаций и направлений, продолжает оставаться актуальной задача поиска и внедрения новаторских технологий, способных обеспечить более качественные, эффективные и безопасные оперативные процедуры. Основными характеристиками и особенностями новшеств в сфере хирургии являются методы сохранения органов, удобство использования для хирургов, микроинвазивность, эстетичность, безопасность и нейтральность по отношению к человеческим органам и тканям, а также сокращение времени и осложнений в послеоперационном периоде.

Целью работы является анализ новых технологий, которые начали применять в хирургии с целью облегчения работы хирурга и быстрого улучшения состояния пациента

Материалы и методы. Наблюдения новых инновационных изобретений таких как: "безымянные очки", systema da Vinci Surgical System, iKnife, EBUS, Gamma knife.

Результаты и их обсуждение.

Самуэль Ашилефу, профессор радиологии и биомедицинской инженерии Университета Вашингтона, возглавил команду, которая разработала и внедрила "безымянные очки" в хирургическую практику. В 2014 году он был удостоен престижной премии Сент-Луиса за создание и разработку высокотехнологичных раковых глазных очков, которые помогают хирургам обнаруживать рак в реальном времени во время операций на пациентах. Данное устройство активируется после введения флуоресцентной жидкости в организм больного, что позволяет раковым клеткам светиться синеватым цветом. Использование этих очков позволяет обнаруживать опухоли размером до 1 мм в диаметре.

"iKnife" или "умный скальпель" представляет собой новый метод анализа тканей во время операции. Этот инструмент выделяет дым при электрохирургическом удалении ткани, позволяя хирургам различать здоровую и раковую ткань. Работа доктора Золтана Такатса в 2013 году, опубликованная в Science Translational Medicine, показала, что iKnife достигает 100% точности в определении раковой ткани. Этот инструмент рекомендуется для использования в различных видах рака, объединяя электрохирургию и масс-спектрометрию для анализа химических веществ в тканях человека.

Аппарат EBUS (Endobronchial Ultrasound) представляет собой сочетание бронхоскопа и ультразвуковой функции, используемое для ранней диагностики рака легких. В медицинских центрах Израиля он широко применяется для современной диагностики онкологических заболеваний. Эксперты считают, что использование этого ультрасонографического метода в пульмонологии, онкологии и торакальной хирургии способствует снижению смертности от рака легких.

Da Vinci Surgical System - это робот-ассистент в хирургии, который в настоящее время широко используется в операциях и установлен в нескольких сотнях клиник по всему миру. Система состоит из пульта управления для оператора и стойки с четырьмя роботизированными руками, которые выполняют

функции хирурга. Врач получает трехмерное изображение, масштабируемое в несколько сотен раз, что позволяет уменьшить травматизацию тканей, кровотечения, время послеоперационного восстановления, а также улучшить косметический результат и снизить физическую усталость хирурга.

Gamma Knife - это метод лечения, который использует радиацию и компьютерное планирование для лечения опухолей головного мозга, васкулярных аномалий и других патологий в головном мозге. Несмотря на свое название, этот метод не включает в себя ни одного разреза, даже разреза кожи. Gamma Knife на самом деле представляет собой метод, который направляет пучки высококонцентрированной радиации. Около 192 "лучевых пучков" радиации сходятся и точно фокусируются на целевой области головного мозга, специфически в форме опухоли или поражения, сохраняя при этом окружающую нормальную ткань.

Выводы: Из дня в день количество новых инновационных подходов лечения хирургических больных увеличивается, что несказанно облегчает работу хирурга, является малоинвазивным для пациента и риск осложнений резко снижается.

Литература: 1.Adams K. Test performance of endobronchial ultrasound and transbronchial needle aspiration biopsy for mediastinal staging in patients with lung cancer:systematic review and meta-analysis / K. Adams, P.L. Shah, L. Edmonds // Lung cancer.2. Agazaryan N. Image-guided radiosurgery for spinal tumors: methods, accuracy and patient intrafraction motion / N.

3.A new middle-range diameter bronchoscope with large channel for transbronchial sampling of peripheral pulmonary lesions. S. Sasada [et al.]

4.Berezin B.D. Nanotechnology for Biomedical Imaging and Diagnostics: From Nanoparticle Design to Clinical Applications/ B.D. Berezin, Y. Mikhail // John Wiley & Sons.

5.<https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/16559-gamma-knife-surgery>

КАК ЗАГРЯЗНЕНИЕ ВОЗДУХА ВЛИЯЕТ НА ЛЮДЕЙ.

Студент 201 А группа лечебное дело Касымов Салохиддин Латифович

Научный руководитель: ассистент Абдукадиоров Х.Ж. кафедра ОЗУЗФК

Загрязнение воздуха влияет на нас с раннего возраста. Опасные изменения кровяного давления могут привести к риску для беременных женщин, а токсичные вещества, переносимые по воздуху, как было обнаружено, повышают риск рака молочной железы, легких, болезней сердца и инсультов. Даже начинают появляться новые заболевания, такие как пекинский кашель, сухой кашель, сопровождающийся зудом в горле из-за загрязнения воздуха.

Если мы говорим о загрязнении воздуха, мы должны говорить о мелких частицах, наиболее опасных загрязнителях из-за того, как легко они могут проникать в организм человека. Они называются твердыми частицами (ТЧ), состоящими из химических веществ, таких как сульфаты, углерод и нитраты. Выбросы от сжигания, лесных пожаров, горящих веществ и т.д. Содержат ТЧ.

Существуют две основные группы этих микрочастиц: PM 2.5s и PM 10s. PM 2.5s - это частицы диаметром менее 2,5 микрон (в 30 раз тоньше человеческого волоса). Эти микрочастицы являются самыми смертоносными и оказывают наибольшее воздействие на здоровье в связи с загрязнением воздуха. С другой стороны, PM 10 имеют диаметр менее 10 микрон и в основном содержат пыль, пыльцу и плесень. Как указано в последнем докладе ВОЗ по климату, рекомендуемые пределы воздействия для обеих групп были снижены: PM 2,5 с на 50% и PM 10 с на 25%.

Загрязнение воздуха в целом - плохая новость. Помимо последствий для здоровья, экстремальные погодные условия вызывают увеличение производства аллергенных загрязнителей воздуха, таких как плесень и пыльца. Этот кризис влияет на все, на что мы полагаемся, от наших культур до биоразнообразия и водоснабжения. Вдыхание загрязненного воздуха отнимает у обычного человека как минимум 1-2 года жизни, но для определенных групп это еще хуже

Последствия для развивающихся стран

Другой группой, которая сталкивается с наихудшими последствиями загрязнения воздуха, являются развивающиеся страны, поскольку им часто не хватает технологий, инфраструктуры и ресурсов для борьбы с загрязнением воздуха. Производство энергии в развивающихся странах, которое мы уже определили как ведущую причину загрязнения, в основном происходит за счет таких ресурсов, как уголь.

В последнее время в Узбекистане стали часто появляться пыльные бури, что пагубно влияет на здоровье человека

Актуальность:

В настоящее время загрязнение атмосферного воздуха является одним из основных последствий негативного антропогенного воздействия на окружающую среду. Атмосферный воздух - важнейший для всего живого природный ресурс, от качественного состояния которого, в значительной мере, зависит здоровье человека. Именно поэтому научные исследования относительно оценки антропогенной нагрузки на воздушный бассейн больших промышленных городов, а также разработка методов его регулирования с учетом правовых и нормативных аспектов относятся к актуальным проблемам

Задача исследования:

Изучить проблему загрязнения воздуха и его влияние на человека

Методы и организация:

В 2022 году в Узбекистане были сильные пыльные бури, что привело к большому количеству людей с осложнением у кого были выявлены аллергии и бронхиальной астмой.

Врачи отмечают многофакторность, свойственную астме. На развитие болезни влияет и наследственность, и образ жизни, и многочисленные факторы окружающей среды, включая климат и погоду.

Помимо сезонного воздействия аллергенов — пыльцы растений, например, на самочувствие больного астмой влияют и другие факторы. В частности, это температура воздуха и степень его загрязненности. Пыльные бури, возникающие в отдельных регионах, приводят к ухудшению самочувствия астматиков.

Ежегодно загрязнение воздуха убивает 6,5 миллионов человек во всем мире. Причем за последние 20 лет цифры удвоились.

По мере увеличения уровня загрязнения воздуха первыми симптомами являются зуд в глазах, одышка, затрудненное дыхание, зуд в дыхательных путях и кашель. Аналогичные симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях.

СПИД, НАРКОМАНИЯ: БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Студентка 1 курса Стоматологического факультета ТГСИ

Кобилова Донахон

Научный руководитель: Умирзакова Н.А., доцент кафедры социогуманитарных наук, с курсом биоэтики, ТГСИ

Аннотация: В статье раскрываются такие вопросы, как преодолеть те или иные болезни, которые связаны с психологическим состоянием больного в современности, а так же проблемы этики медицинских работников.

Ключевые слова: Конвенция «Овьедо», СПИДофобия, наркотик, наркозависимость, общественная наркоалкогольная анозогнозия, психиатрия, психические отклонения.

Актуальность. Обсуждение темы людей, страдающих ВИЧ/СПИДом, расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, или различными психическими расстройствами, весьма актуально в современном мире, поскольку эти люди во многом такие же, как и мы. Несмотря на это, небольшая часть медицинских работников позволяет себе вести себя неуважительно и даже применять насилие по отношению к пациентам с такими заболеваниями. В некоторых случаях такое лечение может привести к летальному исходу. «Конвенция Овьедо» гарантирует каждому человеку без исключения равный доступ к приемлемым качественным медицинским услугам, но соблюдается ли этот принцип? В 1981 году в США были выявлены первые случаи СПИДа – заболевания, известного всем как ВИЧ/СПИД. Вскоре после этого был обнаружен вирус, вызывающий СПИД, ВИЧ. СПИД вселял в людей страх, поскольку от него погибло больше людей, чем от чумы, холеры или скарлатины. Кроме того, лечение СПИДа остается одним из самых дорогостоящих медицинских вмешательств. Термин «СПИДофобия» относится к иррациональному, паническому страху перед людьми с ВИЧ.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение дискриминации, с которой часто сталкиваются инфицированные вирусом. Исторически ВИЧ был распространен среди лиц нетрадиционной сексуальной ориентации и потребителей наркотиков в западных странах. В современном мире важно помнить, что, несмотря на диагноз, к пациенту следует относиться в первую очередь как к человеку. По данным Всемирной организации здравоохранения, наркотик определяется как химическое вещество, вызывающее ступор, кому или нечувствительность к боли. Обычно этот термин относится к опиатам или опиоидам, известным как наркотические анальгетики.

Основная этическая задача лечения наркозависимости – помочь пациентам

и их ближайшему окружению понять зависимость как болезнь и патологию, развить мотивацию к ее преодолению, желание переключиться и найти другие цели и ценности в жизни. Если зависимый человек обычно отрицает свою зависимость, заявляя о своей автономии и добровольном взаимодействии с веществом, вызывающим привыкание, а также заявляя о способности остановиться в любой момент, важно, чтобы врач мягко убедил пациента в обратном, не подрывая его достоинства. Для психолога крайне важно понять причины, побудившие пациента употреблять наркотики, когда он уверен в своей зависимости. Нередко к наркотикам обращаются люди, страдающие наркозависимостью, как средство найти утешение от боли, а иногда жертвой искушения становятся молодые люди, не заинтересованные в расширении своего кругозора.

Обсуждения и результаты: Этические аспекты оказания психологической и медицинской помощи наркозависимым определяются характером их взаимодействия: члены семей наркозависимых, обращающиеся за помощью к психологу, обычно готовы тратить деньги и понимают необходимость длительного контакта. , несмотря на отсутствие гарантий - и этим нельзя злоупотреблять.

Медики также испытывают противоречивые отношения к наркоманам. В настоящее время наркомания в СНГ осмысливается . Проблема достигла такого уровня, когда и в обществе, и в профессиональной среде применяются некоторые этические принципы и нормы в действиях медиков по отношению к больным наркологического профиля. «Общественная нарко-алкогольная анозогнозия» — откровенное или грубое признание в признании наркомании болезнью в прямом смысле этого слова — является причиной обращения в парламент. В вышеупомянутом документе краткое изложение гласит: «Ко всем лицам, страдающим болезненными заболеваниями, следует обращаться гуманно и с уважением к достоинствам больной личности». Особо уязвимая социальная группа — люди с психическими расстройствами. Многие врачи боятся или не хотят общаться с пациентами психиатрического отделения.

Заключение. В заключение следует отметить, что для тех, кто выбирает и применяет медицину, очень важно быть толерантным в отношении к пациентам и другим людям, независимо от их зависимостей, привычек, расстройств, национальности, религии или расовой принадлежности. Таким образом, они похожи на одинаковых людей, как и мы все, несмотря на все это. Мы считаем, что в медицине нет места равнодушию и предвзятому отношению к пациентам.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ИСКРИВЛЕННОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ НОСА

*Кодирова Д. студентка 303Б группы стоматологического факультета
ТГСИ Научный руководитель : Шагулямова К.Л., ассистент кафедры
Физиологии и патологии . Ташкентский государственный стоматологический
институт, Узбекистан*

Актуальность . Искривление носовой перегородки занимает одно из первых мест в списке самых частых причин затрудненного дыхания . Согласно исследованиям разных авторов , данная патология встречается у 58,5-90% людей , однако большинство людей даже не догадывается о наличии у них указанной проблемы . Несмотря на то, что патология остается многими незамеченной , последствия , которые она за собой ведет отнюдь не незначительные . Именно поэтому , актуальность этой темы довольно высока .

Цель исследования . Изучить патофизиологические основы развития воспалительных процессов органов дыхания у пациентов с искривленной перегородкой носа. Выделить первозначимые причины в развитии данного процесса, дать оценку качеству жизни пациентов , имеющих искривленную носовую перегородку , а также , более углубленно подойти к вопросу влияния , которое она оказывает на состояния организма , в целом , и его органов , в частности .

Материалы и методы . Данные научных статей, литературы. Анализ данных собранного анамнеза, общего обследования и диагностики. В данной работе на основании клинико-лабораторных методов, проведены диагностика и лечение заболеваний органов дыхания у пациентов, имеющих искривленную носовую перегородку. На базе исследований, проведенных лор-врачами Ташкентского Государственного стоматологического Института, был проведен прием пациентов с острыми и воспалительными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, имеющих искривленную носовую перегородку . Клинические методы исследования включали сбор жалоб пациента и анамнеза с учетом данных из выписок историй болезни и оценку клинического течения заболевания.

Субъективная диагностика подразумевала под собой опрос пациента отоларингологом и сбор жалоб. Для постановки точного диагноза проводилась оценка состояния верхних дыхательных путей при помощи ряда дополнительных методов :

1)Инструментальный этап включающий в себя методы диагностики , позволяющие свести к минимуму возникновение ошибок при постановке диагноза : риноскопию , эндоскопию полости носа , рентгенографию или МСКТ придаточных пазух носа. Все перечисленные дополнительные методы позволяют оценить степень искривления перегородки носа , локализацию искривленной области , наличие различных воспалительных , опухолевых процессов в полости носа и околоносовых пазухах и многое другое .

2)Лабораторный этап диагностики включает общий и биохимический анализы крови , исследования мазка из полости носа .

Результаты . Искривление носовой перегородки – изменение формы хрящевой или же костной анатомической структуры , предназначением которой является разделение полости носа на две половины . Данная патология имеет врожденный(неравномерный рост и развитие костей черепа) и приобретенный(в последствии различных травм , после перенесения определенных заболеваний , в качестве компенсаторных механизмов при , например , увеличении одной из раковин носа)

Искривленная носовая перегородка, затрудняя прохождение воздуха через носовую полость, приводит к гипоксии, степень которой находится в прямой зависимости от степени искривленности костно-хрящевой составляющей. Симптомы данной патологии довольно разнообразны:

- 1) Затруднение носового дыхания – самый яркий симптом
- 2) Храп, синдром обструктивного апноэ или, проще говоря, периодические остановки дыхания, возникающие из-за того, что человек начинает дышать ртом. пытаясь скомпенсировать недостаточность носового дыхания. Последствиями этих состояний становятся снижение качества сна, частые головные боли. в дальнейшем ночное апноэ может приводить к нарушениям со стороны сердечно-сосудистой системы
- 3) Расстройство обоняния вследствие неадекватной вентиляции обонятельной области
- 4) Частая заложенность носа, иногда выделения слизистого или слизисто-гнойного характера, сухость в носу и, в итоге, образование корочек в носу, истончение слизистой полости носа, сосуды которой располагаются очень поверхностно. Всё перечисленное иногда приводит к внезапным кровотечениям. . Вся эту картину усугубляет характерная для большинства районов Узбекистана низкая влажность воздуха.
- 5) Снижение умственной и физической работоспособности (нарушение концентрации внимания, частая сонливость и рассеянность) – последствия недостаточной доставки кислорода к тканям мозга
- 6) Хронические воспалительные процессы полости носа околоносовых пазух, а также органа слуха – риниты (в особенности аллергический), гаймориты, этмоидиты, отиты и тд. Связано со снижением аэрации околоносовых пазух.
- 7) Изменение частоты пульса в следствие гипоксии приводит к различным нарушениям сердечно-сосудистой системы.
- 8) Частая сухость во рту и глотке приводят к снижению эффективности функциональной составляющей слюнных желез тем самым повышая риск возникновения кариеса, нарушений в органах ЖКТ из-за недостаточной первичной обработки пищи.
- 9) Возникновение головной боли при деформациях перегородки носа также объясняется тем, что искривленная часть перегородки (шип, гребень) соприкасается с противоположной латеральной стенкой носа, давит на нее, раздражая слизистую оболочку, что вызывает рефлекторную головную боль
- 10) Воспалительные процессы со стороны глотки (хронический фарингит, хронический тонзиллит) и гортани (хронический ларингит). Хроническое воспаление в таких случаях поддерживается за счет травмирующего воздействия вдыхаемого ртом, недостаточно очищенного и согретого воздуха на слизистую оболочку глотки и гортани, а также небные миндалины (гланды).

Вывод. В результате клинического обследования и обзор научной литературы было отмечена особая взаимосвязь заболеваний дыхательной системы с искривлениями костно-хрящевой составляющей. Изучена

патофизиология возникновения воспалительных процессов органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и органов ЖКТ. Применен комплексный подход к диагностированию данного заболевания. Искривление носовой перегородки возникает по разным причинам, но приводят к одним и тем же последствиям. Заболевания дыхательной системы, проблемы органов слуха, сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта могут выступать в роли лишь симптоматической картины, лечением которой мы чаще всего и занимаемся, упуская из виду корень всех этих проблем. В заключение, хотелось бы добавить, что необходимо своевременно уделять пристальное внимание лечению данной проблемы во избежание впоследствии различного рода осложнений

ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАЛИЧИЯ СТОМАТИТОВ В ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ

Комолхужаев А.А. студент 303Б группы факультета стоматологии

Научный руководитель: Шагулямова К. Л., ассистент кафедры

Физиологии и патологии Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан

Актуальность. Стоматит является одним из самых распространённых воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Полиэтиологичность, влияние на качество жизни, а именно рационального питания, поражение людей любого возраста, становление причиной боли и дискомфорта, нарушение процесса жевания, является очагом инфекции, может вызывать сенсibilизацию организма и аллергические заболевания внутренних органов. Это всё определяет важность изучения данного воспалительного процесса.

Цель исследования. Изучить распространённость и влияние на качество жизни разных видов стоматитов в полости рта населения различных возрастных категорий.

Материалы и методы исследования. В процессе работы на основе клинико- лабораторных методов проводили диагностику и лечение стоматита. Опираясь на исследования, проведённых врачами Ташкентского государственного стоматологического института и частной клиники, были включены лица разных возрастных категорий: от 1-4х лет, 12-16 лет, 35-60 лет с наличием стоматита. Как клинические методы использовались субъективные данные со стороны пациентов, сбор анамнеза, а так же оценка клинического течения заболевания. Осмотр и обследование проводилось по общепризнанному алгоритму, куда входили осмотр слизистой оболочки полости рта и оценка самочувствие больного (болезненность афт при употреблении пищи, питье воды, напитков, рецидивирования, наличие эритемы виде кольца, а окружающего афту, гиперемизированные участки, отечности, повышенная температура тела, увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов).

Как лабораторный метод исследования использовались микроскопия мазка,

посев, ИФА, аппликационная кожная проба, биопсия, анализ крови, анализ мочи.

Результаты. В результате исследования выяснилось, что у детей от 1 до 4х лет чаще встречается герпетический и энтеровирусный стоматиты, сопровождающиеся высокой температурой тела, раздражительностью, недомоганием и болью во рту. Поверхностные язвы локализованы чаще на слизистой языка, губ и щек, режу десен и нёба с длительностью 10-14 дней.

У подростков наблюдался РАС вызванный *Streptococcus sanguis* и *S. mitis*, ВПГ-1, вирусом *Varicella-zoster*, а также нельзя исключить роль иммунологических нарушений, в частности клеточно опосредованного иммунитета. РАС клинически предъявлялся в виде малых, больших и герпиформных язв со сроками заживления 6-10 дней, 3-6 недель, 10-15 дней соответственно.

У лиц пожилого возраста чаще всего встречался протезный стоматит из-за плохой подгонки самого съемного протеза и длительными его ношением без снятия. Слизистая под протезом была гиперемирована наблюдался отёк с белыми пятнами на ней (гифы грибов *Candida*).

У зрелого населения в возрасте от 35 до 60 лет наблюдались уремический стоматит из-за хронической почечной недостаточности, никотиновой стоматит из-за вредных привычек, амальгаммовый стоматит из-за старых видов пломб, а также ХРАС.

Вывод. Для урежения случаев стоматита были проведены мероприятия по устранению причинных предрасполагающих факторов, мероприятия по улучшению гигиенического образования пациентов с использованием контролируемой чистки зубов, обучение чистке с демонстрациями в живую и при помощи интерактивных ресурсов. Было рекомендовано снимать протезы на ночь, следить за их уходом, а также их смены в определённых случаях. Для облегчения болей местно были рекомендованы гели (Камистад, Метрогил Дента, Амлексанокс), аппликационно 2% спрей лидокаина, спрей Оронорм. Для полоскания были прописаны Лоробен, настойка ромашки. В некоторых случаях для системного лечения были рекомендованы противовирусные, противогрибковые и кортикостероидные препараты. Рекомендовано исключить из рациона питания чипсы, соленое, горькое, газированные напитки, а также горячую еду.

PECULIARITIES OF THE STATE OF THE ORAL MUCOUS MEMBRANE AND FACTORS INFLUENCING ITS CHANGE

*Малюдова Х. С студентка 428 группы педиатрического факультета
СамГМУ*

*Ассистент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии СамГМУ
Жамалова Феруза Абдусаломовна
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Introduction. The oral cavity is one of the most important parts of the human body, as through it the process of digestion, speech and breathing is carried out. The

condition of the oral cavity can be a reflection of the overall health of the person, so it is necessary to pay special attention to its care.

Relevance. It is believed that the condition of the oral cavity in adults is directly related to hygiene, diet and lifestyle. Insufficient oral care can lead to various diseases, including dental caries, periodontitis and other problems. Regular oral examinations and cleanings can help prevent the development of these diseases and keep teeth and gums healthy.

Materials and Methods. An extensive number of methods were used to conduct an oral health study in adults, including visual inspection, radiography, gingival and dental examination, saliva analysis, and other methods. The investigations were carried out both in dental clinics and in the laboratory using specialised equipment.

Results. According to the results of the study, it was found that the level of oral disease in adults directly depends on the degree of attention paid to its care. People who follow oral hygiene and visit the dentist regularly have significantly fewer problems with their teeth and gums than those who do not pay attention. Eating a healthy diet and drinking enough fluids has also been found to have a positive effect on oral health. To address clinical data, medical aspects and facts must be considered. For example, when considering the clinical condition of a patient diagnosed with depression, factors such as symptoms (apathy, loss of interest in life, insomnia, etc.), physical manifestations (over- or under-eating, fatigue, headache, etc.), pathological changes in the body (changes in hormone levels, imbalance of neurotransmitters, etc.), as well as the results of additional examinations (results of blood tests, results of neurological and psychological tests, etc.) should be taken into account.

It is also important to take into account the effectiveness of treatment and the results of the dynamics of the disease when applying different methods of therapy. Thus, in the case of depression, pharmacological drugs (antidepressants), psychotherapeutic techniques (cognitive-behavioural therapy, psychoanalysis, etc.), as well as combined methods of treatment can be used.

Thus, the analysis of clinical data and examination results makes it possible to make a more accurate diagnosis, determine the most effective method of treatment and predict the further course of the disease.

There are several factors that can affect the condition of the oral mucosa. They can be both internal and external. Here are some of the main factors:

1. Oral hygiene: Poor oral hygiene can lead to the development of oral diseases such as tooth decay, periodontitis, gingivitis and others. To keep your oral mucosa healthy, you should brush and floss your teeth daily.
2. Nutrition: Improper diet, including large amounts of sweet and sour foods, can lead to abnormal pH levels in the oral cavity, which contributes to tooth decay.
3. Smoking: Smoking negatively affects the oral mucosa, increasing the risk of mouth, gum and throat cancer, and leads to tartar and bad breath.
4. Sugar substitutes: Consumption of products containing sugar substitutes can

also adversely affect the oral mucosa, causing intestinal dysbiosis and leading to the development of oral diseases.

The mechanism by which these factors affect the oral mucosa is by altering the oral microflora and disrupting the natural pH balance. For example, increased consumption of sweet foods and drinks promotes the growth of cariogenic bacteria, which leads to the formation of dental caries. Aggressive substances in tobacco smoke destroy mucosal cells, which increases the risk of cancer. Thus, it is important to monitor your health and pay sufficient attention to oral care to prevent the development of oral diseases.

1. Proper oral hygiene:

- Brushing your teeth twice a day. Brushing removes food debris and bacteria that can lead to plaque and tooth decay. Plaque is a soft, yellowish coating on the surface of the teeth, consisting of packed plaque from food debris and bacteria. Regular plaque removal helps prevent tooth decay and other oral diseases.

- Flossing. Flossing helps to clean the space between your teeth where a toothbrush cannot reach. This eliminates the risk of plaque build-up and decay between the teeth.

Working Mechanism: Proper oral hygiene helps to remove bacteria and food debris that can lead to the development of oral diseases. Brushing and flossing helps keep the oral mucosa healthy, preventing the development of tooth decay, periodontal disease and other diseases.

2. Rinse your mouth with antiseptic mouthwash:

- Antiseptics contain active ingredients such as chlorhexidine or cetylpyridinium chloride, which have antimicrobial properties and can kill bacteria in the mouth. Mouthwash with antiseptic mouthwashes can be particularly beneficial for people at increased risk of developing oral diseases.

How it works: Antiseptic solutions kill bacteria and germs in the mouth, helping to prevent the development of gum inflammation, tooth decay and other diseases.

3. Proper nutrition:

- Nutrients such as calcium, phosphorus, vitamin C and others play a key role in the health of the oral mucosa and tooth enamel. Consumption of nutritious foods such as fruits, vegetables, dairy products and nuts helps to maintain healthy teeth and gums.

How it works: Nutrients and vitamins help strengthen tooth enamel, prevent tooth decay, and improve the health of the gums and oral mucosa. Regular consumption of nutritious foods contributes to overall oral health.

Following these practices will help maintain oral mucosal health and prevent the development of various oral diseases. Remember that regular oral care and proper nutrition play an important role in the overall health of your mouth.

Conclusion. Thus, oral health in adults plays an important role in the overall health of an individual. Regular visits to the dentist, proper hygiene and a healthy lifestyle can help prevent many problems with teeth and gums and reduce the risk of developing various diseases. Therefore, it is important to pay proper attention to oral

САГИТТАЛЬНАЯ РАСЩЕПЛЕННАЯ ОСТЕОТОМИЯ

Матьякинова Е.И студентка 202 б гр.стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Ашуров Т.А доцент кафедры клинической анатомии

ассистент кафедры анатомии

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

matyakinova@gmail.com

Актуальность: Дефекты зубочелюстной системы, которые выражаются в виде деформации прикуса, являются наиболее распространенными патологиями челюстно-лицевой области.

Данная категория пациентов ранее лечилась с помощью остеотомии ветви или тела нижней челюсти вне ротового доступа. Послеоперационный период у больных был отмечен наличием рубцов в области подчелюстной области, а также онемением зубов и нижней губы.

В результате развития высоких технологий хирурги перешли к более эстетичным методам операций на нижней и верхней челюсти, которые не оставляют следов хирургических вмешательств на коже. Остеотомия нижней челюсти проводится по методике Obwgeser - DalPont, которая осуществляется внутриротовыми доступами (С. Jskelinen и Р. Brannanfe, S. Jskelinen; G.Smith); М. Karagoz, М. Miyazaki, А. Mehmet, 2009).

Цель исследования: Оценить краткосрочную и долгосрочную стабильность операции по продвижению нижней челюсти с использованием сагиттальной расщепленной остеотомии (SSO), а также выяснить, в каких случаях возможно возникновение рецидивов, и выявить переменные, способствующие развитию рецидива.

Материалы и методы: Исследование включало в себя тридцать шесть пациентов с аномалиями II класса, средний возраст которых на момент проведения операции составлял 33,0 года. Для всех была проведена операция SSO с последующим рентгенологическим и клиническим наблюдением через 8 недель, 1 год и 13 лет. В каждой контрольной группе были проведены цефалометрический анализ и клинические обследования, модельный анализ.

Результаты и обсуждение: Средний рецидив Overjet за промежуток времени от 8 недель до 13 лет составил 2,3 мм (диапазон 0 - 7,0 мм). В период от 8 недель до 1 года значение среднего рецидива Overjet составило 0,6 мм (диапазон от -1,0 до 4,0 мм), а в период от 1 года до 13 лет - 1,7 мм (диапазон от -1,0 до 6,0 мм). Рецидив Overjet более 4 мм был выявлен у 13,9% пациентов. Средний Overjet через 1 год после операции составил 2,6 мм и был значительно увеличен по сравнению с 8 неделями ($P = 0,006$). Средний Overjet через 13 лет после операции составил 4,3 мм что значительно выше показателя в 1 год ($P < 0,001$). Линия нижнего резца от Nasion-B-point $29,0^\circ$ через 8 недель после операции и $25,4^\circ$ через 13 лет ($P = 0,001$). При проведении последующих наблюдении были

выявлены незначительные изменения в других цефалометрических показателях.

Заключение: Расширенная операция SSO является относительно стабильной процедурой в долгосрочной перспективе: средняя величина рецидива overjet через 13 лет составила 2,3 мм, что соответствует постоянной закономерности с течением времени. Цефалометрические показатели оставались практически неизменными в течение всего периода наблюдения, что указывает на то, что рецидивы были в основном стоматологического, а не скелетного происхождения.

АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ ЗУБОВ

*Ассистент кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентского государственного стоматологического института*

Махмудов Мухаммед Али Бахрамджан оглы

*Ординатор кафедры пропедевтики ортопедической стоматологии
Ташкентского государственного стоматологического института*

Шофайзиева Лазиза Абдувохитова Муниса

Аннотация: В этой статье представлена информация об анатомии и гистологии зубов, а также о роли зубов в образе жизни человека и многое другое

Ключевые слова: жевательный, челюстной, эпителиальный, мезенхимальный

Зубы играют важную роль в жизни человека. Они вместе с механическим измельчением пищи (жеванием) участвуют и в откусывании, отрывании, правильном произношении слов. В то же время зубы отделяют друг от друга частную ротовую полость с ротовым аппаратом. Зубы развиваются из эпителия и мезенхимы. Они вырастают из зубов верхней и нижней челюсти. В отличие от костей, зубы проникают в десну своими корнями. В течение жизни человека зубы меняются дважды. У детей сохраненные до 6-7 лет молочные зубы чередуются с постоянными до достижения ими возраста 14 лет. Молочные зубы начинают прорезываться один за другим в первый год жизни нормально растущего ребенка, то есть с 6-7 месяцев, и полностью прорезываются, когда ребенку исполняется 2-2,5 года, и достигают 20 и стоят до 6-7 лет. Каждый зуб состоит из 3 частей. Часть его, выступающая в полость рта, называется коронкой зуба, часть, которая выступает из челюстной кости в клетку, называется корнем зуба, а слегка суженная область между этими двумя частями называется шейкой зуба. Корни зубов плотно прилегают к зубным камерам с помощью тонкой мембраны, называемой преддентином. На кончике корня зуба имеется отверстие, которое видно невооруженным глазом, через это отверстие в полость зуба поступают сосудистые и нервные волокна. Эти кровеносные сосуды и нервы образуют мягкую часть зуба, то есть пульпу. Зубы имеют очень плотную структуру, близкую по химическому составу к кости. Ткань, из которой состоит зуб, называется дентином. Дентин образуется из мезенхимы. Особенность строения дентина заключается в том, что специальные клетки, участвующие в его образовании, выталкиваются из пульпы зуба в дентин в виде выростов. Минеральные соли также содержатся в дентине вместе с белком. Эмалевое

вещество, окружающее корончатую часть зуба, является самым прочным веществом в организме человека и по твердости близко к каверне. Эмалевое вещество является более прочным, чем цемент или кость, образованные из мезенхимы, хотя оно образовано из эпителия в соответствии с развитием самого себя. Когда мы видим эмалевую ткань под микроскопом, она состоит из S-образных призм, которые проникают в вещество дентина в перпендикулярном положении. Основную часть эмалевого вещества составляют неорганические соли, органическая часть образует только 3-4%. Ткань, которая окружает шейку и корень зуба, называется цементом. Его состав отличается как от дентина, так и от кости. Цемент, окружающий верхнюю часть шейки и корень зуба, называется первичным цементом без клеток, а утолщенная клеточная часть, окружающая нижнюю часть корня, называется вторичным цементом. Соединительная ткань окружает корневую часть зуба. Он прочно связан с надкостницей. В зависимости от условий нашей жизни, питания и жевания зубы бывают следующих форм: 1. Передние и боковые резцы (лопата) служат для нарезания пищи на кусочки. 2. Ворсистые зубы служат для отрывания пищи. Этот зуб хорошо развит у хищных животных. 3. Мелкие пищевые зубы служат для пережевывания, механического измельчения пищи. 4. Большой корм зубы они также служат для жевания, механического измельчения пищи. В коронке зуба различают 4 поверхности.

- 1) поверхность, обращенная внутрь рта - вестибулярная поверхность
- 2) поверхность, обращенная к языку - лингвальная поверхность
- 3) поверхность, на которой зубы расположены близко друг к другу - контактная поверхность
- 4) жевательная поверхность - окклюзионная поверхность

Коронковая и корневая части всех зубов, находящиеся в полости рта, принципиально отличаются друг от друга. Лопата зубы расположены в передней части верхней и нижней челюстей, по 4 на каждой челюсти. Эти зубы однокорневые и одноканальные, корончатая часть напоминает форму лопатки. Корни лопаточных зубов имеют простое строение и напоминают конус. Корень лопаточных зубов на верхней челюсти довольно широкий по сравнению с корнем на нижней челюсти. В коронке зуба он истончается к режущей поверхности и заканчивается острым краем. Ворсистые зубы расположены по два на верхней и нижней челюстях, а корончатая часть по форме напоминает большую или коническую. Ворсистые зубы на нижней челюсти напоминают лопатозубые. Их поверхности, обращенные к языку, более плоские, с билирной выпуклостью на шее. Он также имеет один корень и один канал. Маленькие пищевые зубы всего 8, а за грудными зубами на верхней и нижней челюстях расположены по два. У них будет по две шишки на жевательной поверхности. Эти выпуклости и выпуклости со стороны языка облегчают процесс жевания. Эти бугорки отделены друг от друга сагиттальным седлом. В то время как пищевые зубы на нижней челюсти обычно однокорневые и одноканальные с заостренным концом, корни на верхней челюсти уплощенно расширены, а в первом пищевом зубе два корня разделены на два канала.

Список использованной литературы

1. Алимова Р.Г. Эффективность школьной программы “гигиена полости

рта" в профилактике кариеса зубов, Автореф. diss. k.m.n. -Ташкент,2002, - 19С.

2. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. Москва, Медицина. - 1991.

3. Махсудов С.Н., Шукурова Г.Р. "Детская стоматология". Ташкент,2008.

4. Сафаров Т.Х., Халилов И.Х. Практическое пособие по детской лечебной стоматологии.. Ташкент: - издательство Абу Али ибн Сина, 1997

5. Шукурова Г.Р. Клинико-иммунологические и микробиологические особенности у детей, больных острым герпетическим стоматитом и совершенствование методов лечения. Автореф. diss. k.m.n.- Ташкент, 1999.

6. Якубова Ф.Х., Шукурова Г.Р., Махкамова Ф.Т. Учебное пособие по детской стоматологии для педиатров. Ташкент: - издательство "нурфайз", 2021.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИИ

Мусаева Хуснора студентка 301а группы стоматологического факультета ТГСИ

Научный Руководитель: Ассистент Мирзаахмедова Н. А.

Кафедра физиологии и патологии.

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан*

Введение:

Анемия-широко распространенное у населения земного шара.

Серповидно-клеточна анемия распространена в странах Африки, Индии, средиземноморья, Средней Азии. Это наследственная гемоглобинопатия. Сущность гемоглобинопатий в нарушении первичной структуры цепей гемоглобина. Несмотря на то, что этиология и патогенез серповидно-клеточной анемии известны,но общепринятой этиопатогенетической терапии не существует. В Африке 50% детей больных серповидно-клеточной анемией умирают в течении 1 года, менее 10% доживают до зрелого возраста. Высокая степень распространенности и отсутствие исследований свидетельствует о необходимости комплексного изучения особеннстей серповидно-клеточной анемии.

Целью является: Исследование особенностей течения,ранняя диагностика,лечение и в следствии этого пути профилактики данной патологии

Материалы и методы: Серповидноклеточная анемия является наследственно обусловленной гемолитической анемией, эндоэритроцитарной (гемоглобинопатия), с внутриклеточным гемолизом. Тип наследования - неполное доминирование.

Сущность дефекта состоит в том, что в В-цепи молекулы гемоглобина в 6-ом положении от N- конца глутаминовая кислота замещена на валин. Это приводит к появлению патологической формы гемоглобина, которую обозначают HbS. Это приводит к тому, что HbS выпадает в осадок - образуются кристаллы, которые деформируют эритроциты. Как следствие, клетки красной крови приобретают серповидную форму, с трудом проходят через узкие капилляры и межэндотелиальные пространства венозных синусов селезенки.

Этим объясняется интенсивный фагоцитоз серповидных эритроцитов макрофагами (внутриклеточный гемолиз) и выраженные трофические изменения в тканях, вплоть до микротромбозов и некрозов.

Провели обследование больных этой патологией и изучив данные выявил клинические симптомы:

Клиника серповидной анемии обычно проявляется в раннем детстве (в течение первых двух лет). Основными симптомами являются бледность кожи и слизистых оболочек, увеличение селезенки, задержка развития, слабый иммунитет что приводит к частым инфекционным заболеваниям. Помимо этого, наблюдается болезненные припухлости стоп и кистей, что является следствием закупорки капилляров в мелких костях. Вследствие тромбозов происходит закупорка тканей по всему организму. Это может привести к развитию инсульта, некроза почек и костей, инфаркта селезенки, образованию язв на нижних конечностях, снижению зрения. Основной причиной смерти пациентов всех возрастных групп является инфекция. У людей среднего возраста летальный исход может наступить на фоне дыхательной и почечной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Исследования выявили методы диагностики: 1- Исследование структуры ДНК (пренатальная диагностика) 2-Мазок периферической крови 3-Проба на растворимость 4-Электрофорез гемоглобина (или тонкослойная изоэлектрическая фокусировка 5- Ранняя диагностика детей: Пренатальный скрининг: Неонатальный скрининг, для лечения включаются- 1-Антибиотики широкого спектра (при наличии инфекции) 2-Анальгетики и внутривенная регидратация (при вазоокклюзионном болевом кризе) 3- Кислород (при гипоксии) 4-В некоторых случаях применяются гемотрансфузии 5- Иммунизация, препараты фолиевой кислоты, гидроксимочевина (на фоне относительного здоровья) 6- Трансплантация стволовых клеток (при тяжелых осложнениях)

Выводы: ранняя диагностика детей поможет начать лечение до возникновения заболеваний и кризов, детям с данной формой гемолитической анемии показана обязательная вакцинация против менингококка и пневмококка. Если в семье имеются люди, больные данной формой заболевания, то при планировании беременности необходима консультация генетика для оценки возможных рисков для будущего ребенка.

ПАТОГЕНЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Набиева Д.Д. Шарипова Н.А. студенты 3 курса ...факультета.

Кафедра: Физиология и патология

Ташкентский государственный стоматологический институт

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Шарипова П.А.

Актуальность: Сахарный диабет является хроническим метаболическим заболеванием, характеризующимся нарушением всех видов

обмена веществ, начиная с углеводного и повышенным уровнем глюкозы в крови. Заболевание имеет широкий спектр осложнений, не исключая и полость рта. Слизистая оболочка полости рта является важным компонентом организма человека, выполняющим защитные, пищеварительные и регенеративные функции. Данная патология, в свою очередь, оказывает системное воздействие на множество органов и тканей, включая слизистую оболочку полости рта.

Цель исследования: В данной работе рассмотрены основные механизмы, которые обуславливают влияние сахарного диабета на состояние слизистой оболочки полости рта, а также разработка возможностей профилактики и патогенетического лечения данных изменений у 58 пациентов.

Результаты: Основным звеном в механизме влияния сахарного диабета на слизистую оболочку полости рта является гипергликемия и ее последствия: повышенный уровень глюкозы в крови, характерный для сахарного диабета, сопровождается микроангиопатией и может привести к нарушениям микроциркуляции в тканях слизистой оболочки, что способствует ее дегенеративным изменениям в виде атрофических изменений десневой ткани, обнажение прикорневой части зубов и их расшатывания, кариес, дисфункция слюны, которые наблюдались у 95% пациентов. Исследованиями выявлено, что 15,3% пациентов с диабетом потеряли все свои зубы и только 6,4% сохранили все естественные зубы.

Молекула глюкозы легко диффундирует через полупроницаемую мембрану и обнаруживается в слюне, особенно при повышенном уровне сахара в крови. Присутствие глюкозы в слюне приводит к диабетической мембранопатии, т.е. изменению базальной мембраны слюнных желез, которое приводит к утечке глюкозы в слюну. 98% пациентов с диабетом жаловались на сухость во рту и дисфункцию слюноотделения, что, видимо, приводит к снижению скорости слюноотделения и буферной емкости, и как следствие, к риску развития кариеса (у 88% пациентов) и увеличению бактериальных инфекций (гингивиты и пародонтиты у 68% больных).

Нарушение доставки кислорода сопровождался у 40% больных иммунодефицитом секретин (IgA) и повышенной чувствительностью к бактериальной инфекции в ротовой полости у 98%. Тем более, что появление агрессивных форм кислорода при нарушении микроциркуляции у больных с сахарным диабетом ассоциируется с повышенным уровнем оксидативного стресса в организме, что может также способствовать повреждению клеток слизистой оболочки полости рта.

Нарушение вкусовых ощущений при сахарном диабете часто приводит к повышенному потреблению сахара, вызывая дальнейшее ухудшение гликемического контроля у пациентов. Инфекции полости рта, дисфункция слюны и вкуса, замедленное заживление ран, аномалии языка, неприятный запах изо рта наблюдались у 90% пациентов. Дискомфорт, который испытывают пациенты с диабетом от осложнений со стороны полости рта, а также из-за боли или раздражения в ротовой полости может препятствовать гигиене полости рта, которые наблюдались у 84% больных.

Заключение:

1. Оральные проявления и осложнения у пациентов с сахарным диабетом недавно были признаны и зарегистрированы как основное осложнение сахарного диабета.

2. Высокий уровень глюкозы в ротовой полости и иммунодефицитное состояние при неконтролируемом сахарном диабете способствуют бактериальным инфекциям полости рта.

3. Знания об осложнениях со стороны полости рта у больных с сахарным диабетом весьма недостаточны, что требует необходимости повышать их осведомленность о взаимосвязи между заболеванием и здоровьем полости рта.

4. Изменения слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете представляют собой серьезную проблему, требующую дальнейших исследований и разработки эффективных стратегий профилактики и лечения для управления осложнениями и улучшения качества жизни.

ВАЖНОСТЬ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Науменко С.И., студентка 101 гр. фак. МО/СТ/ПИМУ ТГСИ

*Научный руководитель: Каримов В.В., старший преподаватель кафедры
общественное здоровье, управление здравоохранением и физической культуры
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. Проблема сбалансированного питания уже волнует большинство населения на протяжении долгих лет. Народная мудрость гласит о том, что если правильно питаться, то и лекарства не нужны. В современном мире больших перегрузок и ускоренных темпов особенно важно поддерживать здоровый образ жизни, и, чем раньше мы это поймем, тем лучше для нас. [1]

Целью работы – определить значение сбалансированного питания в формировании здорового образа жизни студентов стоматологов.

Задачи работы – изучить основные проблемы сбалансированного питания; определить режим питания студентов стоматологов; составить правила питания для поддержания здорового образа жизни.

Сбалансированное питание - это питание обеспечивающее нормальное развитие, способствующее укреплению здоровья в системе организма. Основными факторами правильного питания являются: норма калорий поступающих в организм; помощь витаминов и минеральных веществ; время и частота приема пищи; физическая нагрузка; планирование рациона. [1]

Благодаря современным технологиям, значительно уменьшился физический труд. Несмотря на то, что компьютеры и автоматизация существенно сокращают физический труд, в последнее время в результате уменьшения активной деятельности нашего общества, все больше и больше увеличивается количество людей страдающих ожирением. Есть еще одна причина данной проблемы – это фаст-фуд, пищевые добавки, полуфабрикаты, консерванты, появляющиеся сравнительно недавно и уже показавшие себя с не очень хорошей стороны для организма человека. Несмотря на то, что их удобно

использовать в прием пищи они содержат неправильные, вредные, а порой даже опасные вещества для нашего организма. Крайне не желательно покупать продукты, включающие в себя такие вещества как E123, E510, E102, E 110, E131, E142, E338, E103, E 466.

К сожалению, в связи с вышеизложенными факторами, в современном мире все чаще и чаще встречаются такие болезни как атеросклероз, сахарный диабет, рак, болезни печени и почек.

Правильное питание играет огромную роль в жизни студента стоматолога. Еда нам дает бодрость, силу, а при рациональном потреблении еще и здоровье.

В течение дня студент должен получать следующие количества пищевых веществ: жиры – 100 – 110 гр. – 900 калории; углеводы – 500 – 545 гр. – 1680 калории; белки – 115 – 125 гр. – 420 калории.

В ходе наших наблюдений было выяснено, что в среднем в организм студента за сутки поступает 3300 калорий. Как видим, результаты наших исследований показали, что калорийность питания студента превышает норму, а именно на 300 калорий. [2]

Здоровый образ жизни является важнейшим фактором крепкого иммунитета и секретом долголетия. Для его поддержания нужно ввести правильный распорядок дня.

Для того чтобы правильно поддерживать уровень питания необходимо всего лишь соблюдать некоторые правила:

1. Ежедневно в меню нужно включать различные продукты, желательно не включающие пищевые добавки;
2. Употреблять пищу часто, но в малых количествах;
3. Обязательно добавить в рацион питания такие продукты как, молоко, творог, сыр, рыба, мясо, овощи и фрукты;
4. Употреблять в разумных количествах сливочное и растительное масла.

Ежедневно необходимо употреблять в рационе такую еду, в которой есть витамины А, В, С, D, Е. Эти витамины наш организм получает при употреблении таких продуктов как морская рыба, морковь, мясо, молочные продукты, различные фрукты, кукуруза и т.д. [3]

Заключение. Здоровье – это правильная работа всех систем организма. Оно является самой важной потребностью человека и нашим самым большим богатством. Рано или поздно мы все этого понимаем.

В ходе нашего исследования, мы постарались отобразить, какую важнейшую роль играет правильное питание в системе организма. Как мы видим правильное питание – имеет самое большое значение для общества. На основании вышеизложенных нами данных, можно сделать вывод о том, что к сожалению, по различным причинам не всегда удается правильно питаться. Тем не менее, каждый человек, если он хочет прожить долгую и счастливую жизнь, должен следить за своим питанием, несмотря ни на что. Ведь питание – это ключ к крепкому здоровью. Здоровье в свою очередь, является основой долголетия. [4]

Список литературы

1. Светличная, Наиля Камилевна. "Развитие инклюзивного образования в области адаптивного физического воспитания детей." *Вестник Тамбовского*

2. Светличная, Н. К. "Формирование здорового образа жизни." Т.:«Tafakkur
rapo1B (2015): 140.

3. Каримов, В. В. "ЗАНЯТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ." (2021):
135-139.

4. Каримов, В. В. "Коррекция вегетативного статуса студентов-стоматологов
с помощью профилактики перенапряжения." *Физическая культура и спорт в
системе высшего и среднего профессионального образования.* 2020

ЗНАЧЕНИЕ РАЗМИНОЧНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ

Науменко С.И., студентка 101 гр. фак. МО/СТ/ПИМУ ТГСИ

*Научный руководитель: Каримов В.В., старший преподаватель кафедры
общественное здоровье, управление здравоохранением и физической культуры
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время многие студенты по достоинству
оценивают роль спорта в повседневной жизни и желают им заниматься, но при
этом не могут самостоятельно построить правильную тренировку, а именно –
недооценивают ключевую роль разминочных упражнений. [1]

Целью работы – исследовать влияние различных разминочных
упражнений на организм студента.

Задачи работы – рассмотреть основы разминочных упражнений;
исследовать построение разминочных упражнений для разных групп студентов;
изучить два типа растягиваний - статические и динамические.

Разминочные упражнения необходимы для того, чтобы подготовить сердце,
мышечные волокна, суставы, нервно-мышечную систему и систему
кровообращения к главной нагрузке, по этой причине в неё должны входить
упражнения, вызывающие подготовку организма к последующей работе.

Разминочные упражнения должны стимулировать выделение синовиальной
жидкости и разогревать мышечные волокна, связки и сухожилия, окружающие
каждый сустав. Это обеспечивает необходимую амортизацию и гидратацию
суставов и позволяет достичь максимально возможной подвижности в каждом
суставе (упражнения на гибкость). [2]

Разминочные упражнения должны увеличивать частоту сердечных
сокращений, стимулировать кровоснабжение работающих мышц и доставку к
ним столь необходимого кислорода. Это способствует повышению температуры
тела, делает мышечные волокна более эластичными и позволяет выполнять
основную нагрузку с комфортом, что достигается упражнениями, влияющими на
пульс (ходьба, бег). [3]

Для групп с плохой физической подготовкой и групп с заболеваниями
необходимо начинать с относительно низкого уровня интенсивности. Низкой
интенсивности можно достичь, выполняя движения менее размашисто, с

меньшей амплитудой движений и относительно низким темпом. Более продвинутые группы могут начинать со среднего уровня интенсивности и заканчивать на более высоком уровне. Высокий уровень интенсивности может быть достигнут за счет большого диапазона движений, использования размашистых движений и более высокого темпа. Однако для всех уровней физической подготовки следует учитывать, что, если разминочные упражнения начинаются со слишком высокой интенсивности, мышечные волокна могут испытывать кислородное голодание (недостаточное поступление кислорода). Если это произойдет, они очень быстро устанут и не смогут эффективно работать в течение всей сессии. Это еще раз подчеркивает необходимость постепенного увеличения интенсивности подготовительных упражнений для всех уровней физической подготовки. [3]

Преимущество динамической растяжки заключается в том, что она помогает поддерживать комфортную температуру тела. При выполнении статической растяжки тело охлаждается слишком быстро. Выбор типа растяжки будет зависеть от физической подготовки практикующих. Статическая растяжка безопаснее для тех, кто не находится в хорошей физической форме. При выполнении статической растяжки им легче контролировать диапазон движений при условии, что принято правильное исходное положение. Динамические растяжки требуют от практикующих большей способности контролировать свои движения, чтобы не превышать безопасный предел амплитуды. Они больше подходят для тех, кто находится в хорошей физической форме, способен контролировать свои движения, а также для тех, у кого эластичные мышечные волокна. [4]

Заключение и рекомендации. Для всех групп разминочные упражнения в воде может быть немного более энергичной и короткой, чем на суше.

1. Начните выполнять упражнения на гибкость и для увеличения пульса с движений небольшой амплитуды и интенсивности, постепенно увеличивая их. Это достигается постепенным увеличением скорости движения и мышечных затрат.

2. Сочетайте упражнения на статическую гибкость с упражнениями на частоту сердечных сокращений для поддержания температуры тела.

3. С той же целью используйте упражнения на гибкость с полным диапазоном движений.

4. Прежде чем приступить к растяжке и комплексным упражнениям, убедитесь, что тело хорошо разогрето. [4]

Список литературы

1. Светличная, Наиля Камильевна. "Повышение эффективности применения средств адаптивной физической культуры и спорта у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья." *Олимпийский спорт и спорт для всех*. 2020.

2. Светличная, Наиля Камильевна, and Саида Нигматовна Шарипова. "Коррекция функционального состояния детей средствами адаптивного физического воспитания." *Children's Medicine of the North-West* 8.1 (2020): 308-309.

3. Каримов, В. В., and Ш. Х. Рузибоев. "ПРИМЕНЕНИЕ УПРАЖНЕНИЙ ПИЛАТЕСА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ." *Вестник науки* 5.12 (69) (2023): 555-558.

4. КАРИМОВ, ВВ, and РЮ МАШАРИПОВА. "ВЕСТНИК НАУКИ." *ВЕСТНИК НАУКИ Учредители: Индивидуальный предприниматель Рассказова Любовь Федоровна* 4.12 (2021): 32-36.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙСАЖ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ

*Равшанов Сардор, 302 Б стом ПИМУ (ТГСИ), Кенжабоев Мухаммаджон
KIMYO International University in Tashkent (General Medicine 3 year med-
59R)*

*Научный руководитель зав.кафедры Микробиологии и фармакологии,
ТГСИ, к.м.н., доцент С.Ю.Курбанова*

Самым эффективным и доступным средством индивидуальной гигиены являются зубные пасты – важный продукт массового потребления, представляют собой сложную систему, предназначенную в первую очередь, для очищения зубов от пищевых остатков, мягкого зубного налета, зубной бляшки, препятствуют микробному обсеменению. Они должны быть безвредными, обладать хорошими очищающими, освежающими, дезодорирующими, вкусовыми, органолептическими и другими свойствами. Не должны вызывать выраженные сдвиги в составе микрофлоры полости рта, обладать местнораздражающим и аллергизирующим действием. **Цель работы** - изучение влияния на микрофлору полости рта зубных паст различного состава. Для решения поставленных целей были выбраны зубные пасты средней ценовой категории и изучен их химический состав. Для нашего исследования была выбрана зубные пасты: Лесной Бальзам (Россия), Blend-a-med (Германия), Новый жемчуг (Россия) как широко применяемая среди пациентов.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены с привлечением молодых людей (студенты -волонтеры стоматологического факультета) 22-25 лет (по 5 человек) без существенной стоматологической патологии. Стерильными тампонами брали мазок с полости рта, захватывая различные биотопы: слизистые оболочки полости рта, поверхность языка, зубной налет и т.д. Посев производили на МПА, ЖСА, сахарный бульон, КА. Оценку антибактериальной эффективности производили качественным и полуколичественным методом по диаметру задержки роста вокруг нанесенных на поверхность питательного агара образцов.

Результаты исследования, их обсуждение. Изучали микробную обсемененность ротовой полости до чистки зубов, сразу после чистки и спустя 2 часа после одноразовой чистки, и через 1 месяц от начала чистки зубов исследуемыми пастами.

Обнаружено, что наибольшим антибактериальным эффектом обладал образец зубной пасты «Blend-a-med», содержащий в качестве

антибактериального компонента 0,3 % триклозана и фторид натрия. Достаточно высокой антибактериальной активностью обладали «Новый жемчуг», содержащий бензоат натрия и «Лесной Бальзам», в состав которого указаны экстракты прополиса (*Propolis extract*) и зверобоя (*Hypericum perforatum extract*). Однако, исследования показали, что этот образец не обладал антимикробной активностью.

Регулярная чистка зубов в течение 1 месяца свидетельствовала о бактерицидном действии всех исследуемых зубных паст, однако наиболее выраженное влияние на микрофлору ротовой жидкости оказала зубная паста, включающая 0,3 % триклозана.

Таким образом, результаты исследований показали, что антисептические компоненты, введенные в состав зубных паст, оказывают бактерицидный эффект по отношению к микрофлоре полости рта, но в разной степени выраженности антибактериальный эффект или с целью антисептики и для предупреждения развития патогенной микрофлоры.

Более мягким антимикробным действием обладает зубная паста, содержащая бензоат натрия, а наиболее выраженным-зубная паста с триклозаном.

Заключение. При исследовании антибактериальной способности исследуемых зубных паст, было установлено, что наиболее высокой антибактериальной эффективностью обладает зубная паста «Blend-a-med», а наименьшей обладает «Лесной Бальзам».

ИНСОН САЛОМАТЛИГИ ВА УНДА ТИББИЙ КУРИКНИНГ АХАМИЯТИ.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт
Доцент кафедры «Общественное здоровье,
управление здравоохранением,
и физической культуры» К.М.Н.Д.Камилова.
Ташкентский Государственный стоматологический институт
Клинический ординатор Рахматуллаева Дилноза*

Бахт, энг аввало соғлик демакдир.

Г. КУРТИС

Соғлик — донолар учун давлат.

П. БЕРАНЖЕ

«Инсон — табиатнинг ер юзидаги олий маҳсулидир. Бироқ табиат яратган мўъжизалардан баҳра олмоқ учун инсон соғлом, бақувват ҳамда зукко бўлмоғи зарур.

Инсон 100 йил яшаши мумкин. Лекин биз ўзимизнинг тийиксизлигимиз, палапартишлигимиз, ўз организмимизга нисбатан шафқатсизлигимиз туфайли бу муддатни кўп йилларга қисқартириб юборамиз» деган И. П. ПАВЛОВнинг сузлари билан мақоламни бошламоқчимиз. Чунки биз инсоннинг ҳар томонлама камол топтирмоқни истаймиз, токи у бемалол югурадиган, сузадиган, тез ва чиройли одимлай оладиган бўлсин, унинг тўрт

мучаси соғ бўлсин, қисқаси, у меҳнат ва мудофаага ҳамиша ҳозир туриши учун жисмонан ҳамда ақлий қобилияти баб-баравар ривож топган росмана, соғлом одам бўлишини истаймиз.

Жисман бақувват одам иссиқа ҳам, совуққа ҳам бардош беради. Худди шунингдек, руҳан тетик одам газабга ҳам, қайгуга ҳам, шодликка ҳам, бошқа кечинмаларга ҳам чидайди.

Инсон учун бебаҳо бойлик – бу соғлиқ-саломатликдир. Уни асраш эса ҳар биримизга омонат қилиб берилган. Шунинг учун ҳам инсон ўз соғлигини эҳтиёт қилиши вожиб амаллардан ҳисобланади.

Доно халқимиз “Соғлиқ – туман бойлик” деб бежиз айтмаган. Ақл-идрок соҳиби бўлган инсон ўз ҳаётини кадрлаши лозим бўлади.

Кишилар мунтазам тансиҳатлик, доимий соғлиқ ҳақида қанчалик қайғуришмасин, бу йўлда нечоғли фидокорлик кўрсатишмасин, ҳар вақт, ҳар қачон батамом саломат бўлишнинг асло иложи йўқ. Бирорта одам ўзини ҳар жиҳатдан “соппа-соғман” деб ҳисоблай олмайди, “менинг ҳеч қандай касалим йўқ”, дея баралла айта олмайди.

Инсонларнинг ҳаёт тарзи, уларнинг санитарияга доир билимдонлиги, бу билимларни кундалик турмушда қўллай олишлари ва унга қатъиян риоя қилишлари, ўз организмлари ва баданларига бўлган онгли муносабатлари, ўз саломатликларига бўлган муносабатлари соғлиқни сақлашдаги энг муҳим шароитлар ҳисобланади. Ана шу элементлар саломатликни, жисмоний ва руҳий фаолликни, узоқ умр кўриш, умрни узайтирувчи омиллар ҳисобланади. Бошқача қилиб айтадиган бўлсак, ҳар бир муайян шахснинг саломатлиги биринчи навбатда унинг ҳаёт тарзига, ана шу турмуш тарзи элементларига онгли ёндошишига боғлиқдир. Шулар билан боғлиқ ҳолда айтиш лозим-ки, соғлом турмуш тарзининг асосида атроф муҳитда бор бўлган барча омилларнинг организмга таъсир этиш мумкинлиги ҳақидаги маълумотларга эга бўлиш, ва ана шу омиллардан ўзининг саломатлиги учун фойда келтирадиган томонларидан самарали фойдалана олиши муҳим аҳамиятга эгадир.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, кейинги бир неча ўн йил ичида ортиқча тана вазни ва семизлик муаммоси бутун дунёда кучайиб бормоқда. 2015 йилнинг ўзида юқумли бўлмаган касалликлар 40 миллион одамнинг умрига завола бўлди, бу эса дунё бўйича барча ўлим ҳолатларининг 70 фоизини ташкил қилади.

Ўзбекистонда эса ҳар йили барча ўлим ҳолатларининг 78 фоизи юқумли бўлмаган касалликлар туфайли юз бермоқда. 2017 йилда жинси ва ёши бўйича стандартлаштирилган ўлим сабаблари умумий тузилмасида биринчи ўринни қон айланиш тизими касалликлари (69 фоиз), шу жумладан юрак ишемик касаллиги, артериал гипертония ва унинг асоратлари (миокард инфаркти, бош миёга қон қуйилиши) эгаллади. Улардан кейин ҳавфли ўсмалар (8 фоиз), қандли диабет (3 фоиз) ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликлари (3 фоиз) жой олди.

2014-2015 йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти билан биргаликда республиканинг 18-64 ёшдаги аҳолиси орасида ўтказган тадқиқот натижалари қуйидагиларни кўрсатди: ҳар куни аҳолининг учдан икки қисми (67 фоиз)

сабзавот ва меваларни етарли миқдорда истеъмол қилмайди (400 граммдан кам); аҳолининг ярми ортиқча вазнга эга: катта ёшдаги аҳолининг ҳар бешинчисида семизлик аниқланган; аҳолининг 46 фоизиди қондаги холестерин даражаси ортганлиги қайд қилинган; эркакларнинг 42 фоизи ва аёлларнинг 1,5 фоизи тамаки чекади; аҳолининг деярли учдан бир қисмида юқори артериал босим ($\geq 140/90$ mm Hg) қайд қилинмоқда; аҳолининг 9 фоизи оч қоринга қондаги глюкозанинг ортган даражасига эга ($\geq 6,1$ mol/l); 40-64 ёшдаги аҳолининг бешдан бир қисми ўн йил ичида юрак қон-томир касалликлари ривожланиши хавфига эга; аҳоли орасида бир кунда истеъмол қилинаётган туз миқдори ўртача 14,9 граммни ташкил қилади, бу эса Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсия этган кўрсаткичдан (кунига кўпи билан 5 грамм) 3 барабар ортиқ.

Юқоридаги статистик маълумотлар, албатта Давлатимиз раҳбарини, Соғлиқни сақлаш вазирлигини бефарқ қолдирмади. Охириги уч йил давомида мамлакатимизда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва жисмоний фаоллигини оширишни ташкил қилиш ва бошқариш механизмларини такомиллаштириш мақсадида ҳамда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон Фармони имзоланди. Фармонга мувофиқ: 2019-2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш Концепцияси, 2019-2022 йилларда юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари Дастури тасдиқланди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг ПҚ 4063 сон 18.12.2018 йилдаги “Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида” ги қарори шулар жумласидандир. Хукуматимиз раҳбарияти жумладан Президентимиз Ш.М.Мирзиёевнинг ташаббуслари билан охириги 5 йил ичидаги қабул қилинган фармон ва қарорлари ҳамда амалга оширилган ишлар натижасида халқимизнинг тиббиётга бўлган муносабати тубдан узгарди ва улар уз саломатликларига узлари маъсул эканликларини билиб олдилар шу билан бирга соғлом турмуш тарзини устунлиги тан олинди.

Инсон турмуш тарзи – ҳаётининг таянч нуқтаси, ҳар бир инсон унга таянган ҳолда, ўз ҳаётини тубдан ўзгартиришга эришиши мумкин. Турмуш тарзини белгиловчи бош омил инсоннинг ўзидир. Соғлом турмуш тарзи –шундай яшаш тарзики, унда одамлар саломатлигига таъсир кўрсатувчи зарарли омиллар бўлмаслиги, инсон улардан онгли равишда ўзини четга олиши керак.

Кўплаб адабиётларда соғлом турмуш тарзининг асосий йўналишлари сифатида қуйидагилар белгиланган:

Шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш, Кун тартибига риоя қилиш, Жисмоний фаоллик, Зарарли одатлардан тийилиш, Соғлом турмуш тарзи тўғри овқатланиш талаблари. Оқилона овқатланиш – узоқ умр гарови:

Тиббий кўрик - инсонлар саломатлигини сақлаш, касалликлар келиб

чиқиши ва тарқалишининг олдини олиш мақсадида ўтказиладиган тадбирлардир. Тиббий кўрикнинг аҳамияти шундаки, ўз вақтида ўтказиладиган тиббий кўрик доимо соғлом бўлиб юриш имкониятини яратади.

Тиббий кўрик кўп тармоқли марказий поликлиника, оилавий поликлиника, қишлоқ оилавий поликлиникаси ҳамда диспансерларда ўтказилади. Ҳар бир инсон тиббий кўриктан ўзларининг доимий яшаш жойларидаги оилавий поликлиникаларда йилда бир мартаба ўтишлари тавсия этилади.

Тиббий кўриктан ўтаётганда қуйидагиларга эътибор бериш керак:

- умумий қон, сийдик таҳлили; қон босимини ўлчаш; барча диагностик текширувлардан ва тор соҳа мутахассислари кўригидан ўтиш.

Чуқурлаштирилган тиббий кўриқда педиатр, терапевт, жарроҳ-ортопед, гинеколог, офтальмолог, дерматолог, невролог, логопед, стоматолог, психолог, эндокринолог мутахассислари иштирок этадилар.

Тиббий курик меҳнат ва оила кодекси билан тартибга солинади: XIII БОБ. МЕҲНАТНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШ. Бу 211-модда. Меҳнатни муҳофаза қилиш талаблари

Барча корхоналарда хавфсизлик ва гигиена талабларига жавоб берадиган меҳнат шароитлари яратилган бўлиши керак. Бундай шароитларни яратиб бериш иш берувчининг мажбуриятига киради.

Меҳнатни муҳофаза қилиш талаблари ушбу Кодекс, меҳнатни муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонунлар ва бошқа норматив ҳужжатлар, шунингдек техник стандартлар билан белгиланади.

Иш берувчи меҳнатни муҳофаза қилиш талабларини бузганлик учун жавобгар бўлади.

213-модда. Ходимнинг меҳнатни муҳофаза қилиш ҳақида маълумот олиш ҳуқуқи

Иш берувчи меҳнат шартномасини тузишда ва бошқа ишга ўтказишда ходимни меҳнат шароитлари тўғрисида, шу жумладан касб касалликлари ва бошқа касалликларга чалиниш эҳтимоли, шу билан боғлиқ ҳолда унга бериладиган имтиёз ва компенсациялар, шунингдек шахсий ҳимоя воситалари ҳақида хабардор қилиши керак.

Иш берувчи ходимларга ёки уларнинг вакилларига муайян иш жойидаги ва ишлаб чиқаришдаги меҳнатни муҳофаза қилишнинг ҳолати ҳақида ҳам ахборот бериши шарт.

214-модда. Тиббий кўрик

Иш берувчи меҳнат шартномаси тузиш чоғида дастлабки тарзда ва кейинчалик (иш давомида) вақти-вақти билан қуйидаги ходимларни тиббий кўриктан ўтказишни ташкил қилиши шарт:

ўн саккиз ёшга тўлмаганлар;

олтмиш ёшга тўлган эркаклар, эллик беш ёшга тўлган аёллар;

ногиронлар;

меҳнат шароити ноқулай ишларда, тунги ишларда, шунингдек транспорт ҳаракати билан боғлиқ ишларда банд бўлганлар;

озик-овқат саноатида, савдо ва бевосита аҳолига хизмат кўрсатиш билан

боғлиқ бўлган бошқа тармоқлардаги ишларда банд бўлганлар;

умумтаълим мактаблари, мактабгача таълим ташкилотлари ва бошқа муассасаларнинг бевосита болаларга таълим ёки тарбия бериш билан машғул бўлган педагог ва бошқа ходимлари.

Меҳнат шароити ноқулай ишлар ва бажарилаётганида дастлабки тарзда ва вақти-вақти билан тиббий кўрикдан ўтилиши лозим бўлган бошқа ишларнинг рўйхати ва уларни ўтказиш тартиби Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан белгиланади.

Ушбу модданинг биринчи қисмида кўрсатилган ходимлар тиббий кўриклардан ўтишдан бўйин товлашга ҳақли эмаслар. Тиббий кўрикдан ўтишдан ёки тиббий комиссияларнинг текширувлар натижасида берган тавсияларини бажаришдан бўйин товланган ходимларни иш берувчи ишга қўймасликка ҳақлидир.

Ходимларнинг меҳнатидан уларнинг соғлиғи ҳолатига тўғри келмайдиган ишларда фойдаланишга йўл қўйилмайди.

Агар ходим ўз соғлиғининг ҳолати меҳнат шароити билан боғлиқ ҳолда ёмонлашган деб ҳисобласа, у навбатдан ташқари тиббий кўрикдан ўтказишни талаб қилишга ҳақлидир.

Тиббий кўриклардан ўтилиши муносабати билан ходимлар чиқимдор бўлмайдилар.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг қарори “Никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш тўғрисида”ги низомни тасдиқлаш ҳақида Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 25 августдаги 365-сон қарори, “Никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш тўғрисида”ги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида Вазирлар Маҳкамасининг 2007 йил 17 апрелдаги 78-сон қарорининг мақсад ва вазифалари соғлом оилани шакллантириш учун шарт-шароитлар яратиш, ирсият билан боғлиқ ва туғма касалликларга чалинган болалар туғилишининг олдини олиш никоҳланувчи шахсларни тиббий кўрикдан ўтказишнинг мақсади ҳисобланади.

Тиббий кўрик Оила кодексига мувофиқ амалга оширилади ва «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида», «Психиатрия ёрдами тўғрисида», «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишнинг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўғрисида», «Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси қонунлари, мазкур Низом ва бошқа қонун ҳужжатлари билан тартибга солинади.

ЎРТА ЁШЛИ ИНСОНЛАРДА УЧРОВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА ОГИЗ БУШЛИГИДАГИ УЗГАРИШЛАР.

Рахмонова Шахноз Каххоровна.

ТДСИ, “Физиология ва патология” кафедраси

Ассистенти

Ўрмонов Ортикали.

ТДСИ, “Стоматология” факультети 205 гуруҳ талабаси.

Инсон организми ёши утган сари барча аъзоларнинг патологияси кучайиши билан бирга кечади. Яъни ҳозирги кунда инсонлар орасида барча касалликлардан

энг куп учраши буйича соматик патологиялари асосий урин эгаллайди. Соматик патологиясига асосан юрак кон томир, ошкозон ичак, бош мия, кон тизими касалликлари сифатида ҳам кузатилади. Юрак касалликларида огиз бушлиги яллигланиш касалликларидан куйидагиларни айтиш мумкин.

Стоматит – оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг яллигланиши, яъни оғиз емирилиши ҳам дейилади. Бу хасталик моддалар алмашинуви касалликлари (авитаминоз – витаминлар етишмовчилиги, қандли диабет) асаб ва ички аъзолар касалликлари, ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши оқибатида пайдо бўлади. Чекиш, спиртли ичимликларга ружу қўйиш, жуда иссиқ ёки совук, нордон, шўр овқатлар ейиш ҳам стоматитга сабаб бўлиши мумкин. Айрим дориларга нисбатан сезувчанлик ортганда хусусан, пала-партиш антибиотикларни ичиб ўз-ўзини даволаганда, балоғатга етиш даврида, ақл тиши чиқиши қийинлашганда ҳам стоматит рўй беради. Хасталик ўткир ва сурункали кечади. Стоматитнинг катарал, ярали некротик, афтоз хиллари фарқланади. Гингивит – милкнинг яллигланиши бўлиб, маҳаллий ва умумий омиллар таъсирида ривожланиб, тиш-милк боғланишининг бузилишисиз кечади. оғиз бўшлиғи гигиенасига амал қилмаслик, сифатсиз протезлар, тиш-жағ нуқсонлари, фтор қўшилган сувни ичиш, узок вақт парҳез қилиш, соматик(ички) касалликлар шулар қаторига киради.

Бу касалликнинг келиб чиқишида эндокрин ўзгаришлар ҳам муҳим ўрин тутди. Қандли диабетда пародонт тўқималарида ангиопатик ўзгаришлар рўй беради (қон айланиши бузилади). Қон касалликлари ва қон ишлаш тизими касалликлари пародонт тўқималарида дистрофик ўзгаришлар пайдо қилади, бу эса милк қиррасининг гиперплазия(шишиб чиқиши, яллигланиб кенгайиши) билан ифодаланади. Милк патологиясининг ривожланишида генетик мойилликнинг ҳам аҳамияти катта. Доривор моддаларни пала-партиш қабул қилиш (иммунодепрессантлар, гидантоин) ҳам милк касаллигининг келтириб чиқаради. Симоб, қўрғошин, йод, алюминий, рух каби металллардан заҳарланишда умумий ҳолсизлик, яъни бош оғриғи, қориндаги оғриқлар билан биргаликда катарал гингивит, ярали гингивит, стоматит ҳам кузатилади. Ҳомиладор аёлларда гипертрофик гингивитларнинг ривожланиши сабаби бу даврда сариқ тана томонидан гормонларнинг ишлаб чиқилишидир. Гипертрофик гингивит (милк катталашгани) асосан ҳомиладорликдан аввал милк яллигланганда ва оғиз бўшлиғини тоза тутмаслик натижасида ривожланади. Тутқанокни даволашда дифенин дориси қўлланилади, унда ҳам гипертрофик гингивит ривожланади. Бу препарат таъсирдан фиброз қават коллаген синтези кучаяди, милк гиперплазияси кузатилади. Хасталик сабабли тилнинг кўриниши ўзгариб, “қора сочли” ёки ромб шаклида бўлади. Тил география харитасини эслатади. Бу тил географик тил ёки шифокорлар тили билан айтганда десквоматив глоссит деб юритилади. Бемор нордон, аччиқ, шўр ва маринадланган(сиркали) озиқ-овқат маҳсулотларидан парҳез қилиши зарур. Глосситда тил юзасида ёриқсимон ариқчалар жуда кенг, узун ва ён тарафга шох сингари тарқалган бўлади. Яъни, унда майда-майда бурмалар кузатилади. Бу “бурма тил” дейилади. Тилдаги ипсимон сўрғичларнинг одатда устки қисмидаги дағаллашган ҳужайра кўчиб тушиб, ўрнига янгиси пайдо бўлади. Глосситда эса

бу ҳолат рўй бермаслигига сабаб дағаллашган қатлам йиғилиб қолади ва “сўрғичсимон тил” пайдо бўлади.

АБУ АЛИ ИБН СИНО ТОМИР УРИШИ ХАКИДА.

Б.ф.н. катта ўқитувчи Хужаева Н.А

Стоматология факультети 110 А гуруҳ талабаси Рустамов Ф.Б

Тошкент Давлат Стоматология Инститuti.

Аннотация: Абу Али Ибн Синонинг “Тиб конунлари” асарида илгари сурилган томир уриши тугрисидаги таълимот ҳозирги замонда ҳам уз кучини йукотмаганлиги ҳамда бемор ва текширилувчи кишининг функционал ҳолатидан дарак берувчи энг муҳим курсаткичларидан бири ҳисобланади.

Кириш. Машхур табиб тиб илмининг бобокалони Абу Али ибн Сино инсон томир уришларини урганиш буйича қатор тажрибалар ва кузатишлар олиб борган. Бу маълумот ва натижалар то шу кунга қадар уз қийматини саклаб, жаҳон илми дурдоналари ичида сакланиб ва қулланилиб келинмоқда.

Текширув усуллари: Пальпация, пульсатохметрия флебодиаграмма, сфигмография, ритмограмма текширув усулларида фойдаланиш мумкин. Бу симпатик ва парасимпатик асабларнинг баланслинишига асосланган усулдир.

Томир уриши умумий жараён бўлиб, ҳар бир инсонга хос ҳаётий хусусиятдир. Ибн Сино бу таълимотни ўрганиб чиқар экан, текис ва нотекис томир уриши хусусиятлари, томир уришининг табиий турлари, томир уришини белгиловчи асбоблар, эркаклар, аёллар, турли ёшдаги одамларнинг томир уриши, йил фаслларга қараб томир уриши, мураккаб, уйқу, уйғоқлик, жисмоний ҳаракатлар пайтидаги томир уриши, турли мижозлардаги ва оғриқ пайтидаги, ҳар хил рухий ҳолатлардаги, табиатида зид бўлган ҳоллар таъсиридаги томир уришларининг ўзгаришлари ҳақида, томир уриши илмининг умумий қоидалари ҳақида батафсил баён этади.

Томир уриши доимо сиқилиш ва кенгайишдан иборат бўлиб, ҳар бир карама-қарши ҳаракат ўртасида тиним бўлади. Ҳар бир ҳаракат ўз масофаси охирига етгач, бошқа бир ҳаракатга улана олмайди. Абу Али ибн Сино „ Тиб конунлари “1- том, 245-268 бетлар.

Аллома томир уришининг қаттиқ ва юмшоқлиги, нотекислигини фарқлаб, улар ўз навбатида аррасимон, икки зарбали, сичқонсимон каби турлари борлигини аниқлайди. Асослаб берилган маълумотлар тиббиёт илмидаги қонуниятларга ҳар томонлама ҳосдир.

Томир уриши ҳозирги замонда ҳам бемор ва текширилувчи кишининг функционал ҳолатидан дарак берувчи энг муҳим ва текширилиши қулай бўлган кўрсаткичдир.

Ҳозирги замон физиология фанида юрак фаолияти ва у билан боғлиқ бўлган артериал томирлар деворининг тебранишлари организмнинг турли ҳолатлари унга таъсир этувчи ички ва ташқи омилларига юксак даражада сезувчанлиги исботланган. Бундан ташқари ҳозирги замон физиологияси ва клиникасида кенг қўлланилаётган Баевскийнинг „ ритмограмма “ (симпатик ва парасимпатик асабларнинг баланслинишига асосланган) усули ҳам Абу Али ибн

Синонинг „ Томир уриши “ туғрисидаги таълимотларига асосланади ва биз яна бир бор алломанинг барҳаёт ижодига тахсинлар айтамыз.

ИБН СИНО ЎЗ ДАВРИНИНГ ИННАВАЦИОН ҒОЯЛАР АЛЛОМАСИ

С.М.Муродуллаева

Тошкент давлат стоматология институти

Стоматология факультетининг 1 курс 109

Грух талабаси.

Илмий раҳбар: Ижтимоий фанлар биоэтика

курси билан кафедрасининг доценти

Ф.ф.н. (PhD) Юлдашева Л.С.

Долзарблиги: Ибн Синонинг “Тиб қонунлари” китоби жаҳонда инсон танасининг соғлом ва носоғлом ҳолатларига нисбатан илмий ёндашилган ноёб йирик асардир. Китобнинг индуктив ва илмий услуби фан ривожланишига катта таъсир кўрсатганлиги билан ҳам долзарбдир.

Мақсади: Абу Али ибн Синонинг тиббий инновацион ғоялари табобатга оид асарларида, хусусан, “Тиб қонунлари” китобида ўз ифодасини топган. Ибн Сино тиб илмига шундай таъриф берган: “Тиббиёт шундай бир илмки, у билан одам гавдасининг аҳволи соғлиқ ва касаллик жиҳатидан ўрганилиб, унинг мавжуд соғлиги сақланади ва йўқотгани қайта тикланади”. Алломанинг бу таърифида жуда бир муҳим инновацион ғоя бор. У саломатликни сақлашни, инсон ўзига эътиборли бўлиш масаласини биринчи ўринга қўяди. Бундан минг йил илгари айтилган олимнинг инновацион фикри юксак даражада ривожланган ҳозирги замон тиббиётининг асосий қоидаларига тўла мос келади. Таниқли ва йирик анатом олим М.Г.Привснинг тан олишича, Ибн Синони одам анатомияси, физиологияси ва бошқа тиббиёт фанига оид инновацион ғоялари европа университетларида олти аср давомида ўқитилиниб келинган. Шунинг учун ибн Синони одам анатомияси фанининг асосчиси деб шубҳасиз айтиш мумкин”.

Усул ва услублар: “Тиб қонунларини” яратишда аллома энг аввало кузатиш усулбидан кенг фойдаланган. Солиштириш, таққослаш, анализ, синтез ва умумлаштириш усулларида кенг фойдаланилган ҳолда катта тажриба эгаси сифатида анатомия фанини юзага келтирган. Унинг анатомия ва физиология фанларининг яратилиши ва тараққий этиш борасидаги инновацион ғоялари юксак баҳоланган. Жумладан, В.Н.Терновскийнинг ёзишича, “тиббиётнинг асоси бўлган анатомия “Тиб қонунларида” асосий ўрин тутди. Шунинг учун 10-12 асрларданок барча анатомияга оид асарлар қомусий олимнинг асарларидаги инновацион ғояларига таққосланиб, сўнгра уларга баҳо берилар эди. Ибн Синонинг асарларида суякларнинг тузилишини тушунтириш масалалари юнон олими Галендан мукамалроқ ва А. Везалийдан аниқроқ қилиб ёзилганлиги инновацион ғоя сифатида тан олинган. Платон ва Аристотель мушаклар худди ёғ каби танани иссиқ ва совуқдан сақлайди деб ҳисоблашган. Ибн Сино мушакларнинг қисқариши нерв толалари билан боғлиқлигини исботлаб берган.

Алломанинг ўз вақтидаги бундай ғоялари ҳозирги замон фанида кўрсатилган, мушак тузилиши ва уларнинг таснифига тўла мос келади. Юнон алломалари Гален ва Гиппократ диафрагмада иккита тешик бор, деб бор деган

фикрига қўшилмай, учта тешик борлигини ва улардан ўтувчи қизилўнғач, қорин аортаси ва пастки ковак венани аниқлаган.

Натижалар: Шарқ мутафаккири, қомусий олим Абу Али ибн Синонинг анатомия фанига қўшган бекиёс ҳиссаси ҳақида тухталганда қуйидаги ҳолга аҳамият бермасдан бўлмайди. Табобатда эпонимлар тушунчаси бор. Унга асосан анатомик соҳалар ёки аъзонинг бир қисми шу соҳани биринчи бўлиб аниқлаган ёки чуқур ўрганган олим номи билан аталади. Масалан, “Оддо сфинктери”, “Фатер сўргичи”, “Евстахий найи” ва бошқалар. Бу борадаги энг сўнгги китоб Москва шаҳридаги “Медицина” нашриётида чиққан “Эппоним и морфология” китобидир. Энг ажабланарлиси шундаки, бу ва бундан олдин чиқарилган китобларнинг бирортасида Ибн Сино номи тилга олинмаган. Лекин бу борада биринчилардан бўлмаса ҳам, эпономик номи борлиги учунгина исми-шарифи тиббиёт тарихига кирган бир қанча олимлар мавжуд. Бундан минг йил илгари аллома томонидан тавсия этилган инновацион технология, яъни доривор ўсимлик маҳсулотларини йиғиш муддати ва технологиялари ҳозирги кунгача деярли ўзгармаган. Ибн Сино бундай ғояларининг илмий текширишлар натижасида тасдиқланиши унинг кузатишлари ва тажрибалари қанчалик жиддий, аниқ ва тўғри эканлигини кўрсатади. Унинг беморларни кузатиш ва тажрибалар асосида тасдиқланган илғор ғоялари фармация, фармацевтика фанлари ва экспериментал фармакологиянинг шаклланишида ҳамда уларнинг тараққий этишида ғоят катта аҳамиятга эга бўлди. Фикримизнинг ёрқин исботи сифатида профессор, РАН академиги Б.Д.Петровнинг “Тиб қонунлари”нинг сўз бошида ёзган фикрларини келтириш мумкин: “Ибн Сино фармацияси биринчи галда яхши ва пухта ўйланган фармакологик экспериментал усулларига таянгани учун европа фармакологиясидан кўп асарлар олдинга ўтиб кетган. Алломанинг фармация ва фармакологияси XVI-XVIII асрлар Европа фармациясига қараганда ҳозирги замон фармакология фанига яқинроқдир. Ибн Синонинг ҳамма тажрибалари тўғри, инновацион ғоялари узоқни кўзлаган ва илмий асосланганки, улар ўтган минг йил давомида ўз қийматини йўқотмади, аксинча, бу уни ҳозирги замон фармакогнозия ва дори технологияси ҳамда экспериментал фармакологиянинг асосчиларидан бири деб ҳисоблашга асос бўлиб хизмат қилади.

Хулоса: Ибн Сино этикани маънавий-руҳий тиббиёт илми деган инновацион ғояни биринчи бўлиб илгари сурган олимдир. Бу бўйича этика илмининг тиббиёт илмига ўхшашлиги шундаки, тиббиёт инсон танасига соғлиқ бахш этади, унинг вазифаси танани хасталикдан халос қилишдир, фалсафа илми эса, жумладан ахлоқшунослик- жамият ва инсон руҳини соғломлаштириш усуллари ҳақидаги илмдир. Бу мақсадга Ибн Сино инсон руҳиятини соғломлаштириш орқали унда гўзал хулқларни, яхши фазилатларни шакллантириш билан эришилади, дейди. Абу Али ибн Сино асарлари боқийлигининг сирларидан бири ҳам ана шундай теран фикрлашга асосланганликдир.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Саидкулова Ситора , студентка ТГСИ стоматологического факультета
,202 Б группа*

*Научный руководитель: Ашуров Т.А доцент кафедры клинической
анатомии ,Рахмонов О.Р ассистент кафедры анатомии
Ташкентский государственный стоматологический институт ,
Узбекистан*

saidkulovasitora@gmail.com

Актуальность :Целью данного исследования было предоставить дополнительную информацию о частоте осложнений аппендэктомии у пациентов с аппендицитом.

Методы: Всего было включено 619 пациентов, перенесших аппендэктомию по поводу аппендицита в период с 2014 по 2020 год. Были собраны предоперационные данные пациентов и подробности послеоперационных осложнений. Сравнение простого и сложного аппендицита было получено посредством одномерного и многомерного анализа результатов.

Результаты. Простой и сложный аппендицит диагностирован у 192 и 427 больных соответственно. У 28 пациентов с простым аппендицитом развились осложнения, из них у 14 — инфекционные. У больных сложным аппендицитом у 65 больных развились осложнения, из них у 55 — инфекционные. Наибольшую долю осложнений составили инфекционные осложнения. Значимым фактором риска инфекционных осложнений при простом аппендиците была степень Американского общества анестезиологов (ASA) [отношение шансов (ОШ) = 7,843, 95% доверительный интервал (ДИ): 1,987–30,955, $P = 0,003$]. Степень ASA (OR = 1,992, $P = 0,032$) и положительная бактериальная культура (OR = 4,019, 95% ДИ: 1,809–8,933, $P = 0,001$) были значимо связаны с инфекционными осложнениями при сложном аппендиците.

Выводы: Это исследование показало, что аппендэктомия не всегда является рутинной операцией с небольшим количеством осложнений. Относительно высока частота осложнений у больных аппендицитом, преимущественно инфекционного характера. Более высокий уровень ASA коррелировал с инфекционными осложнениями. В некоторых случаях сложного аппендицита пациенты с положительной бактериальной культурой могли иметь больший риск инфекционных осложнений.

ПРОБЛЕМА АБОРТА В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ

*Сайдаминова Гулчехра Фарход кизи 102 гр. Стоматологического
факультета ТГСИ*

*Научный руководитель: Умирзакова Наргиза Акмаловна. Доцент кафедры
общественных наук, с курсом биоэтики
Ташкентский государственный стоматологический институт,*

Актуальность: Здоровье женщины - один из первоочередных по приоритетности компонентов благополучия и богатства страны. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной. Именно поэтому тема аборт должна быть освещена и решена

Цель исследования: В целях профилактики и предотвращения абортов, а также для улучшения социальной жизни.

Материалы и методы: Процедура аборта в Узбекистане легальна. Она производится в государственных клиниках и родильных комплексах. Для проведения аборта нужен паспорт, так как в учреждении заводится индивидуальная карта, история болезни, Приказ №721 от 20.10.1996 «Об утверждении инструкции и порядка проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации». Приказ №722 от 29.10.1996 «Об утверждении инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации». Закон «Об охране репродуктивного здоровья граждан», статья 18 «Искусственное прерывание беременности». Вопрос об абортах относительный и дискуссиях по проблеме выделяют три позиции: либеральная, консервативная и умеренная.

Доводы последователей либеральной позиции не только отрицают «статус эмбриона», но и отказываются считать плод-человеческим существом, до его рождения. Эмбрион или плод - часть женского организма, соответственно у него нет ни морального, ни правового права. Потенциальная мать имеет право распоряжаться биологическим материалом, который мог образоваться в её теле нечаянно, следовательно разрушив все её планы на жизнь. Именно поэтому невозможно считать убийством нежелание иметь ребенка, по причине здоровья или жизненной позиции.

Сторонники умеренной позиции, подчеркивают постепенное развитие эмбриона (до 8 недель) от плода до человеческого организма. Такой вариант распределяет период беременности на триместры. В 1-триместре аборт правомерен и этически возможен, в 3-ем триместре должно быть признано право плода на жизнь, которое может быть нарушено при наличии опасности жизни матери. Представители умеренной позиции допускают аборт при определенных условиях, такие как:

1. Высокая вероятность патологических отклонений
2. Беременность в следствии изнасилования
3. Беременность и ее позиция угрожает жизни матери, а также может нанести её здоровью существенный ущерб

4. Наличие плохих социальных и материальных условий

Последователи консервативной позиции относятся отрицательно к аборту на любых стадиях беременности, а представители жесткого консерватизма призывают не рассматривать никаких смягчающих обстоятельств. Аборт неприемлем даже при угрозе матери, в случае инцеста, а также в случае изнасилования. Они утверждают, что эмбрион – есть человек, и покушение на его жизнь является убийством, поскольку существо находится в незащищенном состоянии и зависит от матери. Так же противники аборта опираются на религию, где прописан факт «страдания плода» при аборте. Кроме этого, мировые религии как: ислам, христианство и буддизм выступают против абортов, утверждая – что это грех. Христианская церковь (католическая, православная, протестантская) осуждает аборт как грешное, богопротивное деяние. В Исламском кодексе медицинской этики утверждается священность жизни человека, включая эмбрион и плод. В буддизме аборт рассматривается как истребление жизни человека.

Результаты и обсуждение: Главная проблема аборта является отношение к нему врачей. В Венецианской декларации Всемирной медицинской ассамблеи о медицинских абортах (1983 г.) указано следующее:

- Основополагающий нравственный метод доктора - это уважение к человеческой жизни с момента её зачатия.
- Обстоятельства, противопоставляющие интересы потенциальной матери интересам ее не родившегося ребенка, ставят доктора перед необходимостью выбора: сберечь беременность либо её прервать
- Неоднозначность выбора определяется различными религиозными и моральными позициями, которые имеют место быть
- Если личные убеждения не разрешают врачу советовать либо прервать беременность, он должен направить пациентку к своему коллеге.

Заключение: Я сторонник умеренной позиции и для того чтобы уменьшить кол-во абортов в Узбекистане, нужно: вести половое воспитание как предмет в школе после 9 класса, не только для девушек, но и так же для парней. Повысить социальную грамотность. Уменьшить цены на контрацепцию, а так же сделать эти препараты качественными. Учитывая что аборт приносит не только психологическую травму женщине(не во всех случаях), но и так же в последствии возможен диагноз бесплодия у женщин, нужно сделать обязательным посещение психолога, как до, так и после аборта

ПРИНЦИПЫ ЭТИКИ В ПРОЕКТЕ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОГО КОДЕКСА УЗБЕКИСТАНА

*Салохиддинова Рушана Камолиддинхон кизи, 202Б группа леч.фак, ТГСИ.
Научный руководитель: Мухамедова З.М., профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики.*

Актуальность: В современном мире биомедицинские технологии получают настолько стремительное развитие, что об их достижениях

вольно или не вольно осведомлен практически каждый человек. ГМО, клонирование, суррогатное материнство, трансплантация органов и тканей и др. Вместе с развитием биомедицины происходит пересмотр многих базовых ценностей в праве. В первую очередь, затрагиваются основные права человека. Несмотря на выделенные угрозы, правовой аспект современной биомедицины находится в числе малоизученных проблем юридической науки.

Цель исследования: Исследование направлено на оценку перспектив и необходимости синергии между институтами биоэтики, органами общественного здоровья и гражданским сообществом для обеспечения соответствия биоэтическим нормам и принципам в рамках нового кодекса.

Материалы и методы: В рамках исследования проанализированы правовые аспекты предложенного проекта нового кодекса в Республике Узбекистан. Информационная база исследования включает в себя данные, полученные из обширного анализа научной литературы и исследовательских работ в данной области.

Результаты и обсуждение: Нормативное регулирование и обеспечение прав граждан на квалифицированную медицинскую помощь в современном правовом государстве обеспечивается медицинским правом и биомедицинской этикой. Они тесно взаимосвязаны, однако в Узбекистане механизм этой связи остается проблемой, которая стоит особенно остро, поскольку и правовая система, и система здравоохранения находятся в стадии реформирования. Кроме того, само медицинское право в нашей стране только формируется как самостоятельная отрасль. Что касается моральной регуляции этой сферы, то она должна быть основана на принципах биомедицинской этики - дисциплины новой и малоизвестной в нашей стране. Эти обстоятельства создают дополнительные трудности в совершенствовании законодательной базы здравоохранения. *Новые биотехнологии не только расширили научную сферу исследований биологов и медиков, но и породили массу этических и юридических проблем, в числе которых проблема абортов, суррогатного материнства, эктаназии, имплантации, трансплантации, применения новых репродуктивных технологий и другие.* Противоречие между современным мировоззрением и классическим пониманием прав человека следует рассматривать как одну из важнейших проблем нормативного регулирования медицинских инноваций. По инициативе Президента Шавката Мирзиёева в стране последовательно продолжается работа по реформированию системы здравоохранения. Эти реформы нацелены на улучшение качества медицинских услуг, сохранение здоровья населения, воспитание физически и духовно здорового поколения, что связано с формированием социального контекста биоэтических проблем в Узбекистане.

Новый проект кодекса стимулирует творческое развитие биоэтики, некоторые положения биоэтики (о трансплантации органов и тканей, вспомогательных репродуктивных технологиях и др.) закрепляются как нормы права. Правовое регулирование расширяет исследовательское поле биоэтики, привлекает внимание к рассмотрению новых актуальных проблем. Право и

биоэтика, как показывает международная практика, должны в своей взаимосвязи и взаимодействии способствовать практическому осуществлению норм проекта нового кодекса. В случае правовых пробелов концепции и нормы биоэтики могут выступать в качестве регулятивных средств, решая задачу предупреждения конфликтов, понимания сущности прав человека на жизнь и здоровье в правовой системе. усложняется, все более востребованными и ожидающими скорейшего ответа стали вопросы: какие правовые и этические нормы должны защитить человека в современных биомедицинских исследованиях врача и пациента? Каким должен быть механизм защиты? Как использовать опыт зарубежных стран в этой области? Без решения этико-правового регулирования проблем биомедицинских технологий невозможен прогресс медицины.

Заключение.

В парадигму социального контекста развития биоэтики помимо образовательной составляющей в медицинских школах формирующих мировоззрение и в целом биоэтическую культуру будущих врачей, входит составляющая практического осуществления этой важной задачи в обществе. Она состоит в пропаганде и обсуждении биоэтического дискурса обществом усилиями общественного здравоохранения, институтами гражданского общества в целях оказания лучшей, справедливой и качественной медицинской помощи, решения биоэтических проблем, принятия законов и соответствующего правового регулирования. Правовые аспекты проекта нового кодекса должны рассматриваться в тесной связи с их биоэтической основой, что является новым и перспективным подходом в решении вопросов нормативного обеспечения реформирования здравоохранения.

Литература.

1. Проект Кодекса охраны здоровья граждан Республики Узбекистан КЛ-1193/22-2. 06.01.2023 project.gov.uz Единая электронная система разработки и согласования проектов нормативноправовых актов.
2. Указ Президента Республики от 07. 12.2018 № УП 5590
3. Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан». №УП-559007.12.2018.Режим доступа: <http://lex.uz/docs/4096199>.

ПРОТИВОПАРКИНСОНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

*Салохиддинова Рушана Камолитдинхон кизи, студентка 202Б группы леч.
фак. ТГСИ*

*Научный руководитель: Юсупова Зебинисо Хусниддин Кизи
Ассистент кафедры микробиологии и фармакологии*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность: В последнее десятилетие в связи с развитием медицинской науки многое сделано для понимания причин болезни Паркинсона, разработаны современные схемы лечения и, самое главное, появились эффективные лекарственные средства для лечения этого серьёзного заболевания.

Цель исследования: Сбор информации в отношении эффективности, безопасности и переносимости противопаркинсонических средств

Материалы и методы: объектом исследования прослужил больной 75 лет на начальной стадии паркинсонической болезни, находившийся на наблюдении и лечении в стационарных условиях.

Метод исследования: КТ и ретроспективные показатели с истории болезни.

Результаты:

Принципами симптоматической терапии при паркинсонизме являются:

- 1) повышение синтеза дофамина
- 2) прямая стимуляция ДА-рецепторов
- 3) стимуляция высвобождения дофамина из пресинаптического пространства
- 4) торможение обратного захвата дофамина пресинаптическими рецепторами
- 5) торможение катаболизма дофамина

«Золотым стандартом» в лечении болезни Паркинсона являются препараты, содержащие в своем составе леводопу – вещество, которое проникает в мозг и, тем самым, восполняет недостаток дофамина. После начала приёма препаратов леводопы: циклодол и тидомет форте, пациент отмечает уменьшение скованности, увеличение подвижности, появление возможности заниматься привычными делами. Но необходимо помнить, что со временем будут требоваться всё большие и большие дозы леводопы, чтобы поддерживать оптимальный двигательный режим. Через годы от начала лечения могут возникать избыточные движения, предсказуемые, а затем и непредсказуемые периоды снижения двигательной активности. Комбинация препаратов леводопы с другими лекарственными средствами позволяет избежать в течение продолжительного времени появления этих поздних нежелательных побочных эффектов. Перерывы в приеме препаратов или полная отмена всех противопаркинсонических лекарственных средств недопустимы, это может привести к необратимому ухудшению состояния с развитием обездвиженности. Нужно помнить и о том, что ряд лекарственных средств могут усиливать проявления паркинсонизма (нейролептики, допегит, верапамил, кордарон, прозак, циннаризин, фезам, вальпроаты и другие), а поэтому нужно избегать их употребление.

Список использованной литературы:

1. <https://yarmedexpert.ru/parkinson-statia-kurapin.html>
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-parkinsona-diagnostika-i-lechenie/viewer>
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-printsipy-lecheniya-parkinsonizma/viewer>

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТИРОКСИНА НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ И ПРИЧИНА БОЛЕЗНЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ЕЕ НАРУШЕНИЯМИ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

Салохиддинова Рушана Камолитдинхон кизи, студентка 202Б группы леч. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Нишанова Азиза Абдурашидовна,
Доцент кафедры физиологии и патологии, Кандидат мед наук
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность: Одними из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека являются заболевания, связанные с нарушением работы щитовидной железы, а именно дефицитом йода. Известно, что более чем для 1,5 миллиарда жителей земли (28,9% всей популяции) существует повышенный риск недостаточного потребления йода, а у 655 миллионов человек уже имеется увеличенная щитовидная железа (эндемический зоб)

Цель исследования: раскрыть роль тироксина в обмене веществ и выявить основные причины заболеваний щитовидной железы среди населения Узбекистана

Введение: Щитовидная железа – железа внутренней секреции, в клетках которой вырабатываются гормоны, регулирующие деятельность головного мозга, нервной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, влияют на репродуктивную функцию, работу молочных и потовых желез. Щитовидная железа вырабатывает йодированные гормоны тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) и нейодированный гормон тиреокальцитонин. Тироксин и трийодтиронин оказывают очень сильное влияние на рост и развитие детского организма. Их действие определяет нормальный рост, нормальное созревание скелета (костный возраст), нормальную дифференцировку клеток головного мозга и интеллектуальное развитие, нормальное развитие структур кожи и ее придатков, увеличение потребления кислорода тканями, ускорение использования углеводов и аминокислот в тканях. В клетках всех тканей организма под влиянием тиреоидных гормонов синтезируется большое количество ферментов, структурных и транспортных белков, что стимулирует обмен белков, жиров и углеводов, рост и развитие организма, созревание ЦНС. Тиреоидные гормоны увеличивают метаболическую активность всех тканей организма.

Результаты и обсуждение: Показано, что распространенность заболеваний щитовидной железы в популяции находится в прямой зависимости от уровня потребления йода. Так, в условиях легкого и умеренного йоддефицита в общей популяции распространенность эутиреоидного зоба варьирует от 10 до 40%, приобретенного гипотиреоза - от 2 до 3%, число случаев врожденного гипотиреоза составляет 0,025%, рака щитовидной железы - 0,003%, тиреотоксикоза - около 5%, носительства антител к щитовидной железе - 10-20%.

Именно поэтому внимание исследователей сосредоточивается на попытках выявить причинно-следственную взаимосвязь частоты аутоиммунных поражений щитовидной железы - болезни Грейвса и аутоиммунного тиреоидита, занимающих первое место в структуре аутоиммунной патологии человека и уровня потребления йода в популяции.

Узбекистан имеет высокий уровень йододефицита. «Дети с дефицитом йода в среднем имеют более низкие показатели интеллектуального развития, им трудно осваивать новые знания и навыки. Тогда как достаточное количество йода в организме ребёнка позволяет ему хорошо учиться и покорять новые высоты в школе, науке и спорте», — отметили исследователи. Нехватка йода, говорится в сообщении, чревата нарушением психических и умственных способностей; снижением интеллекта; развитием зоба; дисфункцией щитовидной железы; замедлением физического и психического развития детей; кретинизмом. В почве и продуктах питания в Узбекистане йода ничтожно мало. Йод в Узбекистане можно получить только через таблетированную форму или пищевую йодированную соль. В случае нарушения работы щитовидной железы могут появиться следующие симптомы: вялость, апатия; потеря аппетита, снижение массы тела или наоборот, резкая прибавка массы тела; раздражительность, плаксивость; ощущение сердцебиения; сухость кожи, выпадение волос; нарушение менструального цикла у женщин; снижение либидо; потливость, проблемы со сном; отечность лица, пальцев рук, нижних конечностей; снижение памяти и внимания; охриплость голоса, депрессивное состояние и многое другое.

К причинам заболеваний щитовидной железы относят: дефицит йода; наследственную предрасположенность (генетические изменения); приём некоторых лекарственных препаратов; факторы окружающей среды.

Дефицит йода в питании приводит к развитию следующих заболеваний щитовидной железы: диффузный нетоксический зоб, узловой/многоузловой зоб; тиреотоксикоз вследствие функциональной автономии щитовидной железы/токсической аденомы щитовидной железы; субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности.

Вывод: для предотвращения заболеваний данного рода нужно проводить профилактические процедуры: употреблять больше йодсодержащих продуктов, проводить программу йодизации в районах по всей стране, а также проследить за тем, чтобы население постоянно проверяло состояние щитовидной железы при диспансеризации в поликлиниках.

Список использованной литературы:

1. <https://www.gazeta.uz/ru/2023/09/20/iodine/>
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-narusheniy-zabolevaniy-schitovidnoy-zhelezy-u-devochek-v-surhandarinskoy-oblasti-respubliki-uzbekistan/viewer>
3. <https://366.ru/articles/gipertireoz-i-tireotoksikoz-simptomy-i-lechenie/>

TIBBIYOT VA SALOMATLIK DIALEKTIKASI

TDSI Davolash ishi fakulteti

1 kurs 106gr. talabasi

To'raboev Bobirjon

Ilmiy rahbar: Ijtimoiy fanlar bioetika

kursi bilan kafedrasining

dotsenti: f.f.n. L.S. Yuldasheva

Annotsatsiya: Inson qadri va stomatologiya o'rtasidagi bog'liqlik hamda insonlarga qanday muomilada bo'lish haqida.

Maqsadi: Insoniy qadriyatlar - bu odamlarning boshqalar bilan o'zaro munosabatlarida va ular qabul qiladigan qarorlarida boshqaradigan asosiy tamoyillar. Bu qadriyatlar bizning e'tiqodlarimiz, xatti-harakatlarimiz va tanlovlarimizni shakllantiradigan axloqiy kompas bo'lib xizmat qiladi. Ular tsivilizatsiyalashgan jamiyatning poydevori bo'lib, odamlar o'rtasida totuvlik, hamdardlik va hurmatni mustahkamlashga yordam beradi.

Usul va uslublar: Eng muhim insoniy qadriyatlardan biri bu mehr-shafqatdir. Rahm-shafqat - bu boshqalarga hamdard bo'lish, ularning dardi va iztiroblarini his qilish, mehribonlik va tushunish bilan harakat qilish qobiliyatidir. Bu barcha axloqiy fazilatlarining asosi bo'lib, mustahkam va sog'lom munosabatlarni o'rnatish uchun zarurdir.

Yana bir muhim insoniy qadriyat - bu halollik. Insof – bu kishining e'tiqodi va harakati, so'zi va harakati o'rtasidagi izchillikdir. Bu hayotning barcha jabhalarida halol, ishonchli va ishonchli bo'lish haqida. Halollikka ega bo'lgan odamlar o'zlarining axloqiy fazilatlarini va mas'uliyat hissi bilan hurmat qilinadi va hayratga tushadi.

Hurmat ham asosiy insoniy qadriyatdir. Hurmat - bu boshqalarning farqlaridan qat'i nazar, hurmat, xushmuomalalik va e'tibor bilan munosabatda bo'lishni anglatadi. Bu har bir shaxsning qadr-qimmati va o'ziga xosligini tan olish, uning fikri, e'tiqodi va huquqlarini qadrlashdir.

Adolat yana bir muhim insoniy qadriyatdir. Adolat – adolat va adolat tamoyili bo'lib, hammaga teng munosabatda bo'lishini va ularning huquqlarini ta'minlashni ta'minlaydi. Bu to'g'rilikni himoya qilish, adolatsizlik va tengsizlikka qarshi kurashishdir.

Insoniy qadriyatlar jamiyatimizni shakllantirish va umumiy farovonlikni ta'minlashda muhim o'rin tutadi. Ular madaniyatli va mehr-oqibatli dunyoning poydevori bo'lib, unda odamlar hamjihatlikda, o'zaro hurmatda yashashi mumkin. Insoniy qadriyatlarni qo'llab-quvvatlash va targ'ib qilish orqali biz hamma uchun yaxshiroq va inklyuziv jamiyatni yaratishimiz mumkin.

Natijalar: Stomatologiya va insoniy qadriyat bir necha jihatdan o'zaro bog'liq:

1. Jismoniy salomatlik: stomatologiya umumiy salomatlik va farovonlik uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lgan og'iz bo'shlig'i salomatligini saqlashda muhim rol o'ynaydi. Sog'lom tish va tish go'shti insonning ovqatlanish, gapirish va boshqalar bilan muloqot qilish qobiliyatiga hissa qo'shadi va shu bilan uning hayot sifatini

oshiradi.

2. O‘z-o‘zini hurmat qilish: Sog‘lom tabassum insonning o‘ziga bo‘lgan ishonchini va o‘ziga bo‘lgan hurmatini oshiradi. Stomatologiya nafaqat og‘iz bo‘shlig‘i sog‘lig‘i bilan bog‘liq muammolarni davolaydi, balki tabassumning estetikasini yaxshilaydi, bu esa o‘zini ijobiy imidjiga va o‘zini o‘zi qadrlashni oshiradi.

3. Og‘riqni yo‘qotish: Tish muolajalari og‘iz bo‘shlig‘idagi turli muammolardan kelib chiqqan og‘riq va noqulaylikni engillashtirishga qaratilgan. Tish shifokorlari tish og‘rig‘idan xalos bo‘lish orqali odamlarga farovonligining ahamiyatini ta’kidlab, yanada qulay va qoniqarli hayot kechirishlariga yordam beradi.

4. Profilaktik yordam: Stomatologiya muntazam tekshiruvlar va tozalashlar orqali profilaktik yordamning muhimligini ta’kidlaydi. Og‘iz bo‘shlig‘ini sog‘lomlashtirish bo‘yicha faol chora-tadbirlarni ilgari surish orqali stomatologlar odamlarga o‘z sog‘lig‘i uchun mas‘ul bo‘lishga imkon beradi va ularning farovonligi qadrlanishini namoyish etadi.

5. Muloqot va ijtimoiy o‘zaro ta’sir: Sog‘lom tishlar va milklar aniq nutq va samarali muloqot uchun zarurdir. Stomatologiya insonning boshqalar bilan ishonchli munosabatda bo‘lish qobiliyatini oshiradi, munosabatlar va ijtimoiy aloqalarni rivojlantiradi, bu ularning qadr-qimmatini va tegishlilikini his qiladi.

Xulosa qilib aytganda, stomatologiya nafaqat og‘iz bo‘shlig‘i sog‘lig‘i bilan bog‘liq muammolarni davolashga qaratilgan, balki og‘iz bo‘shlig‘ini kompleks parvarish qilish orqali umumiy farovonlik, o‘zini o‘zi qadrlash va hayot sifatini oshirish orqali har bir shaxsning o‘ziga xos qiymatini tan oladi.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОК

Тождидинова М., студентка 101-группы

факультета международного образования ТГСИ

*Научный руководитель: Маширипова Р.Ю., ассистент кафедры
общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. В целях широкой пропаганды и формирования здорового образа жизни среди населения, в том числе среди женщин, важное место отводится оздоровительной физической культуре, которая охватывает не только разнообразные виды занятий физическими упражнениями, но и такие стороны повседневной жизни людей, как питание, режим дня и т.д.

Наиболее популярным и доступным видом двигательной активности среди студенток является оздоровительная гимнастика и ее разновидности: аэробика, шейпинг, ритмическая гимнастика и др.

Одной из самых популярных форм занятий массовой физической культурой является ритмическая гимнастика. Положительное влияние занятий ритмической гимнастики на организм подтверждается рядом отечественных и зарубежных исследователей. Она способствует быстрому переходу организма от сна к бодрствованию, настраивает центральную нервную систему на рабочий

ритм, подготавливает организм к предстоящей активной деятельности.

Этот вид физической активности пользуется большой популярностью среди различных возрастных групп, в том числе и среди учащейся и студенческой молодежи.

Зрелый период онтогенеза женского организма совпадает со студенческим возрастом (17-20 лет). Поэтому при организации физического воспитания необходимо учитывать особенности женского организма в этом периоде. Для девушек и женщин предпочтительнее такие виды физической активности, которые способствуют развитию гибкости, координированности, пластичности, красоты движений.

Таким образом, занятия оздоровительными видами гимнастики способствуют развитию всех физических качеств, укрепляют функциональные системы организма и улучшают здоровье в целом.

Цель исследования. Повысить уровень двигательной подготовленности студенток 17-20 лет посредством применения комплекса упражнений оздоровительной гимнастики.

Задачи исследования:

1. Определить уровень физической подготовленности студенток 17-20 лет.
2. Экспериментально определить эффективность комплекса упражнений оздоровительной гимнастики.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами были использованы следующие методы исследования: анализ литературных источников; педагогические наблюдения; педагогические контрольные испытания; антропометрические измерения; педагогический эксперимент и методы математической статистики.

Педагогический эксперимент проводился с сентября 2023 года по февраль 2024 года. В эксперименте приняли участие 20 студенток 17-20 лет, которые были разделены на две группы: экспериментальную (10 девушек) и контрольную (10 девушек).

На основе анализа специальной литературы, материалов педагогических наблюдений составлялись комплексы упражнений оздоровительной гимнастики, основная направленность которых состояла в комплексном сочетании видов оздоровительной гимнастики.

Занятия проводились 2 раза в неделю, по 60 минут в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Результаты эксперимента показали, все занимающиеся успешно освоили предложенные комплексы упражнений оздоровительной гимнастики.

Наибольший прирост отмечен в показателях силовых качеств, подвижности в суставах и координационных способностей. Так, сила мышц брюшного пресса увеличилась с 10,6 до 14,4 раз, сила мышц ног (прыжки со скакалкой) – 95,5 до 128,6 раз; координационные способности с 3,1 до 4,5 балла, а функция равновесия – с 2,2 до 4,7 сек.

Высокую заинтересованность у девушек вызвало изучение упражнений стретчинга. Их выполнение способствовало улучшению подвижности в суставах. Так, в упражнении «наклон вперед» отмечен прирост с 11,6 до 15,8 см.

Таким образом, результаты эксперимента показали, что комплекс упражнений оздоровительной гимнастики является эффективным средством

повышения и улучшения двигательной подготовленности студенток 17-20 лет.

Заключение.

1. На основе анализа литературы и предварительных исследований определена необходимость комплексного подхода к построению тренировочного занятия по оздоровительной гимнастике с включением в урок упражнений художественной гимнастики, хореографии и элементов стретчинга.

2. Результаты педагогического эксперимента подтвердили эффективность использования комплекса упражнений оздоровительной гимнастики.

Наибольшие изменения отмечены в показателях физической подготовленности:

а) силовых качеств:

- силы мышц брюшного пресса - с 10,6 до 14,4 раз;

б) координационных способностей:

- упражнение на координацию - с 3,1 до 4,5 балла,

- равновесия – с 2,2 до 4,7 сек.

в) подвижности в суставах:

- наклон вперед - с 11,6 до 15,8 см.

3. Разработанный комплекс упражнений оздоровительной гимнастики является эффективным средством повышения и улучшения двигательной подготовленности студенток 17-20 лет.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Уктамова С 211 гр.стом.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Нурмаматова К.Ч., старший преподаватель кафедры общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. С середины XX века аллергии становятся глобальной мировой проблемой [1,12]. Уже сейчас более 150 миллионов граждан ЕС (около 33%) страдают аллергией, а к 2025 году уже половина всего населения ЕС будет поражена этими заболеваниями [3,9,11]. Среди больных аллергиями большую часть составляют дети и подростки, вырастая они пополняют ряды родителей, дети которых, учитывая некоторую генетическую обусловленность аллергопатологий, также вероятно будут страдать от атопий [4,7].

В развитии реакций, выражающихся в различных формах аллергических заболеваний и их проявлении немаловажную роль, играют факторы риска (ФР). Согласно данным официальной статистики для детского населения республики характерен достаточно низкий уровень заболеваемости АЗ, который ниже, чем в среднем по странам СНГ и Европы. Однако географическое положение и особенности хозяйственной деятельности определяют наличие в стране основных факторов риска АЗ: повышенная солнечная радиация, резкие перепады температуры воздуха, химические канцерогены (пестициды, дефолианты, минеральные, промышленные выбросы и др.), которыми в результате орошаемого земледелия загрязнены поверхностные воды и

сельскохозяйственная продукция, загрязнение воздуха автомобильными выхлопами, традиции в питании населения (повышенное употребление хлебобулочных изделий, молока, бобовых, сухофруктов и орехов и т.д.), плохой доступ населения к чистой питьевой воде, особенно в сельской местности и пр. [5,10,12]. Все это отражается на уровне общей заболеваемости взрослого и детского населения.

Материалы и методы. Для установления возможных факторов риска и их роли в возникновении АЗ у детей г. Ташкента нами было проведено анонимное анкетирование по специально разработанной анкете среди родителей детей с АЗ и без таковых. Для сравнительной оценки уровня воздействия факторов риска дети были поделены на две группы.

- Группа 1 (основная) - 300 детей до 18 лет с диагностированными заболеваниями аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, аллергическим дерматитом

- Группа 2 (контрольная)- 120 детей от рождения до 18 лет практически здоровых без признаков аллергопатологии

Результаты и обсуждения. Рассматривая результаты анкетирования, было установлено что среди респондентов основной группы было больше мальчиков $62,7 \pm 2,8\%$, в контрольной $45,0 \pm 4,5\%$ (ОШ - 1,4) ($P < 0,05$).

Таблица -1.

Распределение детей основной и контрольной группы по возрасту (в% к числу респондентов)

Факторы	Дети с АЗ в % n = 300	Здоровые дети в % n = 120	Отношение шансов	Достоверность
0 - 3 лет	$22,3 \pm 2,4$	$12,5 \pm 3,0$	1,8	$P < 0,05$
4 - 6 лет	$11,3 \pm 1,8$	$25,8 \pm 4,0$	0,4	$P < 0,05$
7- 10 лет	$25,0 \pm 2,5$	$20,1 \pm 3,7$	1,3	$P > 0,05$
11-14 лет	$14,0 \pm 2,0$	$20,8 \pm 3,7$	0,7	$P > 0,05$
15 - 18 лет	$27,3 \pm 2,6$	$20,8 \pm 3,7$	1,3	$P > 0,05$

Нами была установлена слабая прямая корреляционная зависимость ($\rho_0 = +0,43 \pm 0,15$) ($P > 0,05$) между возрастом ребенка и наличием у него аллергии, которая говорит о том, что чем выше возраст, тем выше риск возникновения аллергии у ребенка (рис.1.). Вероятно, это связано с накоплением факторов риска поведенческого характера с ростом ребенка, связанных часто с нарушениями в его образе жизни.

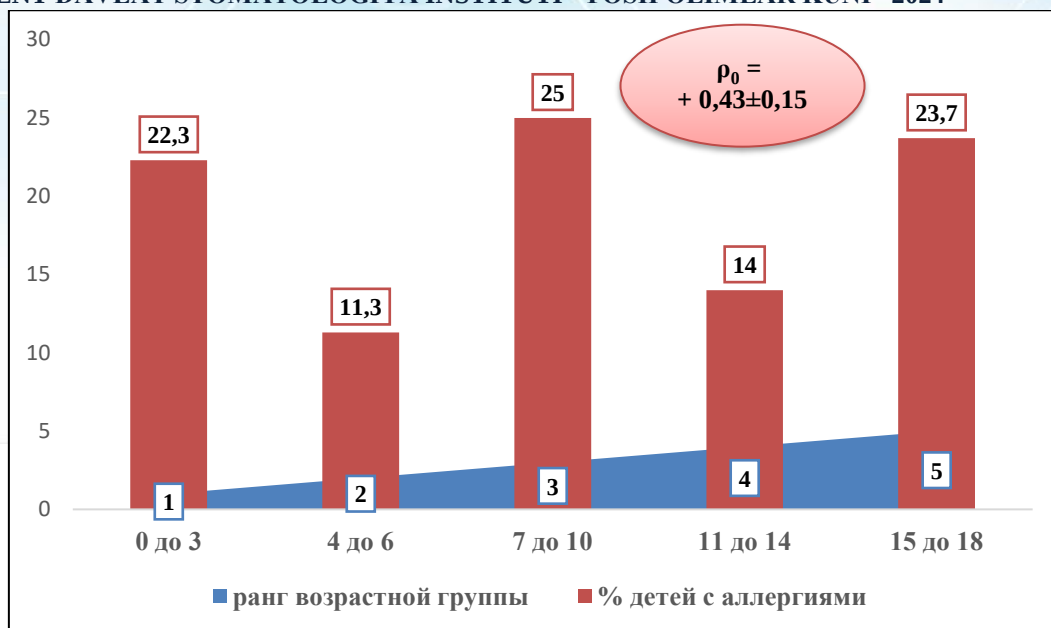


Рисунок 1. Корреляционная зависимость между возрастом ребенка и риском аллергии (на 100 респондентов)

Одним из наиболее значимых факторов риска развития АЗ у ребенка явилось наличие аллергопатологии у одного или обоих родителей (рис.2.). Так если в основной группе наследственность отягощена по линии матери или отца риск АЗ у ребенка возрастает в 1,8 и 1,9 раза соответственно, а если оба родителя в роду имеют АЗ, то риск возрастает в 5,6 раза ($9,3 \pm 1,7\%$ в основной группе и $1,7 \pm 0,6\%$ в контрольной) ($P < 0,05$).

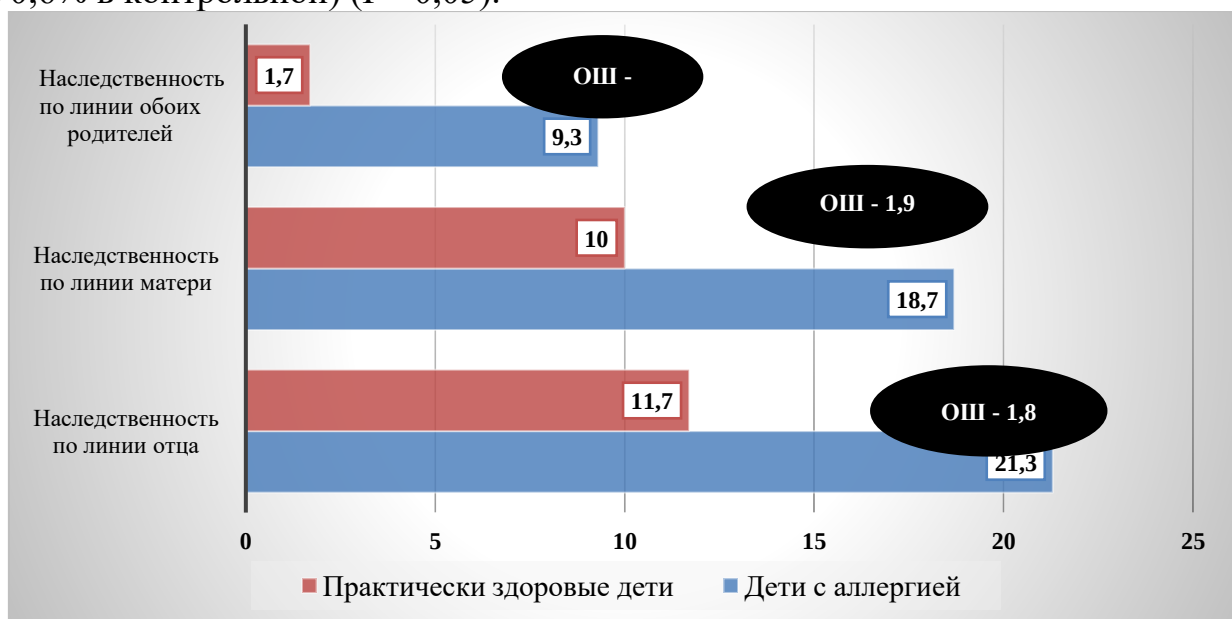


Рисунок - 2. Структура опрошенных семей по наследственной предрасположенности к аллергиям (на 100 респондентов)

Наличие близкородственных связей между родителями ребенка, также реализовывается в генетически-обусловленном возникновении различных патологий у ребенка, в том числе аллергии. Причем, чем ближе связь, тем выше риск развития заболевания, так при двоюродном родстве ОШ развития АЗ у ребенка составляет 2,8; при более дальнем 1,3. В группе больных детей $18,3 \pm 2,2\%$ родителей находились в двоюродном родстве и $13,3 \pm 2,0\%$ были более

дальними родственниками, однако достоверное различие ($P < 0,05$) между основной и контрольной группой по данному фактору отмечено только при двоюродном родстве. Достаточно высокий процент близкородственных связей в нашей республике ($27,9 \pm 1,4\%$ в сумме по обоим группам) можно считать негативным фактом, связанным не только с традициями, но и с низкой санитарной грамотностью в отношении риска возникновения АЗ у детей и других заболеваний, так или иначе связанных с генетической предрасположенностью.

Существенного различия между группами по возрасту родителей на момент беременности данным ребенком не отмечено: средний возраст в основной группе отцов составил $29,7 \pm 0,5$; в контрольной – $29,0 \pm 0,7$ лет; средний возраст в основной группе матерей составил $27,3 \pm 0,7$; в контрольной – $26,1 \pm 0,7$ лет. ($P > 0,05$). Риск развития АЗ у ребенка возрастает в 1,4 раза, если возраст отца более 40 лет ($14,8 \pm 2,0$ в основной группе против $10,8 \pm 2,8\%$ в контрольной). При возрасте матери на момент беременности старше 30 лет ОШ = 1,3 ($24,7 \pm 2,5$ в основной группе против $18,3 \pm 3,5\%$ в контрольной) ($P > 0,05$). При этом риск развития аллергопатологии повышается в 1,4 раза, если у женщины старше 30 лет эта беременность первая ($P < 0,05$).

Вывод. Таким образом в г. Ташкенте в процессе формирования аллергических заболеваний у детей участвуют различные факторы, воздействующие на организм, как родителей, так и самого ребенка в антенатальном и постнатальном периодах развития. Значимыми причинами риска АЗ явились: мужской пол, возраст ребенка, особенно в возрасте до 3 лет и в 15 -18 лет, близкородственные браки между родителями, отягощенная наследственность у родителей, возраст родителей на момент зачатия ребенка 30-40 лет и старше. Отягощенный вирусными или бактериальными инфекциями и угрозой прерывания беременности акушерско-гинекологический анамнез, чаще всего связанный с приемом большого количества фармацевтических средств. Установлены взаимосвязь между отказом от грудного вскармливания и нарушениями в характере питания ребенка и повышенным уровнем риска развития АЗ. Выявлена корреляция между характеристиками условий жизни семьи (характер бытовых условий, психологический климат в семье, пассивное курение ребенка, характер питания в семье) и развитием у ребенка аллергопатологии. Полученные таблицы опосредованного и прогностического риска позволяют оценить взаимосвязь факторов и риск развития аллергии у ребенка, а также решить вопросы их первичной профилактики.

Литература

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Новик Г.А., Петровский Ф.И., Вишнёва Е.А., Алексеева А.А., Селимзянова Л.Р. Аллергический ринит у детей: принципы своевременной диагностики и эффективной терапии.
2. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Селимзянова Л.Р., Алексеева А. А. Риниты у детей: современные аспекты диагностики и лечения//

Педиатрическая фармакология. - 2016. - Т. 13. - № 2. - С. 149–157.

3. Маркова Е.Ю., Полунина Е.Г., Иойлева Е.Э. Аллергические заболевания глаз у детей. Современный взгляд на патогенез и лечение. //Офтальмология. 2017;14(2):125-129. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2017-2-125-129>

4. Тарасова Н.Е. Башкирова А.А. Распространенность аллергических заболеваний и зависимость их динамики от социально-экономических факторов// Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экология и безопасность жизнедеятельности.-2003.-№9.- С. 139-143.

5. Тураева Д.М., Халматова Б.Т. Распространенность аллергических заболеваний у детей, проживающих в промышленных городах (по данным анкетирования)// Научно-исследовательские публикации. - 2015. - №11 (31). - С 51 -54.

6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике аллергических заболеваний// методические рекомендации Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ). - Москва.- 2015.- 28 с.

7. Ant K., Pearce N., Anderson H.R., Ellwood P., Montefort S., Shah J. Global map of the prevalence of symptoms of rhino-conjunctivitis in children. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC Phase 3. *Allergy*. 2009; 64: 123-148.

8. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008; 63 Suppl 86:8–160. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x

9. EAACI. (2016, March). Tackling the allergy crisis in Europe - Concerted policy action needed.

10. *Foods Matter*. (2010). *Mintel's Allergy and Allergy Remedies UK*. Retrieved May 24, 2017, from *Foods Matter*: http://www.foodsmatter.com/allergy_intolerance/miscellaneous/articles/mintel_allergy_report_2010.html

11. Ismaila AS, Sayani AP, Marin M, Su Z. Clinical, economic, and humanistic burden of asthma in Canada: a systematic review. *BMC Pulm Med*. 2013; 13:70. doi: 10.1186/1471-2466-13-70.

12. Yan YR, Xu YH, Zheng Q, Guo YS. The prevalence and sex difference of allergen sensitization among adult patients with allergic diseases in Shanghai, China *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2019;37:147–53

СТРАХОВАНИЕ МЕДРАБОТНИКОВ

Хайруллаева Гузаль студентка 404 группы Стоматологического факультета ТГСИ

Научный руководитель: Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, старший преподаватель Шаниязов Ш.С.

Актуальность. Бурный экономический рост, который наблюдается сегодня в Узбекистане, порождает потребность улучшения медицинской службы в целом по всей Республике. Для достижения качественной медицинской службы Узбекистан изучает опыт других стран по медицинскому страхованию.

Цель. Рассмотрение практического опыта использования страхования для защиты отечественных и иностранных субъектов медицинской деятельности от рисков профессиональной ответственности.

Несмотря на возрастающий риск ответственности в условиях недостаточности финансирования, отечественные клиники неохотно используют страховые инструменты для защиты своих интересов. В то же время в экономически развитых странах заключение договор страхования профессиональной ответственности является одним из неотъемлемых атрибутов медицинской деятельности, активную роль в этом вопросе играют общества взаимного страхования и специализированные медицинские объединения.

Результаты. Медицинская деятельность является основой социальной политики государства, оказывая влияние на продолжительность и качество жизни населения. Однако, высокая социальная ответственность накладывая определенный отпечаток на условия работы медицинских организаций, которым приходится каждый день спасать человеческие жизни. В случае непреднамеренной ошибки, вероятность которой крайне высока, медицинский работник и его работодатель могут нести определенные виды ответственности, установленные законодательством.

Независимо от модели страхования профессиональной медицинской ответственности, данные риски в научной литературе рассматриваются исключительно как риски ответственности медицинской организации перед пациентом, т.к. именно организация является субъектом правоотношений. В тоже время сами врачи сталкиваются с гораздо более широким перечнем рисков – ответственностью и перед пациентами (в случае причинения морального вреда претензия может быть направлена напрямую виновнику), ответственностью перед работодателем (в виде обратного регрессного требования о возмещении убытков, вплоть до полной материальной ответственности), а также уголовной ответственностью. За последние годы значительно увеличилось число

возбужденных в отношении врачей уголовных дел, что лишь усиливает и без того высокое давление на отечественную медицину.

История развития и внедрения такого продукта как страхование профессиональной медицинской ответственности неразрывно связана со сложившейся правовой системой в той или иной стране. Медицинская деятельность обоснованно считается одной из наиболее высокорисковых, что проявляется в высокой вероятности летального исхода в случае врачебной ошибки.

Библиография

8. Белоусова, Т. А. Британская практика страхования ответственности врачей
9. Rodwin, M. A. Why the medical malpractice crisis persists even when malpractice insurance premiums fall

ЎЗБЕКИСТОН ССРНИНГ ТАШКИЛ ТОПИШИ

*Ижтимоий фанлар биоэтика курси билан кафедраси доценти, ф.ф.н.
Худойбергенова Ф.Т.*

Калит сузлари: Шуролар, хокимият, давлат, чегараланиши, маҳаллий, миллий, Республикаси.

1917 йили Урта Осиёда Шуролар хокимияти урнатилди, лекин халқнинг озодлик ҳаракатини бостира олмаслиги сабабли «ягона Туркистон учун» курашни йўққа чиқаришга интилдилар. 1924 йилга келиб, Ўрта Осиё ёхуд Туркистонда мавжуд бўлган учта давлат бирлашмаси: Туркистон МССР (ТАССР), Бухоро халқ республикаси (БХР) ва Хоразм халқ республикаси (ХХР)ни қайта тузиш, яъни қайтадан миллий давлат чегараланиши ўтказишга тайёргарлик авж олиб кетди.

Хўш! Бу давлат бирлашмалари бунга тайёрмади? Халқ миллий чегараланишга рози эмасди.

Шўро ҳукуматининг биринчи кунлариданоқ маҳаллий халқ, илғор зиёлилар Туркистон бойликлари ўзига хизмат қилиш, ўлкамизнинг мустақил бўлиши учун курашди.

Мураккаб шароитда маҳаллий миллий кучларининг Туркистондаги хокимият идораларида асосан ерли аҳоли бўлиши учун курашишидан бошқа чораси қолмади. Бу албатта Турор Рискулов раҳбарлигидаги миллий зиёлилар бошчилик қилдилар.

Жумладан, миллий кучлар 1920 йил 17 январда бўлиб ўтган Туркистон комфирқаси Ўлка Қўмитаси, Мусулмонлар бюроси ва Турккомиссиянинг (у 1919 йилда тузилиб, Элиава раислигида Туркистонга юборилган эди) қўшма мажлисида ўлкамиз худудида мустақил «Турк Республикаси» ва «Туркистон Компартияси»ни тузишни талаб қилиб чиқдилар. Шунингдек улар Туркистон мухтор жумҳурияти.

Бундай вазиятда Туркистонда шўро ҳокимиятини мустаҳкамлаш учун юборилган Турккомиссия аъзолари орасида ҳам иккиланиш пайдо бўлди. Масалан, Элиава ва Куйбишев Туркистон миллий кучлари таклифини зарур чора деб тушунди. Ф. Голошчекин эса иккилланди. Фақат Я.Э.Рудзутак, кейинчалик эса М.В.Фрунзе миллий кучлар таклифига қатъиян қарши чиқдилар. Кўп ўтмай, 1920 йил 24 февралда бўлиб ўтган Турккомиссия йиғилиши М. В. Фрунзенинг фаол аралашуви билан маҳаллий халқларнинг Турк Республикаси ва Туркистон компартияси тузиш тўғрисидаги таклифларини рад этди. Комиссия Туркистонни идора қилишнинг шўро тузумига мослаштирилган лойиҳасини ишлаб чиқди.

Турккомиссиянинг бундай сиёсатидан норози бўлган маҳаллий халқ ва миллий-ватанпарвар кучлар 1920 йил май ойида Турор Рисқулов, Низомиддин Хўжаев ва Бек-Ивановлардан иборат «Турк делегацияси»ни Москва, болшевиклар раҳбарияти ҳузурига юборилди. Кўриниб турибдики, Туркистон халқлари бу раҳбарга катта умид боғлаган эди. Бунга сабаб Ленин бошлиқ шўро ҳукумати собиқ чор Русияси таркибидаги Польша ва Финландия мустақиллигини тан олган миллатларнинг ўз тақдирини ўзи белгилаш ҳуқуқини эълон қилган русларнинг украинлар, гуржилар ва бошқа халқлар билан тенглигини бир неча бор таъкидлаган эди.

Шахсан Ленин 1920 йил 13 июнда фирқа Марказқўми ва Шўро ҳукуматининг Туркистондаги ваколати органи ҳисобланган Турккомиссияга қуйидаги кўрсатмани беради:

1. Туркистоннинг Ўзбекистон, Қирғизистон ва Туркманистонга бўлинган харитаси тузиб чиқилсин;
2. Бу уч қисмни қўшиб юбориш ёки ажратиш шартлари батафсилроқ аниқлаб чиқилсин.

1922 йил 29 декабрда Москвада тўрт республика ваколатли делегацияларининг конференцияси бўлиб утади. Конференция СССРни тузиш тўғрисида РКП(б) Марказий Қўмитаси пленуми тасдиқлаган Декларация ва Шартнома лойиҳасини муҳокама қилиб, уни мақуллайди. 30 декабрда уни тўрт республикаларнинг ваколатли делегациялари имзолайдилар.

1922 йил 30 декабрда Москвада Бутуниттифок. Советларининг I съезди ўз ишини бошлайди. Съезд РСФСР, УССР, ЗСФСР ва БССР Советлари съездлари сайлаган ваколатли делегатлари имзолаган СССР ни тузиш тўғрисидаги Декларация лойиҳасини қуриб чиқиб, Декларация ва Иттифок. Шартномасини тасдиқлайди.

1924 йил 25 сентябрда РКП(б) МК Сиёсий Бюроси, 9 ва 11 октябрда РКП(б) Марказий Қўмитаси бу масалани кўриб чиқиб, миллий чегараланишни расмийлаштиришни мақсадга мувофиқ деб топади. Бу қарор 14 октябрда СССР Марказий Ижроия Қўмитаси томонидан ҳам маъқулланади. Шу тарика, Совет ҳукумати, РКП(б) МК, ва унинг жойлардаги маҳаллий ташкилотларининг 1920-1924 йиллар давомида Урта Осиёда олиб борган, халққа катта ваъдалар

беришни кўзда тутган «Ленинча миллий сиёсат»ни ҳаётга тадбиқ этиш бобидаги амалий ишлари якун топди. Ниҳоят, 1924 йилнинг 27 октябрида бўлиб ўтган СССР Марказий Ижроия Қўмитаси II-сессияси Урта Осиёда миллий давлат чегараланиши ўтказиш тадбирларини тўла маъқулланди.

Шундай қилиб, ҳукмрон Марказ савий-ҳаракатлари орқасида Ўрта Осиёнинг сиёсий жуғрофияси сунъий равишда узгартирилди. Ўрта Осиё ҳудудида шу даврга қадар ҳукм суриб келган уч давлат: Туркистон АССР, Бухоро ва Хоразм республикалари ўрнида эндиликда- Узбекистон ССР, Туркменистон ССР, шунингдек Узбекистон ССР таркибида Тожикистон АССР тузилди.

Қирғизлар яшаган ҳудудлар Қорақирғиз (Қирғизистон) мухтор вилоятига бирлаштирилиб РСФСР таркибига, Туркистоннинг қозоқлар яшайдиган туманлари Қозоғистон АССР ихтиёрига берилди. Қорақалпоқлар яшайдиган ҳудудлар Қорақалпоқ мухтор вилоятига бирлаштирилиб Қозоғистон АССР таркибига киритилди. Ўлкада бешта миллий давлат бирлашмалари ташкил этилди. Натижада ягона Туркистон халқлари бир - биридан сунъий равишда узоқлаштирилди. Бу ҳол советларга ўлкада ўз ҳокимиятини мустаҳкамлаш учун катта имкониятлар яратиб берди.

Миллий чегараланиш натижасида Ўзбекистон ССР ташкил этилди. Унинг таркибига қуйидаги ҳудудлар киритилди:

Собиқ Туркистон АССР дан 9 та уезд, 133 туман ва 7 қишлоқ округи;
собиқ Бухоро республикасининг 9 та тумани;
собиқ Хоразм республикасининг 23 та тумани.

Ўзбекистон ССР ташкил этилган пайтда унинг ҳудуди 312394 кв. км-ни, аҳолиси 4 млн. 447 минг 55 кишини ташкил этар эди. 1926 йил маълумотлари буйича миллий таркибига кўра, аҳолининг 74,2 фоизини ўзбеклар, қолганини эса бошқа миллатлар ташкил этар эди.

1924 йил 5 декабрида Инқилобий Қўмита бутун Ўзбекистон халқига мурожаат қилиб, Ўзбекистон ССР тузилганлигини унинг таркибига Тожикистон АССР кирганлигини маълум қилди.

1925 йил 13 февралда Бухородаги «Халқ, уйи»да бутун ўзбек советлари биринчи қурултойи очилди. Қурултой «Ўзбекистон Совет Социалистик Республикаси тузилганлиги тўғрисидаги Декларация»ни қабул қилди. Қурултойда давлат ҳокимияти олий органлари тузилганлиги расмийлаштирилди. Ўзбекистон ССР Советлари МИҚ Раиси

лавозимига фарғоналик дехқон, «Қўшчи» уюшмаси раҳбарларидан бири Йўлдош Охунбобоев сайланди. Ўзбекистон ССР ҳукумати - Халқ. Комисарлари Кенгаши Раиси лавозимига Файзулла Хўжаев тасдиқланди. Миллий чегараланиш даврида Урта Осиёда фаолият крсатиб келган партия, комсомол ва хўжалик ташкилотларида ҳам бир қатор ташкилий ўзгаришлар амалга оширилди. Собиқ, Туркистон, Бухоро ва Хоразм комунистик партиялари, комсомол ва хўжалик ташкилотлари, қасаба уюшмалари қайта ташкил этилди.

Ўзбекистон компартияси I таъсис съезди 1925 йил 8 февралда Бухорода очилди. Съезда Ўзбекистон Комунистик (болшевиклар) партияси ташкилий жиҳатдан расмийлашди. Унинг Марказқўми сайланди. В.И. Иванов ва А.

Икромов (1927 йилдан биринчи котиб) Марказий Қўмитанинг масъул котиблари этиб сайландилар. Шу йили Ўзбекистон комсомоли (Ўз ЛКСМ), республика касаба уюшмалари, уларнинг раҳбар органлари ҳам тузилди.

1925 йил майда Ўзбекистон ССР Иттифқи таркибига киритилди. СССР Конституцияси, унинг асосий қонун-қоидалари Ўзбекистон ССР ҳудудида ишлайдиган бўлди. 1927 йилда қабул қилинган Ўзбекистон ССРнинг биринчи ва 1937 йилдаги иккинчи Конституцияси ҳам амалда СССР Конституциясининг кўчирма нусхаси эди. Чунки Ўзбекистон қоғоздаги «суверен» республика бўлиб, амалда Марказга тобе бир ўлка эди, холос. У ўз халқининг миллий манфаатларига оид бирор-бир долзарб, ҳаётий аҳамиятга молик масалани иттифоқ ҳукуматидан холи, мустақил ҳал эта олмасди. Бинобарин, республиканинг ички ва тақши сиёсатига дахлдор барча масалалар фақат Марказ хоҳиш-иродаси билангина ҳал этиларди. Ҳатто Ўзбекистоннинг маъмурий-ҳудудий тузилишига оид масалалар ҳам иттифоқ, ҳукумати тасарруфига бериб қўйилган эди. Масалан, 1929 йилда Тожикистон АССР Ўзбекистон ССР таркибидан чиқарилиб, Тожикистон ССРга айлантирилди ҳамда СССР таркибига олинди. Шунингдек, 1936 йилга келиб аввал Қозоғистон АССР, кейин РСФСР (1932-1936 йил) таркибига бўлган Қорақалпоғистон мухтор вилояти мухтор совет социалистик республикасига айлантирилиб, Ўзбекистон ССР таркибига киритилди. Шундай қилиб, қоғозда суверен республика сифатида шакллантирилган, ҳукмрон совет империяси таркибига кирган Ўзбекистон ССР амалда Марказга тўла бўйсунувчи, арзон хомашё маҳсулотлари етказиб берувчи ўлка бўлиб қолаверди.

ТУРКИСТОНДА ЖАДИДЛАР ХАРАКАТИНИНГ ВУЖУДГА КЕЛИШИ

*Ижтимоий фанлар биоэтика курси билан кафедраси доценти, ф.ф.н.
Худойбергенова Ф.Т.*

Шарқ билан Ғарбни таққослаб мусулмонлар ва туркийлар дунёси, хусусан Россия тасарруфига олинган мусулмонларнинг жаҳон тараққиётидан узилиб қолаётганини қрим-татар фарзанди Исмоил Гаспирали (1851-1914) биринчи бўлиб англади. У туркий халқлардаги жаҳолатни йўқ қилиш, маънавият-маърифат орқали тараққий топган мамлакатлар даражасига кўтарилиш ҳаракатини бошлаб берди. Исмоил Гаспирали маорифни ислоҳ қилиш, мактабларда дунёвий фанларни ўқитиш масаласини кўтарди. У 1884 йилда Қримдаги Боқчасарой шаҳрида жаид мактабига асос солди.

«Жаид» арабча сўз бўлиб «янги» деган маънони билдиради. У ўзи ташкил этган мактаб ўқувчилари учун ўқув дастури тузди ва дарсликлар ёзди. У 40 кун ичида 12 ўқувчининг саводини чиқариб, тезда шуҳрат қозонди. «Таржимон» газетасини чиқариб, ўз ғояларини ёйди. 1888 йилда «Раҳбари муаллимин ёки муаллимларга йўлдош» китобини нашр этиб, жаид мактабларининг қурилиши, дарс ўтиш мазмуни, жиҳозланиши, синов ва имтиҳонлар олиш усулларини баён этиб берди.

Исмоил Гаспирали ғоялари Туркистонга ҳам кириб қолди. 1893 йилда У

Туркистонга келиб, илғор зиёлилар билан учрашди, Бухоро амири хузурида бўлиб битта жаид мактаби очишга розилик олди. Туркистонлик зиёлилар жаидчилиқни ёқлаб маорифни ислох қилиш «Усули жаид» мактабларини ташкил этишга киришдилар. 1893 йилда Кўконда Салоҳиддин домла, 1899 йилда Андижонда Шамсиддин домла ва Тошкентда Маннон қори жаид мактабига асос солдилар. 1903 йилда Туркистонда 102 та бошланғич ва 2 та ўрта жаид мактаблари фаолият курсатди.

Туркистон жаидларига Маҳмудхўжа Бехбудаё, Абдуқодир Шакурёй, Мунаввар қори Абдурашидхонов, Абдулла Авлоний ва бошқа ўнлаб миллий зиёлилар раҳнамолик қилдилар. Улар дастлаб маорифни ислох қилиш йўлидан бордилар. «Усули жаид» мактаблари тармоғи кенгайиб борди, уларда диний таълимот билан бирга тиббиёт, ҳикмат, кимё, нужум, ҳандаси каби дунёвий билимлар ўрнатилди савод чиқариш. тезлаштирилди.

Талабаларга Туркистон тарихи, туркийлар тарихини ургатишга алоҳида эътибор берилдики, бу уларнинг миллий онгини уйғотишга, жамиятни этник жиҳатдан .бирлаштиришга хизмат қиларди. М.Бехбудийнинг «Ўз уруғининг отини билмаган, етти отасини танимаган кул-манкуртдир» деган сўзлари талабаларни миллий ўзлигини англашга чақирар эди. Мунаввар қорининг «Адиби аввал», «Адиби соний», М.Бехбудийнинг «Китобатул атфол», «Болалар мактуби», «Мухтасари тарихи ислом», «Жуғрофия», А.Авлонийнинг «Адабиёт», «Биринчи муаллим», «Туркий гулистон», «Мактаб гулистони» каби дарсликлари миллий мактаб ва миллий тарбияни юқори савияга кўтаришга хизмат қилди. Жаид мактабларида ҳар томонлама билимли, маънавий етук, ўз халқининг тарихини ва дунё ишларини яхши ўзлаштирган кадрлар тайёрлаб чиқарилди

Жаидлар ёшларни чет элларга ўқишга юбориш ташаббуси билан чиқдилар. Бой табақанинг илғор вакиллари жаидларнинг бу ҳаракатини маъқуллаб, тегишли маблағ билан кўмаклашдилар. Кўпгина умидли ёшлар Германия, Миср, Туркия ва Россиянинг марказий шаҳарларига ўқишга юборилди. 1910 йили Бухорода мударрис Хожи Рафий ва бошқалар «Болалар тарбияси» хайрия жамиятини ташкил этиб, 1911 йилда 15 та, 1912 йилда 30 та талабани Туркияга ўқишга жўнатди. 1909 йилда Мунаввар қори тузган «Жамияти хайрия» ҳам мискин ва ожиз талабаларга ёрдам берар, ёшларни чет элга ўқишга юборишга ёрдамлашар эди.

Жаидлар Туркистонда миллий матбуотга асос солдилар. Мунаввар қори 1906 йилда «Хуршид» («Қуёш») журналин ташкил этиб, унга ўзи муҳаррирлик қилди. Журнал халқнинг ҳақ-ҳуқуқларини танишга, миллий уйғонишга хизмат қилди. Аммо мустамлакачи маъмурлар тезда журнални чиқаришни ман қилдилар. М-Бехбудийнинг 1913 йилда «Самарқанд» газетаси ва «Ойна» журналин чиқара бошлади. У «Нашриёти Бехбудия» хусусий нашриётини, унинг хузурида «Кутубхонаи Бехбудия»ни ташкил этди. Газета ва журналда миллат ва она юрт дарди, халқни маърифатли қилиш, эркинлигини таъминлаш масалаларига бағишланган долзарб мақолалар чоп этиларди. Улар Чор Россияси тасарруфидаги туркий халқларга, Эрон, Афғонистон, Ҳиндистон, Туркиягача бориб етарди.

Тараққийпарвар ўзбек зиёлиларининг етакчиси Асадуллахўжа ўгли Убайдуллахўжа 1913 йилда «Тараққийпарвар» деб ном олган зиёлиларнинг фирқасини тузади ва 1914 йилда фирканинг «Садои Туркистоя», «Садои Фарғона» газеталари чиқарилади. Бу газеталар саҳифаларида эълон қилинган мақолалар оммани мустабид тузумга қарши кўзғатишга хизмат қилди.

Жадидлар миллий театрга асос солдилар. Мунаввар қори раҳнамаслигида 1913 йилда мусулмон драма санъати ҳаваскорлари жамияти - «Турон» труппаси тузулди.. 1914 йил 27 февралда Тошкентдаги «Колизей» театри биносида ўзбек миллий театрининг биринчи расмий очилиши маросими бўлди. Мунаввар қори ўзбек миллий театрининг биринчи пардасини очар экан шундай деган эди: «Туркистон тилида хануз бир театр ўйналмағонлиги барчангизга маълумдир.. Театрнинг асл маъноси «ибратхона» ёки «улуғлар мактаби» деган сўздир. Театр саҳнаси ҳар тарафи ойнабанд қилинган бир уйга ўхшайдурки, унга ҳар ким кирса ўзининг ҳусн ва қабихини, айб ва нуқсонини кўриб кбрат олур». Ўша кунини саҳнада М.Бехбудийнинг «Падаркуш» пьесаси намоёниш этилди. Унда ислом динининг Туркистондаги бузилишлари тасвирланиб тамошабин эътиборини нажот йўли - маориф, маорифни эса «покланган дин» бераолади, деган гояга қаратади, «Тўй», «Заҳарли ҳаёт». «Жуванмарг», «Бахтсиз куёв» пьесаларида хотин-қизларнинг ҳуқуқсизлиги, кўпхотинлик, мажбурий никоҳ оқибатлари каби муаммолар ёритилади. Миллий театр санъати одамларга миллатда мавжуд бўлган қусурлар ва ижобий томонларни тушунтурувчи ойна бўлиб хизмат қилди.

ПРИЧИНЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ» СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ

*Шавкатова Я. З., Гайбуллаева Я. А. студентки 201 «Б» группа
Стоматологической факультет ТГСИ*

Тангиров А.Л. старший преподаватель кафедры общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры, Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность темы: Учебная дисциплина «Безопасность жизнедеятельности» изучается в стоматологическом институте и относится к циклу базовых профессиональных дисциплин образовательного стандарта среднего профессионального медицинского образования. Обучение теории безопасности в высших учебных заведениях связано с ростом числа студентов, развитием университетов и поддержанием стабильности нашего общества. Основное содержание обучения безопасности должно включать блоки, касающиеся национальной безопасности и юридического образования, безопасности жизнедеятельности, пожарной безопасности, безопасности дорожного движения, психического здоровья, сетевой информации и лабораторной среды.

Цель:

Целями освоения дисциплины 'Безопасность жизнедеятельности' являются:

формирование профессиональной культуры безопасности, под которой понимается готовность и способность личности использовать в профессиональной деятельности приобретенную совокупность знаний, умений и навыков для обеспечения безопасности в сфере профессиональной деятельности, характера мышления и ценностных ориентаций, при которых вопросы безопасности рассматриваются в качестве приоритета; воспитание безопасного мышления, личности безопасного типа; получение знаний об опасных и чрезвычайных ситуациях среды природного, техногенного и социального происхождения, медико-санитарные последствия и организация медицинской помощи населению в ЧС; изучение организации защиты населения и территорий в мирное и военное время; получение знаний о правовых нормативно-технических и организационных основах безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф

Изучение дисциплины необходимо в качестве приобретения студентами стоматологического направления навыков профессиональной деятельности в области безопасности жизнедеятельности, а также для подготовки их к профессиональной деятельности.

Материалы и методы исследования: Для успешного освоения настоящей дисциплины обучающиеся должны освоить следующие дисциплины:

Биология, Анатомия человека, Физика и математика, История, Практика Помощник палатной и процедурной медицинской сестры

Знания, умения и опыт практической деятельности, приобретенные при освоении настоящей дисциплины, необходимы для успешного освоения дисциплин:

Медицина катастроф, Внутренние болезни и клиническая фармакология, Общественное здоровье и здравоохранение, Общая хирургия, хирургические болезни, Эпидемиология и прохождения практики: Помощник врача-стоматолога.

Дисциплина готовит к решению следующих задач профессиональной деятельности:

- формирование научного мышления на базе изучаемого курса;
- воспитание у студентов мировоззрения и культуры безопасного поведения и деятельности в различных условиях;
- применение инновационных средств обучения, информационных и компьютерных технологий для осуществления углубленного и целостного изучения дисциплины;
- формирование общей культуры студентов в области безопасности и здорового образа жизни;

Обсуждение: На сегодняшний день обеспечение безопасности пациентов и медицинского персонала является неотъемлемой частью медицинской практики. В стоматологии данная проблема является особенно актуальной, учитывая тот факт, что врачи-стоматологи занимают одно из ведущих мест по частоте профессиональных ошибок среди врачей, которым были предъявлены иски, а также по частоте жалоб от пациентов на качество оказания медицинской помощи. Применительно к стоматологической практике безопасность

медицинской деятельности включает в себя безопасность пациента, безопасность медицинского персонала, безопасность окружающей среды, в которой происходит оказание стоматологической помощи, а также безопасность фармакологических препаратов и медицинского стоматологического оборудования. Также составляющими частями безопасности медицинской деятельности можно считать организационную, юридическую, кадровую и экономическую безопасность. Вместе с тем, отсутствует однозначное понимание соотношений понятий безопасность медицинской деятельности, безопасность медицинской помощи, безопасность медицинской услуги, безопасность медицинской среды. Важной нерешенной в настоящее время задачей является определение критериев оценки безопасности медицинской деятельности. С учетом многогранности понятия безопасности медицинской деятельности и специфики медицинской деятельности необходимо разрабатывать критерии оценки безопасности медицинской деятельности для каждой специальности, включая стоматологию

Учебная дисциплина «Безопасность жизнедеятельности» (БЖД) была введена в учебные планы вузов в 1990 году. В настоящее время она представляет собой оформившуюся во всех отношениях структурную единицу основных профессиональных образовательных программ со своим мотивационно-целевым компонентом, понятийным аппаратом, оригинальным содержанием и 25-летним опытом организации обучения. На сегодняшний день перед преподавателями при подготовке учащихся по указанной дисциплине остро встает вопрос о необходимости изменения методического обеспечения, в том числе - модернизации подхода к преподаванию дисциплины. Подготовка квалифицированных специалистов подразумевает под собой, что выпускник должен видеть в себе личность, иметь представления о функционировании современного гражданского общества и сложившимися социальными устоями, и установками в нём. Кроме того, немаловажно, что при получении образования студент должен учиться оперативно реагировать на поступление профессиональных задач и иметь достаточно высокие личные качества характера для своевременного и правильного реагирования на поступающие угрозы для общества в ходе осуществления своей профессиональной деятельности.

Результат: В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен уметь:

- организовывать и проводить мероприятия по защите работающих и населения от негативных воздействий чрезвычайных ситуаций;
- предпринимать профилактические меры для снижения уровней опасностей различного вида и их последствий в профессиональной деятельности и быту;
- использовать средства индивидуальной и коллективной защиты от оружия массового поражения;
- применять первичные средства пожаротушения;
- ориентироваться в перечне военно-учетных специальностей и самостоятельно определять среди них родственные полученной специальности;

- применять профессиональные знания в ходе исполнения обязанностей военной службы на воинских должностях в соответствии с полученной специальностью;

- владеть способами бесконфликтного общения и саморегуляции в повседневной деятельности и экстремальных условиях военной службы;

- оказывать первую помощь пострадавшим.

В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен знать:

- принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных явлениях, в том числе угрозе национальной безопасности;

- основные виды потенциальных опасностей и их последствия в профессиональной деятельности и быту, принципы снижения вероятности их реализации;

- основы военной службы и обороны государства;

- задачи и основные мероприятия гражданской обороны; способы защиты населения от оружия массового поражения;

- меры пожарной безопасности и правила безопасного поведения при пожарах;

- организацию и порядок призыва граждан на военную службу и поступления на нее в добровольном порядке;

- область применения получаемых профессиональных знаний при исполнении обязанностей военной службы;

- порядок и правила оказания первой помощи пострадавшим.

Заключение: Безопасность жизнедеятельности (БЖД) - наука о комфортном и безопасном взаимодействии человека с техносферой, представляет собой область научных знаний, изучающая опасности угрожающие человеку и разрабатывающие способы защиты от них в любых условиях обитания человека. В условиях опасностей современного мира важное значение имеет как профилактика чрезвычайных ситуаций, так и умение правильно оказать неотложную первую помощь. Это требует соответствующей подготовки персонала. Обучение студентов медицинских вузов, включая стоматологическое направление, оказывается непростой задачей, учитывая наглядные пособия, интеграцию знаний и умений разных курсов, мотивацию студентов и творческий подход.

Литература:

1. Безопасность жизнедеятельности. Учебник для вузов, 2-е изд./ Под ред. Михайлова Л.А. – СПб:Питер, 2010.

2. Чиж И.М. Безопасность жизнедеятельности; учебное пособие для студентов вузов. Ростов-на-Дону, издательство «Феникс», 2015.

3. Занько Н.Г., Малаян К.Р., Русак О.Н. Безопасность жизнедеятельности. СПб:Лань, 2010.

4. Доника А.Д., Поройский С.В. Основы радиобиологии. Учебное пособие

для специальностей высшего образования группы «Здравоохранения», Изд-во ВолгГМУ. Волгоград, 2012.

5. Доника А.Д., Поройский С.В., Еремина М.В. Врач как субъект экстремальной ситуации: медицинские, психологические и социологические аспекты: монография. Изд-во ВолгГМУ. Волгоград, 2015.

6. Безопасность пациента/ пер. с англ. Под ред. Е.Л. Никонова. М.:ГОЭТАР-Медиа, 2010.

7. Беляков Г.И. Безопасность жизнедеятельности. Охрана труда: учебник для бакалавров. 2-е изд., перераб. и доп. М.:Юрайт, 2012.

8. Безопасность жизнедеятельности : [Электронный ресурс]:учебник для бакалавров / Под ред. докт.ист.н., проф. Е.И.Холостовой, докт.пед.н., проф. О.Г.Прохоровой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2013. – 456 с. - режим доступа: [<http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4>].

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ РАДИОЧАСТОТНЫМ МЕТОДОМ У ПОДРОСТКОВ

Шодиева М.А студентка 202 б гр.стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Ашуров Т.А., доцент кафедры клинической анатомии

Рахмонов О.Р. ассистент кафедры анатомии

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Узбекистан

bekhruz311297@gmail.com

Актуальность: Врожденная мышечная кривошея (КМТ) возникает из-за контрактуры грудино-ключично-сосцевидной мышцы, которая может вызывать ограничение активности шеи, наклон головы, черепно-лицевую асимметрию и деформацию черепа. Авторы представляют свой опыт артроскопического удаления тугой фиброзной повязки радиочастотным методом у подростков под местной анестезией и оценивают клинические результаты.

Цель исследования: Представить надежную артроскопическую технику лечения КМТ радиочастотным методом под местной анестезией.

Материалы и методы: В этом исследовании могли принять участие 69 пациентов, которым было выполнено артроскопическое удаление КМТ радиочастотным методом под местной анестезией одним хирургом. Перед операцией были отмечены поверхностные ориентиры грудино-ключично-сосцевидной мышцы, кости и сосудисто-нервных структур. Затем была проведена местная инфильтративная анестезия области операции. В рабочем пространстве, созданном тупым рассечением, были внедрены артроскопические и радиочастотные устройства. Затем были идентифицированы ключичная и грудинная головки грудино-ключично-сосцевидной мышцы и постепенно пересечены. После операции пациенты наблюдались по балльной системе Ченга.

Результаты и обсуждения: В исследовании приняли участие 31 пациент мужского пола и 38 пациенток женского пола. Средний возраст пациентов составил 16,1 года. Средняя продолжительность наблюдения в этой серии составила 36,7 месяца (диапазон от 28 до 67 месяцев). Во время операции 62

пациента (89,9%) не испытывали боли, 6 пациентов (8,7%) ощущали легкую боль, и только 1 пациент (1,4%) расценил процедуру как очень болезненную. За все периоды наблюдения повторных артроскопий ни у одного из этих пациентов не проводилось. При заключительном наблюдении средний дефицит поворота улучшился с 22,5 ° до 4,1 ° после операции, а средний дефицит бокового изгиба улучшился с 14,6 ° до 3,3 ° ($p < 0,05$). В целом, клинический результат был хорошим или превосходным у 65 пациентов (94,2%), удовлетворительным у 4 пациентов и неудовлетворительным у 0 пациентов в течение периода наблюдения в соответствии с системой баллов Ченга. На сегодняшний день ни у одного пациента не было каких-либо интраоперационных или послеоперационных осложнений в результате этой процедуры.

Заключение: Артроскопическое удаление с помощью радиочастоты под местной анестезией предоставляет хирургам альтернативу традиционным открытым методам лечения врожденной мышечной кривошеи (КМТ). Наши данные показывают, что этот метод является минимально инвазивным и обеспечивает хорошее функциональное восстановление с более низким риском осложнений.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ДЕСЕН У ЖЕНЩИН: КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Шодиева М.С., Абдинова А.А., студентки 202 гр. МО фак. ТГСИ

Научный руководитель: Реймназарова Г.Д., к.м.н., заведующая кафедры физиологии и патологии

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: В настоящее время продолжительность жизни женщин в среднем составляет 70-85 лет. Здоровье женщин напрямую зависит от изменений и особенностей работы гормонов, что сказывается на состоянии здоровья полости рта и возникновению различных проблем, связанных с зубами и деснами. Гормональные перестройки организма такие как менструация, беременность, перименопауза и менопауза являются нормальными физиологическими процессами, однако из-за колебания уровня эстрогенов приводит к ухудшению обмена веществ и качества жизни женщин.

Цель исследования: изучить влияние гормональных изменений на состояние зубов и десен у женщин.

Материалы и методы: в ходе исследования было установлено, что женщины, страдающие гипоестрогемией чаще других подвержены заболеваниям пульпы и тканей пародонта. Более того, недостаток выработки эстрогена способствует развитию остеопороза во всем скелете, включая кости черепа. Отмечается, что у женщин с гипогонадными состояниями выявлены атрофия слизистой оболочки полости рта, анемия, цианоз СОПР и фиброматоз десен.

У 15,8% женщин с физиологической беременностью был отмечен маргинальный катаральный гингивит, сопровождаемый гиперемией тканей,

зудом и кровоточивостью десен.

Колебание уровня эстрогенов во время менопаузы влияет на состав соединительной ткани, что приводит к изменению соотношения коллагена и эластина. Концентрация коллагена уменьшается, вследствие чего снижается объем, уменьшается эластичность сосудов и слизистой оболочки.

Одним из ведущих признаков нарушения функций половых гормонов является нарушение функциональной активности слюнных желез, проявляющееся в уменьшении количества выделяемой слюны, сопровождается сухостью во рту, трещинах на губах и нарушениями восприятия вкуса. Нередко на фоне гипосаливации развиваются воспалительные процессы в тканях пародонта с потерей рельефа десневых сосочков, обнажением шеек десен и жжением в области десен.

Результаты и обсуждение: Результаты исследований показывают, что снижение секреции эстрогенов приводит к запуску воспалительно-дистрофических процессов, в результате поражения гистогематического барьера в тканях пародонта. При развитии таких изменений в эндотелиальных клетках происходит набухание митохондрий и переход их в гигантские формы, что является защитной реакцией от лизиса. При тяжелой степени пародонтита часто отмечается наличие тромбоцитов в просвете капилляров и истончение базальной мембраны. Было выяснено, что тяжесть воспалительных заболеваний пародонта у женщин зависит не только от гормональных перестроек организма, но и от тяжести расстройств микроциркуляции.

Заключение: Анализ данных, полученных в результате патоморфологического исследования, свидетельствует о том, что гормональные изменения у женщин любой возрастной группы, сопровождается разнообразными изменениями состояния здоровья слизистой оболочки полости рта и зубов. Результаты данного исследования позволяют выявить причины возникновения зубных и десневых заболеваний, а также разработать новые методы профилактики и лечения данных заболеваний.

ХРОНИЧЕСКАЯ СОСУДИСТО-МОЗГОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ ACE I/D, NOS3 4A/4B И NOS3 C/T 786

Д.С. Кушаева кафедра Медицинской биологии и Гистологии, ТГСИ

У.Т.Нугманова кафедра Медицинской биологии и Гистологии, ТГСИ

Шокиржонов М. М. Студент Стоматологического факультета, ТГСИ

Цель: на основе полученных молекулярно-генетических результатов полиморфизма генов ACEI/D, NOS3 4a/4b и NOS3 C/T 786 изучить их связь у больных с хронической сосудисто- мозговой недостаточностью.

Методы исследования. Нами всесторонне было обследовано 110 лиц, из них основную группу составляло 68 больных с ХСМН. Контрольную группу здоровых лиц составляло 42 чел. Из 68 больных 41 (60%) были мужчины, 27 (40%) – женщины. Возраст больных варьировал от 26 до 85 лет, в среднем

равнялся $-62,9 \pm 0,8$ лет (мужчин $-61,7 \pm 1,2$ и женщин $-62,4 \pm 1,9$ лет). В контрольной группе больных мужчин встречалось 28(67%) случаев, средний возраст $59,8 \pm 1,2$ лет. Женщины – 14(33%), средний возраст $56 \pm 0,89$ лет.

В ходе исследования определено 3 генотипа гена ACE: I/I, I/D, D/D, и частота распределений генотипов, как в основной, так и в контрольной группе различны. В основной группе наиболее чаще наблюдается генотип D/D (50%), чем генотипы I/I (34%) и I/D (16%). В контрольной группе чаще определяется генотип I/D (37%), реже I/I(29%) и D/D (34%).

При сравнении основную и контрольную группу, выяснилось, что мутационный гомозиготный генотип D/D чаще наблюдается у больных, чем у здоровых лиц ($P=0,1$, $\chi^2=2,0$, OR=1,5) и у носителей этого генотипа в 1,5 раза чаще наблюдается ХСМН, чем у лиц, не имеющих этот генотип. При сравнении с контрольной группой немутационный гомозиготный генотип I/I также повышает риск развития ХСМН на 1,2 раза. Гетерозиготный вариант I/D чаще наблюдался у здоровых лиц (16% против 37%).

Исследования выявили 2 генотипа гена NOS3: 4b/4b, 4a/4b, но мутационный вариант 4a/4a не было выявлено ни в одной группе. Распределение генотипов, как в основной, так и в контрольной группе показало, что в обеих группах немутационный вариант 4b/4b превалирует (72 и 95%) над гетерозиготным вариантом 4a/4b (28 и 5%) ($P=0,006$; $\chi^2=7,5$; OR=5,8) носители этого генотипа в 5,8 раза чаще могут переносить ХСМН, чем лица, не имеющие этот генотип.

Выводы

1. Распределение частот аллелей и генотипа полиморфизмов 4b/4a гена NOS3 и I/D гена ACE у больных и здоровых лиц показало, точно, аллель D и генотип D/D гена ACE и аллель 4b и генотип 4b/4b чаще встречаются у больных с ХСМН чем в группе контроля;
2. Генотип D/D гена ACE и 4b/4b гена NOS3 чаще являются причиной возникновения III и IV стадии ХСМН;
3. У носителей генотипа I/I, D/D в комбинации с 4b/4b самый высокий показатель возникновения III и IV стадии ХСМН;

QUORUM SENSING – “ОБЩЕНИЕ” БАКТЕРИЙ

Шохайдарова Д.Б. студент 201 гр. стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Ахранова С.Т. старший преподаватель кафедры микробиологии и фармакологии ТГСИ

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Узбекистан*

Актуальность: на сегодняшний день изучено огромное количество бактерий и их влияние на наш организм и с каждым днем увеличивается потребность изучения не только их воздействия, но и их взаимодействия друг с другом.

Цель исследования: изучить процесс «общения» между двумя видами бактерий *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка) и *Burkholderia cepacia*

(буркхольдерии).

Материалы и методы: для изучения процесса общения между двумя видами бактерий проводится опыт с их представителями при культивировании в условиях симбиоза. Используются генетические и молекулярные методы исследования для анализа точного процесса межвидовой связи и влияния.

Результаты и обсуждения: в клетках *B. cereus* функционирует QS (quorum sensing) система, включающая два вида АГЛ(ацил - гомосеринлактонов), которые синтезируются в небольших количествах и эта система участвует в регуляции синтеза факторов патогенности. При совместном инфицировании *P. aeruginosa* и *B. cereus* патогенность *B. cereus* усиливалась за счет АГЛ бактерии *P. aeruginosa*. То есть бактерия одного рода могла усиливать синтез факторов патогенности за счет АГЛ бактерией другого рода. Эти результаты показывают, что изучение коммуникации бактерий в природных сообществах с участием QS регуляции открывает новые аспекты, чрезвычайно важные для эпидемиологии. Вполне возможны ситуации, когда взаимодействие непатогенных бактерий - продуцентов аутоиндукторов и слабо патогенных (или практически не патогенных в конкретных условиях) может привести к развитию инфекции.

Закключение: большой интерес представляет изучение возможностей использования QS систем как мишени для создания антибактериальных препаратов, направленных на подавление функционирования QS регуляции. Контролируя синтез факторов патогенности бактерий, подобные препараты "превращают" патогенные бактерии в непатогенные, мешают их размножению в организме и в результате препятствуют развитию инфекции. Препараты с таким механизмом действия могут найти применение в медицине, ветеринарии, сельском хозяйстве, пищевой промышленности. В настоящее время проводятся активные поиски соединений различной природы, антагонистов QS регуляции. Показано, что кроме соединений - производных фуранонов, подобным действием обладают дикстопиперазины, вещества хинолоновой природы, некоторые антибиотики-макролиды.

STREPTOCOCCUS MUTANS: МИКРОБНЫЙ МАСТЕР КАРИЕСА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.

Якимова Анастасия, Хикматуллаев Жориллохон 201-Б Д/С.

Доцент кафедры Микробиологии и фармакологии Сулайманова Гульнора Турсуналиевна.

Актуальность:

Микрофлора ротовой полости играет ключевую роль в поддержании здоровья полости рта и общего благополучия человека. Она способствует перевариванию пищи, защищает от патогенных микроорганизмов и участвует в формировании иммунной системы. Однако при определенных условиях некоторые микроорганизмы могут стать патогенными, вызывая заболевания, такие как кариес, гингивит и пародонтит.

Один из наиболее известных патогенов, ассоциированных с кариесом зубов,

является *Streptococcus mutans*. Этот грамположительный факультативно-анаэробный бактериальный вид играет основную роль в развитии кариеса, одного из наиболее распространенных заболеваний зубов в мире. Исследования механизмов его взаимодействия с зубными поверхностями, а также методов его контроля и предотвращения кариеса остаются важными для улучшения стоматологической помощи. А также знания механизмов, с помощью которых *S. mutans* приобретает устойчивость к антибиотикам и другим антимикробным агентам, важно для разработки эффективных методов лечения, включая разработку новых антимикробных веществ, вакцин и пробиотиков, является актуальным направлением в микробиологии.

Цель исследования:

1. Понимание механизмов вирулентности: Изучение, как именно *S. mutans* способствует развитию кариеса и других стоматологических заболеваний, включая механизмы образования биопленок и кислотопродукции;
2. Анализ микробиома полости рта: Исследование взаимодействия *S. mutans* с другими микроорганизмами в микробиоме полости рта и понимание, как эти взаимодействия влияют на здоровье и болезни ротоглотки;
3. Исследование устойчивости к антимикробным препаратам: Определение механизмов, через которые *S. mutans* приобретает устойчивость к антимикробным препаратам, и разработка стратегий для борьбы с этой устойчивостью. Другой подход заключается в разработке новых антимикробных средств и материалов для зубных пломб, которые могли бы предотвратить рост и размножение этих бактерий;
4. Изучение генетической изменчивости: Анализ генетической изменчивости *S. mutans* и ее влияние на вирулентность, устойчивость к лекарствам и возможность использования в качестве биомаркеров для диагностики заболеваний полости рта;
5. Разработка новых подходов к профилактике и лечению: Изучение потенциальных мишеней для новых антибактериальных препаратов и стратегий профилактики кариеса, например, через вакцины, пробиотики или модификации диеты.

Цель такого исследования — не только расширить научное понимание роли *S. mutans* в здоровье и болезнях полости рта, но также предложить новые подходы и стратегии для профилактики и лечения кариеса и других связанных с ним заболеваний. Это исследование может способствовать улучшению общественного здравоохранения и качества жизни населения.

Материалы:

1. Были взяты культуры бактерий: Штаммы *S. mutans*, полученные из различных источников, включая клинические образцы 52 пациентов с хроническим кариесом и коллекции микроорганизмов.
2. Среды для культивирования: Селективные и неселективные питательные среды для выращивания *S. mutans*.
3. Оборудование для молекулярно-биологического анализа: ПЦР-

аппаратура, секвенаторы, оборудование для электрофореза.

4. Реагенты для молекулярно-биологических исследований: Приммеры, нуклеотиды, ферменты для ПЦР, киты для выделения ДНК и РНК.

5. Антимикробные препараты: Для тестирования чувствительности *S. mutans* к антибиотикам и другим антимикробным веществам.

Методы:

1. Было произведено культивирование и идентификация: Использование стандартных методов микробиологии для выделения и идентификации *S. mutans* из 52 клинических и экспериментальных образцов;

2. Молекулярно-генетические методы: ПЦР, секвенирование, CRISPR-Cas9 для изучения генетической структуры и мутаций *S. mutans*;

3. Микроскопия: Электронная и конфокальная микроскопия для изучения морфологии и структуры биопленок *S. mutans*;

4. Антимикробная чувствительность: Методы разведения и диско-диффузионный метод для определения МИК (минимальной ингибирующей концентрации) антибиотиков;

5. Биохимические тесты: Изучение метаболических путей *S. mutans*, включая кислотопродукцию и утилизацию углеводов;

6. Биоинформатика: Анализ геномных данных для выявления генов вирулентности и путей регуляции.

Результаты:

Классификация:

- Домен: Bacteria (Бактерии)
- Царство: Bacteria (Бактерии)
- Отдел: Firmicutes
- Класс: Bacilli
- Отряд: Lactobacillales
- Семейство: Streptococcaceae
- Род: Streptococcus
- Вид: Streptococcus mutans

S. mutans обладает способностью прикрепляться к зубным поверхностям благодаря наличию специфических клеточных адгезинов. Эти адгезины распознают и связываются с рецепторами на поверхности зубного налета, который состоит из различных молекул, включая гликопротеины слюны. Один из ключевых компонентов, участвующих в адгезии *S. mutans*, — это белок, называемый агрегацией вызывающим веществом (AgI/II), который способствует устойчивой адгезии бактерий к зубам и их последующему размножению.

После адгезии к зубной поверхности *S. mutans* начинает процесс формирования биопленки, более известной как зубной налет. Биопленка представляет собой сложное сообщество микроорганизмов, окруженное защитной матрицей из полимеров, которые бактерии вырабатывают из сахаров. Важным компонентом этой матрицы является липкий полисахарид, известный как глюкан, который образуется из сахарозы с помощью фермента глюкозилтрансферазы (GTF), вырабатываемого *S. mutans*. Глюканы

способствуют не только укреплению адгезии бактерий к зубной поверхности, но и обеспечивают структурную основу для роста и развития биопленки. Это создает условия для защиты бактерий от антибактериальных веществ и механического удаления.

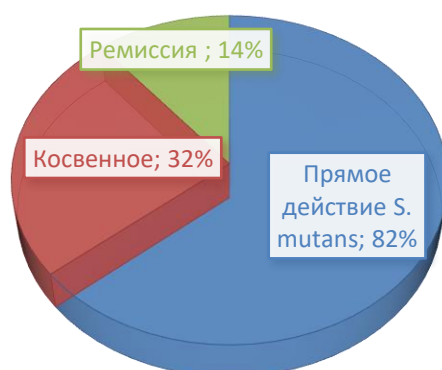
Формирование биопленки имеет большое значение для патогенности *S. mutans*, поскольку именно в этой защищенной среде происходит образование кислот в результате метаболизма углеводов, присутствующих в пище, особенно сахарозу, с образованием молочной кислоты, что приводит к развитию кариеса. Кислоты, производимые *S. mutans*, снижают pH в зубном налете, что приводит к деминерализации зубной эмали. Эмаль состоит из минеральных компонентов, преимущественно из гидроксиапатита ($\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3(\text{OH})$), который растворяется в кислой среде. Со временем это приводит к разрушению поверхностного слоя эмали и образованию кариозных полостей.

В ходе исследования клинических образцов было выявлено, что *Streptococcus mutans* может взаимодействовать с другими бактериями через механизмы синергизма и антагонизма. Например, она способна синтезировать экзополисахариды из сахаров, создавая благоприятную среду не только для себя, но и для других кариогенных бактерий, способствуя их адгезии и формированию биопленок на поверхности зубов, приводя к развитию и прогрессированию болезней десен. В то же время, некоторые виды бактерий могут выделять вещества, подавляющие рост и активность *S. mutans*, это были *Streptococcus sanguinis*, которые считаются более "полезными" и могут тормозить рост *S. mutans*.

В ротовой полости ограниченное количество ресурсов, таких как питательные вещества и места для адгезии, что приводит к конкуренции между различными микроорганизмами. Эта конкуренция может влиять на состав микробного сообщества, способствуя доминированию более адаптированных или агрессивных видов.

Из клинических образцов, *S. mutans* постоянно взаимодействовал с иммунной системой хозяинов. Это взаимодействие было как прямым, так и косвенным. Прямое взаимодействие включало в себя распознавание микробных антигенов клетками иммунной системы, что приводило к активации иммунного ответа и воспалению. Косвенное взаимодействие происходило через изменение микрофлоры ротовой полости, которое влияло на общий баланс микробных сообществ и способствовало развитию или предотвращению патологических состояний.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ



Некоторые штаммы *S. mutans* обладали способностью активно выкачивать антибиотики из клетки с помощью специальных белков-насосов, что уменьшает их внутриклеточную концентрацию и, соответственно, эффективность антибиотика, например, амоксициллина.

Изменение в молекулярной структуре белков-мишеней для антибиотиков может снижать их аффинитет, делая антибиотики менее эффективными.

S. mutans может приобретать гены устойчивости к антибиотикам от других бактерий через процессы, такие как трансформация, трансдукция и конъюгация. Это позволяет им быстро адаптироваться к новым антибиотикам.

Штаммы бактерии могут вырабатывать ферменты, которые инактивируют антибиотики, например, бета-лактамазы, которые разрушают бета-лактамные антибиотики (пенициллины, цефалоспорины).

Некоторые гены *S. mutans*, такие как те, что кодируют белки образования биопленки и кислотоустойчивости, могут служить биомаркерами для оценки потенциала риска развития кариеса. Выявление этих маркеров может обеспечить раннюю диагностику и профилактику.

Если разработать пломбировочные материалы с наночастицами серебра, то пломба будет обладать широким спектром антимикробного действия, включая эффективность против *S. mutans*. Антимикробные свойства цинка также могут быть использованы для борьбы с бактериями в полости рта. Цинк влияет на метаболические процессы микроорганизмов и может предотвращать их рост.

Кватерниевые аммониевые соединения (КАС): Эти вещества обладают антимикробными свойствами и могут быть интегрированы в материалы пломб для снижения количества микробов на поверхности зуба и в окружающих тканях.

Заключение:

Профилактика заболеваний, вызванных *Streptococcus mutans*, важна для поддержания здоровья полости рта и предотвращения кариеса:

✚ Поддержание гигиены полости рта: Регулярное и тщательное очищение зубов минимум дважды в день с использованием фторсодержащей зубной пасты помогает удалять зубной налет и предотвращать рост *S. mutans*. Использование зубной нити или ирригатора для чистки межзубных промежутков также важно для удаления бактерий и остатков пищи.

✚ Ограничение потребления сахара: Пищевые продукты и напитки с высоким содержанием сахара способствуют размножению *S. mutans* и производству кислот, которые разрушают зубную эмаль. Сокращение потребления таких продуктов может снизить риск развития кариеса.

✚ Регулярные стоматологические осмотры: Визиты к стоматологу не реже двух раз в год позволяют своевременно обнаруживать и лечить начальные формы кариеса, а также получать профессиональную чистку зубов, которая удаляет зубной налет и зубной камень, недоступные для удаления домашними средствами.

✚ Фторирование: Использование фторсодержащих средств (зубные пасты, ополаскиватели, профессиональные покрытия) укрепляет зубную эмаль и делает ее более устойчивой к кислотному воздействию.

✚ Правильное питание: Сбалансированное питание, богатое витаминами и минералами, способствует укреплению зубов и десен. Потребление фруктов, овощей, молочных продуктов и продуктов, содержащих кальций, важно для поддержания здоровья полости рта.

✚ Применение антимикробных средств: В некоторых случаях для профилактики кариеса могут быть рекомендованы антимикробные ополаскиватели, которые помогают снизить уровень бактерий в полости рта, например, хлоргексидин.

✚ Защитные покрытия для зубов (силанты): Профессиональное нанесение на жевательные поверхности зубов защитных покрытий (силантов) может предотвратить скопление пищи и размножение бактерий в глубоких бороздках и углублениях, что тоже снижает риск развития кариеса.

Распространение информации о роли *S. mutans* и его влиянии на здоровье зубов среди населения помогает повысить уровень осведомленности о важности гигиены полости рта и профилактических мерах, что, в свою очередь, может снизить распространенность кариеса.

Литература:

1. Габриэлянц Р.С., Лапина Т.Н. "Микрофлора полости рта и её роль в развитии кариеса." Москва: Медицина, 1978.
3. Козлова Р.И. "Микробиология кариеса зубов." Москва: Медицина, 1968.
4. Леонтьев В.К. "Этиология и патогенез кариеса зубов." Москва: Медицина, 1973.
5. Павлова М.А. "Стрептококки и кариес зубов." Москва: Медицина, 1981.
6. Симонян Е.А. "Биохимия микроорганизмов полости рта." Ереван: Издательство Ереванского университета, 1976.
7. Фролова С.Л. "Микробиологические и иммунологические аспекты кариеса зубов." Москва: Медицина, 1980.

8. Loesche, W.J. "Role of Streptococcus mutans in Human Dental Decay." Microbiological Reviews, vol. 50, no. 4, 1986, pp. 353-380.

9. Marsh, P.D. "Microbial Ecology of Dental Plaque and its Significance in Health and Disease."

10. Hamada, S., and H. D. Slade. "Biology, Immunology, and Cariogenicity of Streptococcus mutans." Microbiological Reviews, vol. 44, no. 2, 1980, pp. 331-384.

СТРАТЕГИИ СОЦИАЛИЗАЦИИ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ УЗБЕКИСТАНА

Турсунмурадов Жавохир Рихсибаевич студент 201 гр.Пиму стом. факультета МО ТГСИ

Научный руководитель: Мухамедова З.М., профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики, Ташкентского государственного стоматологического института (ТГСИ)

Актуальность: Социализация биоэтики в медицинской сфере Узбекистана актуальна из-за необходимости укрепления этических стандартов в здравоохранении и повышения осведомленности общества о биоэтических принципах.

Цель исследования: Основная цель - разработать и оценить стратегии, которые способствуют интеграции биоэтических норм в практику здравоохранения и образование в Узбекистане.

Материалы и методы: Исследование может включать анализ законодательных актов, интервью с медицинскими работниками, а также опросы населения для оценки уровня осведомленности о биоэтике.

Результаты и обсуждение: Биоэтика стала важной академической дисциплиной, однако ее значение, цели и задачи много больше. Биоэтика - не часть медицинской этики, а новый, может быть самый глубокий пласт философской антропологии и этики. Новые тенденции в биоэтике связаны со сменой парадигм с юридической на этико-антропологическую. Биоэтика не только новая область знания и познания - биоэтику следует понимать и как «формирующийся социальный институт современного общества» (Б Г Юдин). Общественный дискурс по актуальным проблемам, достижение договоренностей по спорным вопросам, участие общественности в принятии социально важных решений, возможность общественного аудита предприятий различных форм собственности и государственных учреждений в вопросах соблюдения договоренностей. В этих процедурах гражданского общества экологическая и биоэтическая составляющие становятся катализатором практических действий. В настоящее время потребители медицинских услуг выражают озабоченность по поводу количества процедур, которым они подвергаются и сомневаются, действительно ли эти процедуры необходимы для диагностики или лечения их болезни? Население беспокоят расходы за оказание медицинских услуг и лечение по доступной цене, стоимость лекарственных препаратов в аптеках. Система медицинского страхования еще не начала работать. Правительство обеспечивает некоторую защиту медицинских льгот для уязвимых групп населения (в том числе открывая социальные аптеки).

Почему так важно отнести биоэтику не только в разряд образовательных курсов для до-дипломного и постдипломного образования, но для общественного здравоохранения, гражданского общества и права? Потому что, понятие био-этики связано с этическим вопросом биоразнообразия в условиях техно-логических достижений которые могут причинить вред экосистеме, сохранению планеты. На этом фоне биоэтика включает восприятие качества жизни человека, уважение к окружающей среде и экосистеме, а также существующим биомедицинским проблемам.

Разработка целевых образовательных программ и учебных материалов, а также проведение публичных дискуссий и семинаров, могут эффективно способствовать социализации биоэтики в Узбекистане. Обсуждение может включать рекомендации по дальнейшему улучшению стратегий и их реализации.

Реформа здравоохранения в Узбекистане играет важную роль в социализации и решении проблем биоэтики. С 2017 по 2019 год было принято не менее 160 законодательных актов, направленных на улучшение доступа к медицинскому обслуживанию и лекарствам, модернизацию медицинской инфраструктуры и укомплектование медицинских учреждений более квалифицированным персоналом. Несмотря на прогресс, система здравоохранения все еще сталкивается с ограничениями, такими как недоступность для части населения и коррупция среди медицинского персонала. Важно продолжать улучшать этот сектор, чтобы обеспечить здоровье и благополучие граждан Узбекистана.

Биоэтика может внести важный вклад в будущий рост и развитие общественного здравоохранения. Общественное здравоохранение также может принести большую пользу в области биоэтики за счет расширения основного внимания биоэтики с индивидуальной автономии и клинической помощи, чтобы включить контекстуальные вопросы при принятии решений в области здравоохранения. На слабую интеграцию медицинской практики с образованием и наукой. на фоне низкого инновационного потенциала специализированных центров отражает неудовлетворительный уровень внедрения передовых достижений медицины в лечебно-диагностический процесс.

Заключение. В плюралистическом обществе в котором мы живем, открытом для множества вариантов, наука нуждается в эволюционной динамике и открытой этике. Науки, которые заинтересованы в междисциплинарном диалоге по биоэтике - это медицина, психология, философия, социология, экономика и др. т.е. те науки, которые так или иначе имеют отношение к жизни во всех ее проявлениях и могут помочь улучшить качество жизни. Законы и принципы прав человека, концепции и технические подходы справедливости в отношении здоровья могут быть мощными инструментами для взаимного укрепления. не только путем содействия повышению осведомленности и консенсуса в отношении общих ценностей, но также путем проведения анализа и усиления измерения прав человека и справедливости в отношении здоровья. В этом велика роль биоэтики и общественного здравоохранения, руководящими принципами которых являются справедливость, социальная защита, социальная ответственность и солидарность.

ИЖТИМОИЙ ГУМАНИТАР ФАНЛАР, ПЕДАГОГИКА, ПСИХОЛОГИЯ ВА ТИЛЛАР ЙЎНАЛИШИ

TIBBIYOT OLIYGOHI TALABALARI UCHUN LOTIN TILI VA TIBBIY TERMINOLOGIYA FANINI O'RGANISHINING AHAMIYATI.

Ilmiy rahbar: Duldulova Nargiza Ashim qizi

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Lotin tili va xorijiy tillar kafedrasi o'qituvchisi

Stomatologiya fakulteti 105-B guruh talabasi

Axmadov Shaxriyor Baxtiyor o'g'li

Annotatsiya: Tibbiyotda lotin tili an'anaviy ravishda anatomik, klinik va farmatsevtika terminologiyasida qo'llaniladi. Lotin tili-hind yevropa oilasining italyan tillari guruhiga mansub bo'lib. Lotin tilini bilish butun dunyodagi shifokorlarga uchun qiyinchiliksiz bir-birini tushunishga imkon beradi.

Lotinlarning poytaxti Rim shahri bo'lgan. Rim saltanati Yunonistonni bosib olganda, bu yerda madaniyat yuksak darajada taraqqiy etgan bo'lib, Rim davlati xalqlari madaniyati bilan tanishsa bo'ladi. Ularning rivojlanganligini biz tibbiyotda ishlatayotgan terminlarimizda ham ko'rishimiz mumkin.

Kalit so'zlar: *lotin tili, tibbiy terminologiya, fanga oid iboralar, unifikatsiya.*

Kirish: Tibbiyotda lotin tilidan foydalanish butun dunyo shifokorlari va tibbiy ta'limni unifikatsiya qilish uchun birlashtiruvchi omil bo'lib xizmat qiladi. Lotin tili anatomiya va farmakologiya sohalarida alohida o'rin tutadi. Inson tanasining barcha a'zolari va qismlari lotinchaga ega ismlar yoki lotinlashtirilgan nomlardan iboratdir. Dori-darmonlar nomlari ham lotin tilidan olingan. Azal-azaldan retseptlar lotin tilida va ma'lum qoidalarga muvofiq yo'ziladi, ularni barcha millat shifokorlari lotinchada tushunishi lozim, masalan, Amerikada yozilgan retseptni Rossiyada ham osongina tushunish mumkin bo'lishi.

Yevropa tibbiyoti “otasi” Buqrot, Klavdiy Galen, Andrey Vezaliy lotin tilida yozilgan. Lomonosov ko'pgina asarlari ham lotin tilida yozilgan. Abu Ali Ibn Sino “Tib qonunlari” asarini XII asrdayoq lotin tiliga o'girilib, qariyb XVI asr oxirlarigacha Yevropa tibbiyotini o'qitish uchun asosiy manba sifatida foydalanib kelinadi.

Asosiy qism: Bugungi kunga kelib lotin tilini bilmay turib tibbiyotga kirishni iloji yo'q. Tibbiyot oliygohlarida lotin tilini o'rganish talabalarga doimo yangilanib turadigan tibbiy terminologiyani shifokorning kelajakdagi mutaxassisligining professional tilini ongli ravishda o'zlashtirish va malakali foydalanishga yo'l ochadi.

Shuning uchun, tibbiyot oliy o'quv yurtlarida lotin tilini o'rganish zarurligiga shubha yo'q va lotin tilining elementlarini bilish shifokorlar o'z mutaxassisliklarini muvaffaqiyatli o'zlashtirishlari va kelajakda biz shifokorlarning kasbiy tilimiz-tibbiyotda malakali foydalanishimiz zarur.

Lotin tili asoslarini o'zlashtirmasdan turib tibbiy ta'limni o'zlashtirish mumkin emas. Lotin tilini o'rganish tibbiyot mutaxassislari tayyorlashda katta ahamiyatga ega, chunki u lotin tilidan kelib chiqqan tibbiy atamalarni ongli ravishda o'zlashtirish

va tushunishga yordam beradi va amaliyotda foydalanishda yordam beradi. Qadim zamonlardan beri shifokorlar orasida shunday maqol bor:

“Invia est in medicina via sine lingua Latina” ya’ni “Tibbiyot yo’lidan lotin tilisiz o’tib bo’lmaydi”. Bu maqol bugungi kunning eng dolzarb haqiqatlaridan biridir.

Lotin tili tibbiyotda an’anaviy ravishda anatomiya va farmakologiya uchun xalqaro terminologiya, shuningdek retseptlar tayyorlashda qo’llaniladi. Lotin tilini bilish turli mamlakatlarda shifokorlar bir birini osongina tushinib olish imkonini beradi.

Lotin tilini tibbiyotda qo’llashning uzoq an’analari butun dunyo shifokorlari va bilimni birlashtirish uchun omil bo’lib xizmat qiladi.

Ilmiy tibbiy terminologiya asosan lotin va uning shakllari asosida qurilgan xalqaro lug’at sohasiga tegishli bo’lganligi sababli, u butun dunyo shifokorlari uchun birdek ishlatiladi. Lotin tilida ham xuddi o’zbek tilimizdek so’z turkumlari mavjud bo’lib. Ulardan biz turli xil dori darmonlarning va kasaliklarning nomlarini tuzishda foydalanibmiz mumkun.

Xulosa qilib aytganda, lotin tilini o’rganish, bu fanga doir bilimlarni yuqori darajada o’zlashtirish, tibbiyot yo’nalishida bo’lajak shifokorlar uchun judaham katta o’rni borligini bilishimiz shart hisoblanib va bu borasida zamonaviy ta’limning juda dolzarb vazifasi hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO’YXATI

1. Israilova M.N. “Lotin tili va tibbiy farmasevtik terminologiya asoslari” Tibbiyot oliygoxi talabalari uchun o’quv qo’llanma, Toshkent 2016
2. Chernyavskiy M.N. Moskva 2007. «Латинский язык и основы медицинской терминологии»
3. Boliyev M.N. “Lotin tili” Toshkent 1994

TIBBIYOT OLIYGOHLARIDA INGLIZ TILINI O’QITISHNING O’ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

*Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrasasi assistenti
Eshquvatova Gulchehra Berdiyrovna
eshquvatovagulchehra3@gmail.com*

Annotatsiya: Ushbu maqola tibbiyot oliygohi talabalariga ingliz tilini o’rgatishning o’ziga xos jihatlarini ko’rib chiqadi. Shuningdek, zamonaviy tibbiyot talabalarining kasbiy malakasini shakllantirishda ingliz tilining roli haqida ma’lumot beriladi.

Kalit so’zlar: ingliz tili, tibbiyot talabalari, texnologiya, marafon, tarjima, elektron saytlar.

Abstract: This article examines the unique aspects of teaching English to medical students. Also, information is provided about the role of a foreign language in the formation of professional qualifications of modern medical students.

Keywords: foreign languages, medical students, technology, marathons, translate, electronic sites.

Аннотация: В данной статье рассматриваются уникальные аспекты

преподавания английского языка студентам-медикам. Также представлена информация о роли иностранного языка в формировании профессиональной квалификации современных студентов-медиков.

Ключевые слова: иностранные языки, студенты-медики, технологии, марафоны, перевод, электронные сайты.

Zamonaviy tibbiyot ta'limi talabalardan nafaqat tibbiyot sohasida chuqur bilimga ega bo'lishni, balki chet tilini bilishni ham talab qilmoqda. Bunga sabab, har bir talaba oliy o'quv yurtini bitirgach bemorlar, tengdoshlari va boshqa sog'liqni saqlash xodimlari bilan muloqot qilishlariga to'g'ri keladi. Shuningdek, talabalar o'qish davomida xalqaro tibbiy dasturlarda ishtirok etadilar va bunday dasturlar, asosan, ingliz tilida olib boriladi.

Tibbiyot oliygohlarida ingliz tilini o'rgatishning o'ziga xos xususiyatlari borki, u nafaqat tilni bilish, balki o'ziga xos terminologiyani ham talab qiladi. Shuningdek, “Chet tili” fanlarining asosiy vazifasi tibbiyot fakulteti talabalarining tilni kasbiy muloqot vositasi sifatida qo'llash qobiliyatini shakllantirishdan iboratdir.

Avvalo, tibbiyotda mavjud bo'lgan 90 foiz terminologiya chet tilidan kirib kelganligini unutmasligimiz kerak. Talabaga chet tili sifatida jaxon tillaridan biri hisoblangan xoh ingliz tili o'qitiladimi, xoh nemis tili yoki fransuz tilimi, ularning bobo tili lotin tili hisoblanishi, albatta, yutuqli jihatlaridan biridir. Chunki talaba chet tilini o'qishi davomida terminlarni o'zlashtirar ekan, aslida bu terminlar oddiygina so'zlardan tashkil topganiga guvoh bo'ladi. Misol uchun, antibacterial so'zining qanday ma'no anglatishini tibbiyot oliy o'quv yurti talabalari juda yaxshi bilishadi. Ammo chet tili sifatida uni asos va qo'shimchalarga bo'linishini, ya'ni anti - qarama-qarshi, bacterial - bakteriaga oid so'z qismlarining ma'nolarini o'zlashtirish talabalarga birmuncha qulayliklar tug'diradi. Ushbu xususiyat orqali talaba chet tilini osonroq o'zlashtiradi.

Shuningdek, tibbiyot sohasidagi talabalar chet tillarini bilishi bu xorijda ishlash, o'qish, amaliyot o'tash, xalqaro ilmiy loyihalar va konferensiyalarda ishtirok etish, o'z mutaxassisligi bo'yicha xorijiy axborot manbalaridan foydalanish, tadqiqot natijalarini xorijiy nashrlarda e'lon qilish, biznes va shaxsiy aloqalar o'rnatish kabi bir qator imkoniyatlarga ega bo'ladilar. Ayniqsa, mamlakatimizda ham, chet davlatlarda ham tashkil qilinayotgan bir qator imtiyozlar, xorijda ishlash bilan bog'liq shart-sharoitlar buning yaqqol isbotidir.

Tibbiyot fakulteti talabalariga chet tillarini o'rgatishdagi yana bir o'ziga xos xususiyatlardan biri shundaki, ular xalqaro hamkorlar bilan tibbiy tadqiqotlar bo'yicha hamkorlikda ishtirok etish mumkin bo'ladi. Tibbiy tadqiqotlar ko'pincha global sog'liqni saqlash muammolarini hal qilish, yangi davolash usullarini ishlab chiqish va ilmiy bilimlarni rivojlantirish uchun turli mamlakatlar tadqiqotchilari bilan hamkorlik va ma'lumotlar almashishni talab qiladi. Bunday sohalarda faqat chet tillarini yaxshi biladigan tibbiyot talabalari qatnasha oladilar. Xalqaro ilmiy hamkorlikda ishtirok etish orqali tibbiyot talabalari tadqiqot metodologiyasi, ma'lumotlarni tahlil qilish va hamkorlik ko'nikmalari bo'yicha tajribaga ega bo'lishlari mumkin, bu ularning kelajakdagi karyerasiga ham juda katta foyda keltiradi.

Shuni ham ta'kidlash zarurki, ijtimoiy tarmoqlarda tibbiyotga oid juda ko'p video-qo'llanma va yo'riqnomalar, ingliz va boshqa xorijiy tillarida yozilgan elektron kitoblar mavjud bo'lib, ularni tushunish talabalarga o'z mutaxassislik fanlarini yanada chuqurroq

o'rganishlari mumkinligiga ishora qiladi.

Bundan tashqari, yana ijtimoiy tarmoqlarga murojaat qilar ekanmiz, ayniqsa, Google saytida tibbiyotga oid elektron manbalarning tarjimasini uslubiy va imloviy xatolarga boyligiga guvoh bo'lishimiz mumkin. Buning asosiy sababi, tarjimonlarning tibbiyotdan xabari yo'qligi yoki mutaxasislarning kamligi sabab tarjimon botlardan foydalanilayotganligidadir. Agar talaba yoshlar, chet tilini yaxshi egallasa, turli marafonlar orqali ushbu muammo ham ijobiy tomonga hal etilishi shubhadan holi emas, albatta.

Shuningdek, butun dunyoda, xususan rivojlanib borayotgan mamlakatlarda 6 oylik, 1 yillik amaliyot o'tash, kurs olish, tajriba almashish kabi mashg'ulotlarni o'z ichiga grant dasturlari ko'pgina yoshlarning e'tiborida bo'lib, ushbu dasturlarning deyarli 90 foizi "Chet tilini ko'nikmalarini bilish" bo'yicha hujjat yoki sertifikat talab qilishi barchamizga sir emas. Ayniqsa, tibbiyot sohasi talabalarining bunday grantlarda qatnashishi ularga innovatsion texnologiya vositalaridan xabardor bo'lish imkoniyatini taqdim etish bilan birga, ularning o'z sohasining yetuk mutaxasislari bo'lim imkoniyatini beradi.

Xusola o'rnida shuni ta'kidlash kerakki, mamlakatimizdagi tibbiyot oliy o'quv yurtlarida chet tilini o'qitishni optimallashtirishning asosiy yo'llari ko'rsatilgan bo'lib, ular talabalarining hozirgi kompetensiyalari va bo'lajak shifokorlarning kasbiy ahamiyatli fazilatlarini rivojlantirishga, o'z sohalarini mukammal darajada o'rganishga va chet davlatlar tajribalari bo'yicha fikr almashishga qaratilgan.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Buranova. D. (2017). Chet tillarini o'qitish jarayonida faoliyatni tashkil etish Yosh olimlar forumi №1 (5). Rossiya, 125-129-betlar.
2. Abidova, M. I. Teaching a foreign language in medical universities based on international training programs / M. I. Abidova. — Text: direct // Young scientist. — 2020.

XORIJIY TILLARNI O'QITISHDA YANGI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANISHNI TAKOMILLASHTIRISH

*Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrasini assistenti
Eshquvatova Gulchehra Berdiyevna
Ergasheva Zuhra Murodjon qizi
eshquvatovagulchehra3@gmail.com*

Annotatsiya: Ushbu maqolada xorijiy tillarini o'qitishda yangi innovatsion texnologiyalarni integratsiyalash muhimligi haqida ma'lumot beriladi. Unda talabalar faolligini oshirish va til ko'nikmalarini rivojlantirishda texnologiyaning afzalliklari muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: texnologiya, xorijiy tillar, o'qitish, innovatsion texnologiyalar.

Abstract: The article gives information about the importance of integrating new innovative technologies in teaching foreign languages. It discusses the benefits of technology in enhancing student engagement and improving language skills development.

Keywords: technology, foreign languages, teaching, innovative technologies.

Xorijiy tillarni o'qitish jarayonida yangi innovatsion texnologiyalardan foydalanishning ahamiyat katta. Ulardan foydalanish dars sifatini va uni yanada qiziqarli bo'lishini ta'minlaydi.

Chet tillarini o'qitishda yangi innovatsion texnologiyalarni qo'llash o'qituvchilar va talabalar uchun bir qator muhim imtiyozlarni beradi. Quyida ushbu texnologiyalardan foydalanishning asosiy sabablaridan namunalar keltiramiz:

- Talabalarning faolligini oshirish: Til o'rganish ilovalari, onlayn platformalar, virtual reallik vositalari va interaktiv o'yin usullari kabi innovatsion texnologiyalar til o'rganishni o'quvchilar uchun yanada qizg'in, qiziqarli qilish imkonini beradi. Bu vositalar o'quvchilarning o'quv jarayonidagi faol ishtirokini rag'batlantirishga yordam beradi.

- Til ko'nikmalarini rivojlantirish: Innovatsion texnologiyalar tinglash, gapirish, o'qish va yozishda til ko'nikmalarini mashq qilish va mustahkamlash uchun turli imkoniyatlarni taqdim etadi. Interfaol mashqlar, til o'yinlari, multimedia kontenti va aloqa vositalari o'quvchilarning tilni ravonligini, so'z boyligini, grammatikasini va talaffuzini qiziqarli va samarali tarzda yaxshilashga yordam beradi.

- Raqamli savodxonlik va global muloqotga tayyorgarlik: Til o'rgatishda texnologiyani integratsiyalash talabalarni 21-asr uchun zarur bo'lgan raqamli savodxonlik va muloqot qobiliyatlari bilan ta'minlaydi. Onlayn platformalar, video konferensiya va ijtimoiy media bilan shug'ullanish orqali talabalar raqamli muloqot qobiliyatlarini rivojlantirishlari va butun dunyo bo'ylab boshqa tillarda so'zlashuvchilar bilan muloqot qilishlari mumkin bo'ladi.

- Individuallashtirish o'quv tajribalari: Texnologiya o'quvchilarning qiziqishlari, o'rganish uslublari va malaka darajasidan kelib chiqqan holda o'quv materiallari va faoliyatini moslashtirish imkonini beradi. O'qituvchilar o'quvchilarning turli xil kelib chiqishi va qobiliyatlariga mos keladigan tabaqalashtirilgan ta'lim tajribasini taqdim etib, individual ehtiyojlarni qondirish uchun ko'rsatmalarni moslashtirishi mumkin.

- Bundan tashqari, barchamizga sir emaski, yaqinda COVID-2020 pandemiyasi davrida, birdaniga online o'qitish tizimiga o'tish birmuncha qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. Dastlab, til o'qitish tizimida ham tilning faqatgina yozma ko'nikmasi baholandi. Texnologiyalar takomillashgani sari, ularning produktiv mahoratlarini namoyish qilish ancha osonlashdi.

- Eng asosiysi, xorijiy tillarni o'qitish bir yo'nalishda ketmay, turli ko'nikmalarni o'z ichiga oladi, jumladan eshitish, gapirish, o'qish va yozish. Bularning barchasini talabalarga samarali o'qitish albatta pedagoglardan zamon bilan hamnafas bo'lishni va texnologiya vositalaridan unumli foydalanishni talab qiladi.

Xulosa qilib aytganda, chet tillarini o'rgatishda yangi innovatsion texnologiyalarni qo'llash til o'rganish tajribasini o'zgartirishi, o'quvchilarning faolligi va motivatsiyasini oshirishi, til ko'nikmalarini rivojlanishini oshirishi va talabalarni bugungi o'zaro bog'langan va texnologiya asosidagi dunyoda muvaffaqiyat sari yo'naltirishi mumkin.

Foydalangan adabiyotlar ro'yxati:

10. Отабоева, М. Р. Chet tilini o'qitishda zamonaviy innovatsion texnologiyalaridan foydalanish va uning samaradorligi / М. Р. Отабоева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — № 4.2 (138.2). — С. 36-37. — URL: <https://moluch.ru/archive/138/39058/> (дата обращения: 13.04.2024).

11. Jalolov J.J. Chet tillarini o'qitish metodikasi. – T.: O'qituvchi. 2012

XORIJIY TILLARNI O'QITISH JARAYONIDA O'QITUVCHI VA TALABANING O'RNI

*Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrası assistenti
Eshquvatova Gulchehra Berdiyrovna
Stomatologiya fakulteti 1-bosqich talabasi
Yaxshilikov Azamat Azzamovich
eshquvatovagulchehra3@gmail.com
azamatyakhshilikov1@gmail.com*

Annotatsiya: Ushbu maqola chet tilini o'qitish jarayonida o'qituvchi va o'quvchining rolini va darsda o'qituvchi shaxsi nimalarga e'tibor berishi lozimligi haqida m'lumot beradi.

Kalit so'zlar: o'qituvchi, talaba, xorijiy tillar, o'qitish, o'quv jarayoni, ko'rsatma, fikr-mulohaza.

Abstarct: This article examines the role of the teacher and student in the process of teaching a foreign language and gives information about what teachers should pay attention during the lesson.

Keywords: teacher, student, foreign language, teaching, learning process, instruction, feedback.

Bugungi globallashuv jarayonida xorijiy tillarni puxta egallash ta'limning ajralmas qismiga aylanib bormoqda. Ayni damda ayrim soha mutaxassislari xalqaro mamlakatlar bilan turli sohalarida faol hamkorlik qilyotganligi tufayli, ularning chet tillarini o'rganishga katta ehtiyojlari bor.

Xorijiy tillarni o'rgatish jarayonida o'qituvchi ham, talaba ham samarali o'rganishni ta'minlashda muhim rol o'ynaydi. Chet tillarni o'zlashtirishda o'qituvchilarning o'rni juda katta. Zamonaviy ta'lim ilg'or mutaxassislarni, yaxshi va mukammal kadrlarni talab qiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, texnika taraqqiyotining hozirgi davrida har qanday o'qituvchi zamonaviy texnologiyani mukammal bilishi kerak. O'qituvchilar o'quv jarayonini yanada samarali bo'lishi uchun talabalarga yo'l-yo'riq va ko'rsatma beradilar. Shuningdek, o'qituvchilar talabalarni ruhlantirish va o'quv jarayoniga qiziqishlarini uyg'otish maqsadida ijobiy va qiziqarli ta'lim muhitini yaratadilar. O'qituvchilar o'qitilayotgan tilni, shuningdek, o'qitishning samarali usullari va strategiyalarini ham yaxshi bilishi kerakdir.

Yana bir o'qituvchilarning asosiy vazifalaridan biri darslarni rejalashtirish va o'tkazish, talabalarni o'z vaqtida baholash, fikr-mulohazalar kiritish va amaliyotni rag'batlantirishdir. O'qituvchi o'z o'qitish usullarini talabalarning individual ehtiyojlari

va ta'lim uslublariga moslashtira olishi kerak. Ya'ni, bu yerda talabalarning mitaxasisliklaridan kelib chiqqan holda dars metodlarini qo'llasa, maqsadga muvofiq bo'ladi.

Shuningdek, zamonaviy o'qitish tizimi o'qituvchilardan dars jarayonida axborot texnologiyalaridan foydalangan holda loyihaviy o'qitish usullaridan foydalanishni talab qilmoqda. Quyida o'qituvchilar dars davomida o'quvchilarning muloqot qilish ko'nikmalarini yaxshilash uchun foydalanishlari mumkin bo'lgan ba'zi texnologiya vositalaridan na'munalar keltiramiz:

12. Onlayn muloqot platformalari: Google Classroom yoki Microsoft Teams kabi vositalar orqali o'qituvchilar o'quvchilarga o'z fikr-mulohazalarni bildirish imkoniga ega bo'ladilar. Ushbu platformalar, shuningdek, talabalar o'rtasida jamoabo'lib ishlash va bir birlari bilan muhokama qilishlarini osonlashtiradi.

13. Aloqa ilovalari: Slack yoki Remind kabi ilovalar o'qituvchilarga talabalar va ota-onalar bilan samarali muloqot qilish, eslatmalar yoki e'lonlar yuborish hamda auditoriyadan tashqarida fikr-mulohazalarni bildirish imkonini beradi.

Talabaning asosiy vazifalaridan biri esa o'quv jarayonida faol ishtirok etishdir. Talabalar o'z diqqat e'tiborini auditoriya mashg'ulotlariga va auditoriya faoliyatida qatnashishga qaratishlari kerak bo'ladi. Shuningdek, ular sinfdan tashqarida til ko'nikmalarini yaxshilash uchun tashabbus ko'rsatishlari kerak. Bundan tashqari, talabalar dars jarayonida o'qituvchilariga savollar berishlari, muhokamalarda va mashg'ulotlarda faol ishtirok etishlari kerakdir.

Talabalarning faol ishtirokini yaxshiroq ta'minlash uchun o'qituvchi-pedagoglar baholash jarayoni uchun ham o'zgacha yondashishlari va har doimgi mashg'ulotlardan qochgan holda, noodatiy topshiriqlar berishi ko'zda tutiladi. Misol uchun, topshiriq sifatida video-kontentlar yaratish, intervyu olish yoki berish, kichik test, so'rovnomalar olish va ularning reytingini baholash shular jumlasidandir.

Xulosa qilib aytganda, o'qituvchi va talaba chet tilini o'rgatish jarayonida muhim rol o'ynaydi. Hamkorlik va qo'llab-quvvatlovchi tarzda birgalikda ishlash orqali ular tilni o'zlashtirish va ravonlikni rivojlantirishga yordam beradigan samarali o'quv muhitini yaratishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. O'. Hoshimov. I.Yoqubov. Ingliz tilini o'qitish metodikasi. - Toshkent-2003 yil
2. Bekmuratova U.B. "Ingliz tilini o'qitishda innovatsion texnologiyalardan foydalanish" mavzusidagi insho. Toshkent – 2012.
3. Jalolov J.J. Ingliz tili o'qitish qiyosiy metodikasi. Toshkent-2008

CLASSROOM ROLES OF TEACHER AND LEARNING HYPOTHESIS.

*Toshkent Davlat Stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrasida assistenti
Hojiyeva Maftuna Ulug'bek qizi.
E-mail: hojiyevamaftuna908@gmail.com*

Abstract. This article explores the multifaceted role of teachers in education, emphasizing the importance of creating a nurturing and inclusive classroom environment where students can freely express themselves and make decisions.

Teachers are tasked with understanding the individual identities of their students through need analysis and material design, adapting their strategies to meet diverse needs. Collaboration between teachers and students is crucial in shaping learning experiences, with a focus on promoting active participation and open communication. The article highlights the challenges faced by novice teachers in differentiating student identities and offers strategies, such as different hypothesis to address these challenges effectively.

Key words: Teacher as a material designer, teacher as a classroom instructor, teacher as a collaborator, need analysis, identity of students.

Аннотация.

Этот статья исследует многоаспектную роль учителей в образовании, подчеркивая важность создания заботливой и инклюзивной атмосферы в классе, где студенты могут свободно выражать себя и принимать решения. Учителя обязаны понимать индивидуальные идентичности своих учеников через анализ потребностей и разработку материалов, адаптируя свои стратегии для удовлетворения разнообразных потребностей. Сотрудничество между учителями и студентами имеет ключевое значение для формирования учебного опыта, с акцентом на содействие активному участию и открытому общению. Статья подчеркивает проблемы, с которыми сталкиваются начинающие учителя при дифференциации идентичностей студентов, и предлагает стратегии, такие как различные гипотезы, для эффективного решения этих проблем.

Ключевые слова: Учитель как разработчик материалов, учитель как классный инструктор, учитель как сотрудник, анализ потребностей, идентичность студентов.

Annotatsiya.

Hozirgi kunda ta'lim sohasida o'quvchilarning o'z fikrlarini erkin ifoda eta oladigan, zamonaviy inkluziv sinf muhitini yaratishda o'qituvchining roli alohida ahamiyatga ega. O'qituvchilar o'quvchilarining individual qarashlarini tushunishi va materiallarni dizaynlashtirishda ularning talab va maqsadlarini e'tiborga olishi va o'quv metod va strategiyalarini o'quvchilarning turli ehtiyojlarni moslashtirishlari lozim. O'qituvchilar va o'quvchilar o'rtasidagi hamkorlik mustahkamlashda ta'lim tajribalarini shakllantirish, faol ishtirokni va ochiq muloqotni rag'batlantirishga e'tibor qaratish lozim. Maqolada yangi o'qituvchilar tomonidan o'quvchilar identifikatsiyalarini farqlashda uchraydigan muammolar keltirilib, bu muammolarni samarali hal qilish uchun turli o'rganish nazariyalari taklif etiladi. Tatqiqotning maqsadi o'quvchilarni kuchli, mustaqil va o'ziga ishongan shaxs sifatida shakllantirishda o'qituvchilarning roli va ahamiyatini tahlil qilishdan iborat.

Kalit so'zlar: o'qituvchi material deziynerlik roli, sinf nazorati, o'quvchilarni tahlil qilish, o'quvchilarning turli qarashlari.

Introduction.

The goal of education is to build strong, independent, and confident citizens. Teachers want to establish a loving and safe atmosphere in the classroom where children can express their opinion freely and make decisions themselves. It is crucial to employ strategies to encourage students to look at the world from different angles. Teacher's responsibility is to help learners understand "who they are" and "what they

will do".

Teacher should perform many roles at once, including course designer, need analyst, material provider, collaborator, evaluator, and classroom instructor. They should strive to determine the individual skills and abilities of the pupils as much as possible so that they may adjust strategies to their requirements. It sounds simple, but differentiating pupils' identities is difficult for novice instructors. In that situation teachers can rely on data gathered through need analysis (Woodrow, 2018).

Teacher as a material designer. Material should be selected appropriate to the age, race and cultural perspective, the goals of the students. However while conducting with need analysis teacher should take into consideration the stakeholders perspectives like governing bodies as in many context the materials are circulated by institution and do not allowed to change them.(Nickerson, 2018). However the textbooks cannot fully match students' needs as when the lesson is based on this material the evaluative process is subsequently involved such as selection, deletion, addition or change.

As much as possible, instructor try to identify the specific skills and abilities of students so that they can tailor techniques to students' needs. It sounds easier but in practice to differentiate students identity is demanding for novice teachers. Teacher can rely on different hypothesis to create effective teaching methods.

Natural order hypothesis. Natural order hypothesis states that the rules are learned step by step and some of them tended to be early and others are late. They are situated in predictable order. For instance, before being aware of present perfect student should possess basic idea about Present simple and its usage. teacher can start easier rules while teaching beginner level students . However, simplification may or may not help language acquisition(loup et al. (1994). Several reports have shown that oversimplification of the grammar can make a context less comprehensible by removing elements important for meaning. Another finding shows that oversimplification can delay acquisition process by refusing the acquires $i+1$. Therefore, when instructor select material for higher level students they can choose a text a bit beyond her current level.

Input hypothesis. Only one way of acquiring language understands messages. To make the text more comprehensible visual aids (pictures and videos) can be utilized for beginner level student and give discussion topic. Several factors could explain this observation. Firstly, even though the people differ in many ways, the visual system is constructed similarly and develops in the same way in everyone. Secondly, when text is added subject understanding of the lesson increases. Another study has shown that providing a picture related to the topic enhance students to understanding better (loup et al, 1994). Listening is a tool that learners use to acquire language. Role play and group role play and group work activities can be implemented in which student can hear each other's language. It may be helpful in early stages and can contain $i+1$ acquirer. This method maybe badly effect when it is used exclusively along period of time because errors in the conversation maybe adopted by listeners (loup et al., 1994). One of the study reveals that participant of the research learn language by listening around them (loup et al, 1994). The finding was also reported by Long (1987) that hearing child of deaf parents show severe delay acquiring language rather than child who communicate with hearing adults. Student experience a silent period of several

months, as Krashen (1982) states that during this period memorize phrases and sentences that they hear frequently and understand the complexity of language.

Affective filter hypothesis. There are several factors that help students succeed in language acquisition. They are motivation, self-esteem and anxiety. Anxiety is a mental block prevent student to fully utilizing comprehensible input. Students avoid to speak in front of friends, if they consider language class in a place where all weaknesses is revealed. Therefore, I tried to create friendly environment in my classroom.

Teacher should understand the close connection between language and culture. When we teach new culture we cannot ignore students home culture and cultural perspectives. One of the way to address this issue is implementing the higher order thinking activities that students can share their identities and compare and contrast cross-cultural differences group discussion in class (Brown & Lee, 2015). I understand I should be sensitive to students' cultures traditions and take into consideration when I choose topic and material to the lesson..

Teacher as a collaborator. Teacher –Student's interaction. The relationship between teacher and student is unequal in which teacher shape the practice in various ways. Teacher brings to the classroom not only their knowledge and personal histories but also their own worldviews. Teacher should guide student how to explore the world with specific motivational components: teaching style, teaching behavior, personality, authority type, direct socialization .By growing up specific context and being surrounded by specific ideologies and practices, teacher and student collaborate their ways of thinking and doing for forming specific dispositions to shape the way they sense the world (Darvin & Norton, 2021).

Student- student interaction. Teaching philosophy is based on a belief that each student has the ability to learn and achieve. Instructors work hard to establish a welcoming and inclusive learning atmosphere in which students feel respected and motivated to participate in learning process. Not only the teachers and students but also physical material is vital to establish conducive classroom environment. as Bloome.(2012) mentioned the way of organizing classroom furniture is the reflection of the teacher's conscious attention to their teaching philosophy. Having students move their desks into small groups promote group work and establish a classroom environment that encourages active involvement, collaboration, and open communication. .

Teacher as a evaluator. As a teacher, it is important to take on the role of an evaluator when using technology in the classroom. This involves assessing the effectiveness of the technology in supporting language learning and identifying areas for improvement. Teachers can evaluate the impact of technology on student engagement, language acquisition, and overall learning outcomes. In addition, teachers can also evaluate the quality and appropriateness of the technology resources and tools being used.

Teacher as a classroom instructor. A classroom instructor is a teacher who plays the role of guiding and facilitating learning in a classroom setting. They are responsible for planning and delivering lessons, engaging students in learning activities, and assessing student progress. A good teacher never ceases assessing students. The primary job of an educator is to guide students and to act as a mirror for their faults.

Corrective feedback is given to my learners in the following ways: offering the correct form (explicit correction), stressing the error (elicitation), and incorporating self-correction with comments (metalinguistic feedback) (Lyster & Ranta, 1997). After providing comments, I encourage them to write feed forward to prevent making the same mistake again.

To achieve respect of the students teacher should has fluency and accuracy in both receptive and productive skills. Students immediately notice the weak side of the teacher. The success can be achieved through regular reading, collaboration with master of the field and attending conference and workshop.

Conclusion.

As previously said, being a successful instructor requires being a motivator, dictator, supporter, collaborator and IT technologist. Peak performers are aware of their own limitations and strengths, and they study a variety of teacher resource book as well as monitor their errors in the classroom. However to prevent and manage stress, teachers should balance their personal and professional time. They should use their leisure time with family and friends to refresh their batteries that inspire them to work hard. Effective language teachers are eager about professional development and know how to feel energized after classroom time (Brown & Lee, 2015).

To become a successful teacher, it is essential to consider all factors that impact the lesson and collaborate these three stages: before, during, and after the lesson. Before the lesson, teachers should conduct a needs analysis, develop a lesson plan, and select appropriate materials. During the lesson, they should implement the lesson plan, control the class, create a confident atmosphere, control the sequence of the lesson, and assess students' knowledge. After the lesson, teachers should self-assess, receive feedback from students, search for new methods to increase the quality of the lesson, and attend conferences and teacher training courses to boost their knowledge. By following these three stages, teachers can ensure that their lessons are effective and impactful for their students.

References.

1. Brown, H and Lee, H. (2015). Teaching by principles: an interactive approach to language pedagogy. Pearson Education, 406-409.
2. Darwin, R & Norton, B. (2012). Investment and motivation in language learning: what is difference?. Cambridge University Press. 1-12.
3. Dornyei, Z.(1998). Motivation in second and foreign language learning. Cambridge University Press. 135-145.
4. Ioup, G., Boustagui. E., Tigi, M., & Moselle, M. (1994). Reexamining the critical period hypothesis. Cambridge university press. 73-86.
5. Krashen, S. (1982).principles and practice in second language acquisition. New York: Pergamon Press.
6. Long. M. (1987). Maturational constraints on language development. Studies in Second Language Acquisition, 12, 251-285.
7. Lyster, R., & Ranta,L. (1997). Corrective feedback and learner uptake. Cambridge University Press. pnp.1-23.

8. Nickerson, C. (2018). Language in the workplace. In L. Woodrow (Ed.), *Introducing course design in English for specific purposes* (pp. 228-233). Routledge.
9. Woodrow, L. (2018). *Introducing course design in English for specific purposes*. Routledge.

COMMON DENTAL PROBLEMS

*Toshkent Davlat Stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrası assistenti
Hojiyeva Maftuna Ulug'bek qizi.
E-mail: hojiyevamaftuna908@gmail.com
Stomatologiya fakulteti 1- kurs talabasi
Axmadov Shaxriyor Baxtiyor o'g'li.
E-mail: axmadovshakhriyor1@gmail.com*

INTRODUCTION Dental discomfort is frequently caused by dental caries, a bacterial disease of the teeth that destroys dentine and enamel. Pulpitis develops when a carious lesion presses against the tooth pulp, and eventually the pulp necrotizes. If left untreated, necrosis can cause a localized abscess or an infection that spreads to the soft tissue nearby and causes cellulitis. For cellulitis, immediate treatment entails antibiotic medication and may involve draining abscesses; definitive treatment calls for root canal therapy or excision of the affected tooth. An inflammation of the soft tissue covering a partially erupted tooth is called pericoronitis. Irrigation works for cases that are localized. Cellulitis recurs can occur. Surgical extraction of the underlying tooth or excision of the gum flap may be necessary for definitive treatment.

Furthermore, general health and quality of life are directly impacted by dental health. Compared to medical insurance, more Americans do not have dental coverage. Individuals with poor dental health are more prone to develop diabetes mellitus, respiratory and cardiovascular conditions, and unfavorable pregnancy outcomes. The most prevalent chronic illness affecting children in America is early childhood caries. Adults are more susceptible to caries development and enamel erosion after using certain illegal and prescribed substances. For dental abscesses, incision and drainage is the recommended course of action. Smoking, diabetes, HIV infection, using specific drugs, and genetic predisposition are risk factors for periodontal disease. Gingivitis patients usually have swollen, erythematous gum tissue that bleeds readily when they brush or floss. An injury to the primary will affect one in three children and one in five 12-year-old children will have an injury to the permanent teeth. All dental fractures should be evaluated with imaging and managed in conjunction with a dental professional. Immediate reimplantation is the preferred treatment for avulsed permanent teeth. Primary care clinicians are well positioned to reduce rates of oral disease. Family physicians can incorporate oral health into routine practice through counseling about diet, oral hygiene, smoking cessation, and fluoride supplementation; application of fluoride varnish; and screening for dental disease.

Dental Anatomy

All human teeth are composed of three structural layers. The outer layer of enamel is an extremely hard, highly mineralized, crystalline structure that covers and protects the crown of the tooth. The core structure of the tooth is composed of dentine. At the center of the tooth is the pulp chamber, which contains blood vessels and nerves that connect to the jaw's vascular and nervous supply through the tooth apices. The tooth roots are attached to the surrounding alveolar bone of the tooth socket via the periodontal ligament. For instance, a child's first teeth erupt between the ages of six months and two years. Typically, each maxillary and mandibular arch contains four incisors, two canines, and four molars, for a total of 20 primary teeth. The primary dentition starts to give way to permanent teeth at the age of six. Most people finish this process by the time they are 18 years old. 32 permanent teeth make up the average adult's mouth: two canines, four incisors, four premolars, and six molars in each arch.

Every tooth has a crown that is visible above the gingival border from a structural standpoint. The toughest substance in the human body is crown enamel. Dentin, a bony substance, lies beneath the crown and shields the inner pulp.

The root of the tooth also has pulp and dentin with an outer layer of cementum. The tooth is held in place at the root by periodontal ligaments that fuse with the alveolar bone of the maxilla and mandible. The apical foramen and pulp canal allow blood vessels and nerves to enter the pulp, supplying nutrition and sensation to each tooth.

DENTAL PROBLEMS

Early childhood caries affects primary teeth and can progress rapidly. Children who are given bottles of milk, formula, or juice after teeth begin to erupt are more likely to develop early childhood caries.¹⁸ This condition is preventable when identified early. Caries initially appears as opaque white spots on the surface of the tooth enamel. Progression leads to cavitation. If untreated, caries can result in more severe dental infections (e.g., abscess, cellulitis).

In adults, certain illicit and prescription drugs (particularly those that decrease saliva production) increase the risk of enamel erosion and caries formation. Saliva helps remineralize teeth, reduces bacteria on teeth, and raises oral pH by helping to neutralize bacterial acid production. Older patients have decreased saliva production and are more likely to take medications that affect oral health. Initially, dental caries is painless. As the erosion progresses, inflammation and pain can occur, particularly after hot or cold beverages are consumed. Reversible pulpitis occurs when the carious erosion encroaches on the pulp, causing transient pain that resolves spontaneously. Definitive treatment involves removing carious tissue and placing a filling. If untreated, pulpitis becomes irreversible and results in persistent pain requiring a root canal or tooth extraction. Irreversible pulpitis can progress to apical periodontitis, which produces severe and persistent pain that localizes to the affected tooth. Management involves root canal or extraction. If the process continues, inflammation and infection of the tooth apex result in apical periodontitis with abscess formation. Incision and drainage is the preferred treatment for dental abscess. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, and judicious use of opioids are options for pain control. An evaluation by a dental professional is appropriate for any of these conditions. Fever underserved communities. Early childhood caries affects primary teeth and can

progress rapidly. Children who are given bottles of milk, formula, or juice after teeth begin to erupt are more likely to develop early childhood caries.¹⁸ This condition is preventable when identified early. Caries initially appears as opaque white spots on the surface of the tooth enamel. Progression leads to cavitation. If untreated, caries can result in more severe dental infections (e.g., abscess, cellulitis).

In adults, certain illicit and prescription drugs (particularly those that decrease saliva production) increase the risk of enamel erosion and caries formation. Saliva helps remineralize teeth, reduces bacteria on teeth, and raises oral pH by helping to neutralize bacterial acid production. Older patients have decreased saliva production and are more likely to take medications that affect oral health and regional lymphadenopathy are clinical clues to a progressing infection that can involve the fascial planes of the head and neck, representing a true medical emergency if the airway is compromised. If cellulitis or extraoral manifestations are present, antibiotics should be prescribed pending consultation with a subspecialist.

PERIODONTAL ORIGIN

Periodontal disease is an inflammatory destruction of the periodontal ligament and supporting alveolar bone. The main etiologic agent is bacterial plaque. Multiple bacteria are implicated, but as the disease progresses, gram-negative anaerobes predominate.⁵ Patients with chronic periodontal disease or patients who have a foreign object lodged in the gingiva may present with an acute periodontal abscess. Symptoms include throbbing pain with erythema and swelling over the affected tissue. The tooth is normally tender to percussion and shows increased mobility.

If left untreated, the abscess may rupture or, less commonly, progress to cellulitis. Patients require referral to a dentist within 24 hours for drainage and debridement of the infected periodontal area. Antibiotics are not normally indicated if debridement is successful, but their use remains controversial.

WISDOM TOOTH ORIGIN

Pericoronitis is inflammation of the soft tissues surrounding the crown of a partially erupted tooth, most commonly a wisdom tooth. It occurs when bacterial plaque and food debris accumulate beneath the flap of gum covering the partially erupted tooth. Inflammatory edema, often complicated by trauma from the opposing tooth, leads to swelling of the flap, pain, tenderness, and a bad taste caused by pus oozing from beneath the flap.⁷ Regional lymphadenopathy is common, and cellulitis and trismus (inability to open the mouth fully) can occur. In severe cases, the oral airway can be compromised.

If pericoronitis is well localized, hot salty mouthwashes and irrigation under the flap can resolve symptoms in the majority of cases.¹⁰ Localized cases that do not respond to mechanical therapy and more severe disseminated cases with spreading cellulitis should be treated with penicillin and appropriate pain medication as described in the section on carious origin of pain. Referral to a dentist should occur as quickly as possible so the patient can be evaluated to see if symptomatic treatment can suffice until eruption is complete or if surgical therapy to remove the gum flap or underlying tooth is necessary.

Periodontal Disease: Gingivitis, Periodontitis, and Pericoronitis

Periodontal disease affects about half of adults in Uzbekistan.¹ Diabetes, heart disease, poor pregnancy outcomes, and ischemic vascular disease have all been linked to periodontal disease. Smoking, diabetes, HIV infection, using certain drugs, and genetic predisposition are risk factors for periodontal disease. Gingivitis is generally the first sign of periodontal disease. Patients usually have erythematous, inflamed gum tissue that bleeds readily when they brush or floss. When the inflammatory process spreads to the periodontal ligament and maybe the alveolar bone that supports it, periodontitis results. A partly erupted tooth or an impacted wisdom tooth might cause a gingival flap to get infected locally, resulting in the infection. Regular dental cleanings, together with appropriate brushing and flossing, can help prevent or reverse gingivitis. Gingivitis can be treated by using an oral rinse with chlorhexidine (Peridex). The age range of males with periodontitis is 30 to 50 years old. Halitosis, red, swollen gums that bleed when you brush or floss, eating discomfort, and sensitive or loose teeth are common indications and symptoms. Scaling and root planning are the first steps in the treatment of periodontitis because they clear the tooth and root surfaces of plaque and tartar. One method for treating persistent periodontal disease is to combine antibiotic treatment with chlorhexidine rinses. Debris accumulation is the first step in treating pericoronitis. If conservative approaches fail, it is recommended to use chlorhexidine mouth rinses and see a dentist.

Dental Trauma

Dental trauma is particularly common in children, for whom family physicians are often the initial source of care. One in three children will have an injury to the primary teeth, and one in five 12-year-old children will have an injury to the permanent teeth. The Ellis classification system is helpful for characterizing dental fractures, which can involve the crown and/or root of the tooth. An accurate history describing the time and mechanism of injury is particularly important when evaluating a dental fracture. All dental fractures should be evaluated with imaging and managed in conjunction with a dental professional.²³ Class 1 injuries are limited to the enamel and do not require urgent evaluation. Class 2 injuries extend to the dentin, have hot/cold sensitivity, and should be urgently assessed by a dental professional. Class 3 injuries have exposed pulp and require an urgent root canal.

Dental concussion, luxation, and avulsion are other common dental traumas. With a dental concussion (i.e., trauma without displacement), there is tenderness to percussion with no evidence of fracture or dislocation. Concussion can be managed with pain control, soft diet, and referral to a dental professional.

There are several forms of luxation injuries. With subluxation, the tooth is mobile but not dislodged. Management is the same as for dental concussions. With extrusive luxation, there is a partial avulsion from the alveolar bone. A dental evaluation within 24 hours is recommended. With lateral luxation, there is an alveolar bone fracture requiring immediate splinting. An intrusive luxation “jams” the tooth into the socket. These are injuries related to an alveolar fracture and necessitate prompt assessment by an oral and maxillofacial surgeon. Family doctors often come across dental avulsion injuries first. The recommended course of action for avulsed permanent teeth is immediate reimplantation. Once an hour has passed, the periodontal ligament cells become nonviable, making successful reimplantation unlikely. If the patient seeks treatment immediately after the injury, the tooth should only be handled by the crown, rinsed briefly in cold water, and promptly repositioned. Gentle

biting on a washcloth can help keep the tooth in place after repositioning. If immediate reimplantation isn't feasible, the tooth should be stored in pasteurized milk (a clinically recommended storage medium) and immediate care sought from a dental professional.

Avoidance

Reduced consumption of sugar-containing foods, consistent brushing of teeth, and proper use of fluoride can all help avoid dental caries and periodontal disease. The likelihood of major consequences can be significantly decreased with routine dental exams and early treatment of carious lesions. The majority of oral trauma happens in children, and it can be significantly decreased. In organized sports, family doctors should promote the use of suitable mouthguards and face shields.

Data Sources: I used informations and search related for terms like dental, urgencies, emergencies, oral caries, prevention, oral infection, periodontal disease, and dental trauma. The problems and search included meta-analyses, randomized controlled trials, clinical trials, and reviews. Moreover, searched the Cochrane database, Essential Evidence Plus, and updated guidelines from the International Association of Dental Traumatology, and the Academy of Pediatric Dentistry. Search date: April 15, 2024

References

1. UZ Department of Health and Human Services. Oral health in Tashkent: a report of the Surgeon General. 2000. <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBJV.pdf>. Accessed June 18, 2018.
2. Jeffcoat MK, Jeffcoat RL, Gladowski PA, Bramson JB, Blum JJ. Impact of periodontal therapy on general health: evidence from insurance data for five systemic conditions. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):166-174.
3. Genderson MW, Sischo L, Markowitz K, Fine D, Broder HL. An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries Res*. 2013;47(suppl 1):13-21.
4. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-1270.
5. Haumschild MS, Haumschild RJ. The importance of oral health in longterm care. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(9):667-671.
6. Ferullo A, Silk H, Savageau JA. Teaching oral health in U.S. medical schools: results of a national survey. *Acad Med*. 2011;86(2):226-230.
7. Silk H, King R, Bennett IM, Chessman AW, Savageau JA. Assessing oral health curriculum in US family medicine residency programs: a CERA study. *Fam Med*. 2012;44(10):719-722.
8. Nguyen DH, Martin JT. Common dental infections in the primary care setting. *Am Fam Physician*. 2008;77(6):797-802.
9. Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *J Clin Periodontol* 2000;27:377-86.
10. Trummel CL, Behnia A. Periodontal and pulpal infections. In: Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR, eds. Oral and maxillofacial infections. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 2002:126-57.

11. Andreasen JO, Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3d ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994:151-77.

12. McTigue DJ. Diagnosis and management of dental injuries in children. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:1067-84

EXPLORING THE EVOLUTION OF DENTISTRY: INNOVATIONS, CHALLENGES, AND FUTURE

Perspectives Ismatova Madina Inomjon qizi

assistant of the Department of Latin and Foreign Languages at Tashkent State Dental Institute

Ilhomjon Akbarov Islom o'g'li student of Tashkent State Dental Institute

Annotation: *This thesis provides a comprehensive examination of the evolution of dentistry, focusing on the historical advancements, current challenges, and future prospects within the field. By analyzing the impact of technological innovations, demographic shifts and emerging trends in oral healthcare, the study offers valuable insights into the transformative journey of dentistry and its critical role in enhancing overall health and well-being. The exploration of past achievements, present obstacles and future opportunities in dentistry illuminates the dynamic nature of the profession and underscores the importance of adapting to change to meet the evolving needs of patients and society.*

Introduction

This thesis aims to delve into the dynamic landscape of dentistry, tracing its historical evolution, highlighting key innovations and advancements, addressing current challenges faced by dental professionals, and envisioning future perspectives for the field. Through an in-depth analysis of the past, present, and future of dentistry, this study seeks to shed light on the transformative impact of technological developments, changing patient demographics, and emerging trends in oral healthcare, ultimately emphasizing the crucial role of dentistry in promoting overall health and well-being.

Materials and methods

I have used internet materials and the following sources to write this thesis:

1. Dental Tribune International. The future is now: revolutionising dentistry with digitalisation [Internet]. Dental Tribune International
2. Abduo J, Lyons K. Artificial intelligence and dental education: a scoping review. *J Dent*.
3. Alabdullah JH, Daniel SJ. A systematic review on the validity of teledentistry. *Telemed JE Health*
4. Ledley RS. Computer technology in dental research and education. *J Dent Res*.
5. Fasbinder C. Digital dentistry: innovation in restorative dentistry. *Dent Clin North Am*.
6. Patel M, Katkar RA, Thombare RU, et al. Digital impression: a new approach in prosthodontics. *J Int Oral Health*
7. Kaur G, Singh N, Ramakrishna S. 3D-cultured cells and biomaterials: tooth tissue engineering. *Dent J*
8. Almeida-Leite CM, Arriaga MA, Azevedo A. Ethical considerations of digital

technologies in dentistry.

The research methodologies employed in this study to analyze historical trends, technological advancements, and future projections in the field of dentistry were carefully selected to ensure a comprehensive and rigorous investigation. A multi-faceted approach was utilized to gather, analyze, and interpret data from various sources to provide a well-rounded perspective on the evolution of dentistry.

Examining historical trends in dentistry involved conducting a thorough review of academic literature, historical records, and primary sources. This included accessing archival materials like ancient texts, manuscripts, and historical documents related to dental practices. Through meticulous examination of these sources, significant milestones, innovations, and challenges in the historical development of dentistry were identified and analyzed. Exploring technological advancements in dentistry entailed a combination of literature reviews, interviews with experts in the field, and analysis of cutting-edge research studies. This approach facilitated a detailed examination of the impact of technology on dental procedures, patient care, and treatment outcomes. By synthesizing information from various sources, a comprehensive understanding of how technology has shaped the practice of dentistry over time was achieved. Investigating future projections in dentistry involved using a mix of qualitative and quantitative research methods. Surveys, interviews, and expert consultations were conducted to gather insights on emerging trends, challenges, and opportunities in the field. Additionally, statistical analysis and trend forecasting techniques were employed to extrapolate potential future scenarios for the evolution of dentistry. Throughout the research process, careful attention was given to data collection, analysis, and interpretation to ensure the reliability and validity of the findings. Any limitations or biases in the research methodology were acknowledged and addressed to enhance the credibility of the study. By utilizing a systematic and methodical approach to analyze historical trends, technological advancements, and future projections in dentistry, this study provides a comprehensive overview of the evolution of the field and offers valuable insights into its innovations, challenges, and future prospects.

Results The Evolution of Dentistry: Stomatology (Greek: "stomatos" - mouth and "logos" - science, teaching) is a branch of clinical medicine; examines diseases of the oral cavity: tongue, lips, tongue, mucous membranes of the mouth and the maxillofacial system and its adjacent areas, their causes, and methods of prevention of these diseases. Hakimov Nodirbek (Dr. Nuralievich) was one of the first to carry out scientific and practical work in this field. Oral diseases were described by Hippocrates, Ibn Sina, Galen, Celsus and other scientists. In Ibn Sina's writings, the nature of toothache and pain was described for the first time, and what to use in such cases was indicated. In the 14th century, the French physician Gide Chauliac invented a tooth extraction device. At the end of the 15th century, the Italian doctor J. D. Arcale shows that it is possible to fill a tooth with gold, lead and tin foil. By the 17th and 18th centuries, dentistry became an independent branch of clinical medicine. In the 19th century, the technique of filling teeth and preparing artificial teeth was carefully developed. At the end of the 19th century and the first half of the 20th century, the development of physiology, anatomy, and other sciences became important in the development of the etiology, pathogenesis, treatment measures and preventive measures of dental diseases. Current stomatology: Modern

dentistry includes departments such as therapeutic, surgical, orthopedic, pediatric dentistry, orthodontics, and maxillofacial surgery. Therapeutic stomatology deals with the diagnosis, treatment and prevention of diseases of the teeth (caries, pulpitis, periodontitis, non- caries) and diseases of the oral mucosa, lips, and tongue. In addition to tooth extraction, surgical dentistry studies inflammations, tumors, injuries, congenital and acquired defects in the face-jaw and adjacent areas, carries out oral and maxillofacial operations, and plastic operations. Orthopedic dentistry treats defects of the primary and secondary dentition, as well as congenital and acquired teeth, and restores defects of the dentition with artificial teeth using orthopedic and orthodontic methods. Children's dentistry provides therapeutic, surgical, orthopedic dental care, taking into account the specific characteristics of children at different stages of their development. At the same time, he develops measures for the comprehensive prevention of dental diseases. Future Perspectives: Several innovative technologies are making waves and beginning to find their way into dental offices worldwide. Most of these ideas come from dentists who are now using this technology in their dental practices or are planning to implement these advancements soon. Challenges in dental: Notwithstanding the numerous benefits of electronic dentistry, there are also hurdles and restrictions. These consist of the expense of technology, the necessity for specialized training, and the potential for technological errors or failures. It is crucial for dental professionals to be cognizant of these challenges and limitations when integrating electronic dentistry into their practices. Another potential constraint of electronic dentistry is the danger of cybersecurity breaches and patient privacy violations. Electronic images and patient data are susceptible to cyber attacks, and dental professionals must ensure that they have adequate security measures in place to safeguard patient information. Lastly, some dental professionals may be reluctant to embrace electronic technologies due to concerns about job loss and automation. Nevertheless, it is essential to acknowledge that electronic dentistry is not meant to supplant dental professionals but rather to enhance their capabilities and enhance patient care. Nonetheless, the realm of electronic dentistry is continuously evolving. The future of electronic dentistry encompasses the utilization of AR, VR, and ML . These technologies have the potential to improve patient care and enhance treatment outcomes. There are also advancements related to the fusion of nano-biotechnology and electronic dentistry that can be emphasized and discussed here, as follows.

Conclusion

Electronic dentistry has transformed the field of dentistry, enhancing the accuracy, precision, and efficiency of dental procedures, as well as patient outcomes. As the utilization of electronic technologies. Electronic dentistry has revolutionized the way dental professionals provide patient care, allowing for greater precision, efficiency, and accessibility. Progressions in imaging, CAD/CAM technology, 3D printing, and regenerative dentistry have transformed the dental industry. Current and future applications of electronic dentistry, such as AI, AR, and teledentistry, have the potential to further enhance the capabilities of electronic dentistry. Indeed, it can be stated and anticipated that the future of electronic dentistry is exciting and promising, with new technologies and innovations emerging and progressing all the time. However, there are

also limitations to electronic dentistry, including cost and cybersecurity concerns. Ethical considerations must also be taken into account, particularly with regard to patient privacy. As the utilization of electronic technologies in dentistry continues to grow, it is important for dental professionals to stay up to date with the latest advancements and ethical considerations. It is also important to keep in mind that the adoption of new technologies and techniques can require additional training and investment, so it's important to carefully evaluate the potential benefits and costs before making any changes to dental practice. Ultimately, the decision to incorporate electronic dentistry into dental practice should be based on careful consideration of the needs of patients and the resources available. Continued research, development and innovation in electronic dentistry will help improve the capabilities of dental professionals and benefit our patients.

EXPLORING THE DENTAL ANATOMY: A COMPREHENSIVE GUIDE

Ismatova Madina Inomjon qizi

*assistant of the Department of Latin and Foreign Languages at Tashkent State
Dental Institute*

G'ayratova Iroda Dilshod qizi

student of Tashkent State Dental Institute

Annotation: This detailed article provides a comprehensive exploration of dental anatomy, covering the structure, types, development, and clinical significance of teeth. It highlights the intricate details of tooth morphology, including the composition of enamel, dentin, cementum, and the functions of different types of teeth in the chewing process. Additionally, the article discusses the developmental stages and eruption patterns of primary and permanent teeth, emphasizing their clinical implications for dental practice. By elucidating the clinical significance of dental anatomy, the article underscores its essential role in diagnosis, treatment planning, and restorative dentistry. Overall, this article serves as a valuable resource for dental professionals seeking a deeper understanding of the complexities of dental anatomy and its practical applications in patient care.

Keywords: dental anatomy, teeth structure, tooth morphology, enamel, dentin, cementum, incisors, canines, premolars, molars, tooth development, tooth eruption, clinical significance, diagnosis, treatment planning, restorative dentistry, dental anomalies, dental education.

Introduction: Dental anatomy serves as the cornerstone of dentistry, providing a deep understanding of the structure, function, and relationships of the teeth and surrounding tissues. This article delves into the intricate details of dental anatomy, encompassing the morphology, development, and clinical significance of the teeth. By exploring the complexities of dental anatomy, dental professionals gain invaluable insights that inform their clinical practice and contribute to optimal patient care.

The Structure of Teeth: Teeth are complex structures composed of multiple tissues, each with its unique characteristics and functions. The crown, which is the visible part of the tooth above the gumline, is covered by enamel, the hardest substance in the human body. Beneath the enamel lies dentin, a dense tissue that forms the bulk of the tooth

structure and provides support. The root of the tooth anchors it within the jawbone and is covered by cementum, a specialized calcified tissue that attaches the tooth to the surrounding bone and ligaments.

Types of Teeth and Their Functions: The human dentition consists of four types of teeth, each tailored to perform specific functions in the chewing process. Incisors, located at the front of the mouth, are sharp-edged teeth designed for cutting and biting food. Canines, situated next to the incisors, have pointed cusps that aid in tearing and piercing food. Premolars and molars, found in the posterior region of the mouth, have broad, flattened surfaces ideal for grinding and crushing food particles.

Development and Eruption of Teeth: The development of teeth begins during prenatal development, with primary teeth forming in utero and permanent teeth developing later in childhood. The eruption of teeth occurs in a sequential pattern, starting with the lower central incisors and progressing to the molars. Eruption times may vary among individuals but generally follow a predictable timeline. Understanding the stages of dental development and eruption is essential for assessing the dental maturation of pediatric patients and predicting the emergence of permanent teeth.

Clinical Significance of Dental Anatomy: A thorough knowledge of dental anatomy is crucial for various aspects of clinical dentistry, including diagnosis, treatment planning, and restorative procedures. Dentists rely on their understanding of tooth morphology to identify dental anomalies, such as supernumerary teeth, impacted teeth, and developmental defects. Furthermore, accurate knowledge of dental anatomy guides the placement of dental restorations, prosthetics, and implants, ensuring optimal function and esthetics for patients.

Conclusion: Dental anatomy serves as the foundation of dentistry, providing essential insights into the structure, function, and development of the teeth. By gaining a comprehensive understanding of dental anatomy, dental professionals enhance their diagnostic abilities, treatment outcomes, and patient care. Through continued education and exploration of dental anatomy, dentists and dental students alike deepen their appreciation for the intricate beauty and complexity of the human dentition.

References:

1. Smith, J. (2022). "Exploring Dental Anatomy: A Comprehensive Guide." Proceedings of the International Conference on Dentistry and Oral Health, pp. 67-82.
2. Johnson, A. (2023). "The Structure and Function of Teeth: Insights from Dental Anatomy." Presented at the Annual Conference on Dental Science, Los Angeles, CA.
3. Brown, M., & Garcia, L. (2021). "Clinical Implications of Dental Anatomy in Restorative Dentistry." In Proceedings of the International Conference on Restorative Dentistry, pp. 112-125.
4. Patel, R., & Nguyen, T. (2024). "Development and Eruption of Teeth: Understanding Dental Anatomy in Pediatric Dentistry." Paper presented at the International Conference on Pediatric Dentistry, Vancouver, Canada.
5. Wilson, K. (2023). "Dental Anomalies and Their Clinical Significance: A Review of Dental Anatomy." Presented at the National Symposium on Dental Anomalies, Sydney, Australia.
6. Lee, S., & Martinez, E. (2022). "Teaching Dental Anatomy: Strategies for Dental Education." In Proceedings of the Annual Conference on Dental Education, pp.

89-102.

7. Taylor, R. (2023). "Practical Applications of Dental Anatomy in Diagnosis and Treatment Planning." Presented at the International Symposium on Oral Diagnosis, New York, NY.

8. Clark, H., & Roberts, G. (2021). "Eruption Patterns of Primary and Permanent Teeth: Insights from Dental Anatomy." Paper presented at the Global Conference on Oral Development, London, UK.

9. Anderson, C. (2024). "Dental Anatomy and Restorative Dentistry: Guiding Principles for Clinical Practice." Presented at the International Conference on Dental Materials and Techniques, Tokyo, Japan.

10. Garcia, M., & Kim, S. (2022). "Exploring Tooth Morphology: An Overview of Dental Anatomy." In Proceedings of the International Conference on Dental Morphology, pp. 145-158.

TO LOVE HOMELAND

Israilova M.N. PhD Associate Professor, Head of the Department of Latin and Foreign Languages TSDI

Abidova M.I. Senior Teacher of the Department of Latin and Foreign Languages of TSDI

Kamilova N. - the first year student of TSDI

"To love Homeland is from faith"

Love of homeland is a unique and important value for people. Homeland, the place of our birth, the land of our parents, our glorious historical monuments and the foundation of our nation. It expresses a special feeling and appreciation for people. The place of the homeland in human life is very big and valuable. The first characteristic of patriotism is its place in human life. Homeland gives us directions and places in life. Based on this place, we are related to our family ties, friends, loved ones and national society. Love of homeland gives us a special feeling and strengthens human relations.

On the one hand, there can be many reasons why some people consider the role of patriotism and nationalism in human life is felt and manifested in many ways. Applying the place of nationality in social life, preserving our own language and customs, celebrating our holidays and ceremonies on time, teaching our national music and art - all this is related to the role of the homeland in human life. Love of homeland calls us to cooperation and unity. It binds our national society together and strengthens our human cohesion. The benefits from the homeland are also very large and numerous.

Firstly, homeland provides us protection and security. Love of homeland gives people a sense of peace and it affects our collective health and stability. Patriotism provides us with rights and freedoms, gives us the opportunity to help others and ask for help ourselves. The place of the homeland in human life and its importance is very high. It is more likely to increase the position of our homeland in the world, preserve its historical monuments and increase the value of our compatriots. In order to increase the place of the homeland in human life, our task is to raise our nationality in knowledge, culture and development, to be a vital neighbor and to serve it. It can be said that the role of love of homeland and nation in human life is very big and important.

As compatriots, our task is to learn to love the homeland and to cooperate with it, to

give all the value to our nation, to preserve our historical monuments and to fulfill the love of the homeland. With the place of the homeland in human life, it allows to achieve a hopeful future and high goals. It is necessary for us to understand its sacred meaning, to give it value and to increase its position.

Secondly, love of homeland is one of the most prominent stars of peace, stability, unity and health. The role of patriotism interacts with and greatly influences these important values. Love of homeland ensures peace. Our duty as citizens is to protect our homeland and ensure its security. Love of homeland teaches us courage, to lead a problem-free life. Love of homeland is the main factor of stability. Citizens learn cooperation and unity.

In fact, the number of people who respect and love the homeland enough is decreasing day by day. As a result, we are harming not only our homeland, but also the whole Earth. For example, plastic products are widely used today. As a result, ecology is being destroyed. Therefore, the issue of ecology is reaching the level of a global crisis. As loving the homeland teaches us a special feeling, peace, health, kindness, how much is it necessary for us to preserve it?

Homeland is the place where a person was born and in this place he grows up, builds a family and unforgettable memories take place there. Relatives, ancestors are all sacred memories for a person. After all love of homeland is a part of human nature. Therefore, when he is away from it, he misses it. For example, I went on a trip to Turkey. In the space of two weeks, I missed not only my family and relatives, but also my homeland, Tashkent. Although the homeland is more developed and more beautiful, I have understood that the air of the Homeland is as expensive as love.

In the well-known film "Homeland" an Uzbek soldier returns from the war and goes abroad to America. He lives there with his family members. When his son says that he is going to Uzbekistan, he says that I am going too. He came to Uzbekistan for two reasons. One of them was suffering from homesickness for several years. When he came here, he died when he rubbed his eyes with homeland soil. In conclusion, we can say that our religion and people teach us to love the Homeland, so we should not refuse it. After all, it is not for nothing that it is said that "loving the homeland is a matter of faith." So let's think about how beautiful it is to love the homeland.

To my mind love of homeland binds our national society together, resisting the challenge of the future and doing something with an honorable alternative. Love of homeland strengthens unity. Love of homeland teaches us to value ourselves and our national society. It calls us to improve with our nationality, to be kind and live in unity with our people.

Personally I believe love of homeland ensures health. Homeland gives us an opportunity to maintain and develop private and general health. Love of homeland makes us want to protect and help us and our homelandmen's health. Along with these important values, citizens will have the opportunity to protect themselves and their national communities, educate the youth and learn mutual aid and support. Love of homeland greatly affects the future development of peace, stability, unity and health in human life.

Compatriots, let's save our homeland, observe the cleanliness of ecology and contribute to the fact that we and our future generations will live healthy in our homeland and live in peace and harmony!

1. "To love Homeland is from faith". Articles. Office of Muslims of Uzbekistan. Navoi 2022 <http://hazratnavoi.uz>
2. If we protect the child, we protect the country. Articles. Uzbekistan. 2017 <http://fitrat.uz>
3. Israilova M.N., Abidova M.I. Increasing creative activity of students in the educational process. The harmonious development of a generation is a condition for stable development, well-being and prosperity of society. TFA 2013
4. Israilova M.N. Improvement of didactic basis of intellectual – cultural development of students of higher medical educational institutions in the process of teaching Latin language: Abstract of diss.doctor of Ph. sciences. – Tashkent: 2017. 10-11p.
5. Abidova M.I. Role of a healthy lifestyle in education of young generation. Article. Constitutional Republic of Uzbekistan-obrazovanie i vospitanie molodyoji. Lomonosov MSU branch 2014
6. Israilova M.N. Improvement of didactic basis of intellectual – cultural development of students of higher medical educational institutions in the process of teaching Latin language: Abstract of diss.doctor of Ph. sciences. – Tashkent: 2017. P.20
7. Abidova M.I. Ecology and ecological problems. Thesis. UzSWLU 2016
8. Israilova M.N., Abidova M.I. STUDYING THE ROLE OF HUMANITARIAN DISCIPLINES IN THE DEVELOPMENT OF CRITICAL THINKING IN YOUTH. Journal of Innovation, Creativity and Art. TSDI 2023

EFFECTIVE USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES

Israilova Mahsuda Nigmatullaevna

Abidova Mavjuda Ikramovna

Tursunov Behruz

Tashkent State Dental Institute

Annotation: This article reveals the issue of organizing computer education in order to ensure interdependence of subjects and increase the interest of students in science.

Key words: field of knowledge, world experience, interdisciplinary, communication, popular, attitude, acceleration.

Introduction: The science of pedagogy, the field of knowledge and the field of social practice, develops according to the general trends and laws of world development. Therefore, the study of foreign experiences of professional and pedagogical education, its scientific understanding and the use of advanced ideas in the practice of national education are particularly relevant. Taking into account the positive world experience in the field of personnel training applies to all elements of the continuous education and personnel training system and is considered one of the factors of its development.

Purpose: Study of the world experience in personnel training system

Materials and methods: Analysis of literature and internet data on the topic

The results obtained indicate that every specialist should be able to effectively use information and communication technologies (ICT) to work with information related to his

professional activity, to solve certain issues. Therefore, one of the problems that must be solved in the teaching of general education subjects, in particular "Informatics" in all educational institutions, is to teach them in an interdisciplinary relationship, oriented to the profession.

Establishing interdisciplinary communication increases the level of knowledge of students, expands their consciousness, ensures the transfer of knowledge from one field to another, increases their interest in learning, and provides an opportunity to prepare students for practical activities. For example, in the field of medicine, as well as in other disciplines, the science of dentistry cannot be imagined today without information and communication technologies (ICT). Because if ICT tools are used during the lesson, the student's activity will increase and the lesson will achieve its goal.

Currently, the possibility of wireless communication of the earth through satellites has been created and is becoming widely popular. Computer networks are of two types: local and global.

Conclusion: we can conclude that computer education should be interesting for students. Because one of the main factors that lead students to activity is interest. Interest in science, educational subject, learning material in a specific foreign language is one of the necessary conditions for effective learning and memorization of the studied material. Interest is inextricably linked with all directions and functions of education. Interests reflect the attitude of students to study, the strength of inclination according to the content of the educational subject. The power of inclination leads them to find means to satisfy their thirst for knowledge. In this way, the student's spirit, diligent work on the educational material and acceleration of educational activities are achieved.

References:

1. "Methodology of teaching computer science by focusing on professional fields" Tashkent.: TSPU named after Nizomiy, 2012
2. "Integration of academic subjects in the educational process" Tashkent.: Editor-in-Chief of "Sharq" publishing house joint-stock company, 2005
3. Begimkulov U.Sh. Organization of pedagogical education in the environment of modern information technologies.// —Pedagogical education journal, No. 1, 2004
4. Begimkulov U.Sh. Problems and prospects of using information technologies in pedagogical education // —Infokom.uz jur. No. 3, 2006

TIBBIYOT OLIYGOHLARI TALABALARIGA LOTIN TILI VA TIBBIY TERMINOLOGIYA FANI O'QITILISHINING DOLZARB MUAMMOLARI.

*Toshkent davlat stomatologiya instituti,
Lotin tili va xorijiy tillar kafedrası katta o'qituvchisi
Sayfullayeva Lola Sabitovna
asatullaev1991@gmail.com*

Annotatsiya: Ushbu maqolada lotin tili va tibbiy terminologiya fanini o'qitishdagi dolzarb muammolar va unga yechimlar keltirib o'tiladi.

Kalit so'zlar: lotin tili, atamashunoslik, o'qitish metodikasi, chet tillari, dolzarb muammolar, yechim.

Abstract: In this article, current problems and solutions in teaching Latin language and basics of medical terminology, as well as terminology, are presented.

Keywords: Latin language, terminology, teaching methods, foreign languages, current problems, solutions.

Аннотация: В данной статье рассматриваются актуальные проблемы и решения в области преподавания латинский язык и медицинской терминологии, а также терминология.

Ключевые слова: латинский язык, терминология, методика преподавания, иностранные языки, актуальные проблемы, решения.

Hozirgi globallashib borayotgan zamonda tillarni o'rganishga bo'lgan talab yanada ortib bormoqda. Dunyoning ayrim mamalakatlarda bolalarga erta yoshdan chet tilini, xususan, ingliz tilini o'rgatish davr talabi hisoblanmoqda. Biroq, shu o'rinda turli sohalarda, ayniqsa tibbiyot sohasida lotin tilini va shuningdek tibbiy terminologiyani ham o'rgatish tibbiyot sohasiga qiziquvchilar uchun samarali natijalarga olib kelmoqda. Biroq, Lotin tili va tibbiy terminologiyani o'qitishda o'qituvchilar ba'zi bir muammolarga duch kelishmoqda. Quyida ushbu sohadagi dolzarb muammolar va ularga misollari keltirilgan:

O'quvchilar orasida motivatsiyaning yetishmasligi. Asosiy muammolardan biri o'quvchilar orasida motivatsiyaning yo'qligidir. Ba'zi bir o'quvchilarda orasida tillarni, xususan chet va lotin tillarni o'rganishda qiziqish yo'qdir. Shu sababli, o'qituvchilar o'quvchilarni o'rganish va rivojlanishini davom ettirishga undash yo'llarini topishlari kerak. Masalan, ularga lotin tilini o'rganishi orqali qanday imkoniyatlarga ega bo'lishlarni aytib o'tishi mumkin. Garchi o'lik til bo'lsa-da, tilshunoslikda va tibbiyotdagi juda ko'plab tilsimlar aynan lotin tili orqali yechilgan.

O'qitish jarayonida zamonaviy texnologiyalardan yetarli darajada foydalanilmayotganligi: Interfaol dasturlar, onlayn kurslar, mobil ilovalar va boshqa zamonaviy texnologiyalardan foydalanish o'quv jarayonini sezilarli darajada boyitishi mumkin, ayniqsa ingliz tilini. Lotin tilini o'qitishda esa arxeologiya, tarix va meditsinaga oid tadqiqotchilar tomonidan olingan real va natural videolar o'rganuvchilar uchun ayni muddao bo'lishi mumkin.

Terminologiyani o'rgatishdagi qiyinchiliklar. Yana bir dolzarb muammolardan biri terminologiyani o'qitishdagi qiyinchiliklardir. Terminologiyani o'zlashtirish o'rganishning muhim qismidir, ayniqsa tibbiyot, huquq yoki texnologiya kabi maxsus bilim sohalari haqida gap ketganda. Shu sababli, o'quvchilarni har xil sohalarga oid terminologiyalarni muvaffaqiyatli o'zlashtirishlari uchun, o'qituvchilar o'zlarining pedagogik mahoratlarini ishlatgan holda turli xil metod va usullardan foydalanishlari zarurdir. Misol uchun, lotincha dent so'zi ingliz tilida teeth so'ziga to'g'ri keladi. Dentist va dental so'zlarining kelib chiqishi ham ayni shu so'z o'zagiga borib taqalishini tushuntirish bolalarning tez va samarali o'qishiga olib keladi.

Madaniy kontekstga yetarli darajada e'tibor qaratilmayotganligi. Chet tillarini o'qitishda ushbu til qo'llaniladigan mamlakatlarning madaniyati va an'analari elementlarini kiritish juda muhim hisoblanadi. Shu sababga ko'ra, talabalarga tilni chuqurroq anglash uchun nafaqat tilni, balki madaniy jihatlarini ham o'rgatish zarur. Til xalq madaniyatining in'ikosidir va uning madaniyatini tushunmasdan turib, to'liq o'rganish mumkin emas, chunki faqat shaklni o'zlashtirish kommunikatsiya jarayonida muvaffaqiyatsizlikka va ba'zan ziddiyatlarga olib kelishi mumkin. [Lesoxina. A. M. 2012. 13-15]. Misol uchun, Lotin tilini

o'qitish jarayonida qadimgi Rim davlatining madaniyatini tushuntirish bunda ulkan ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Auditoriyada talabalar sonining ko'pligi. Keyingi dolzarb muammolardan biri auditoriyada talabalar sonining ko'pligidir. Bu esa o'qituvchilar uchun ma'lum bir miqdorda stressni keltirib chiqaradi, chunki ko'p sonli talabalarni o'qitish uchun o'qituvchilardan ko'proq kuch va mehnat talab qilinadi. Ular auditoriyani boshqarishda qiyinchiliklarga duch kelishlari mumkin. Shuning uchun, tibbiyot oliygohi talabalari o'rganish jarayonida guruhlar sonini ko'paytirib, ulardagi bola sonini kamaytirish va har bir talabaga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.

Kommunikativ ko'nikmalarga e'tiborning yetishmasligi. Tilni o'rganish nafaqat grammatika va lug'atni o'zlashtirishni, balki nutq, tinglash, o'qish va yozish kabi amaliy kommunikativ ko'nikmalarni rivojlantirishga ham qaratilishi kerak. Ushbu jarayon aynan ingliz tilini o'qitish metodikasiga mos keladi.

Lotin tiliga “O'lik tili” sifatida qaralishi. Lotin tilini o'qitishdagi asosiy muammolardan yana biri “O'lik til” sifatida hisoblanishidir. Ya'ni ushbu til hech bir aholi tomonidan ona tili sifatida so'zlashilmaydi. Bu talabalar uchun zamonaviy kontekstda lotin tilini o'rganishning amaliy qo'llanilishi yoki dolzarbligini ko'rishni qiyinlashtirishi mumkin. Va aynan shu jihat talabalarda motivatsiyaning yo'qolishiga olib keladi.

Lotin tilini o'qitish uchun yetarli resurslar va malakali o'qituvchilarning yetishmasligi. Yana bir muammolardan biri lotin tilini o'qitishda unga mos resurslarning soni cheklanganligidir. Shuningdek ushbu tilni o'qitish bo'yicha o'qituvchilarning yetishmasligi ham Lotin tilini samarali ravishda o'qitish uchun to'siq bo'lib qolmoqda.

Chet tillari, lotin tili va tibbiy terminologiyani o'rgatishdagi ushbu dolzarb muammolarni hal qilish til ta'limi samaradorligini oshirish va talabalarni turli til va madaniy kontekstlarda muvaffaqiyatli muloqot qilishga tayyorlash imkonini beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Banks, T. (2008). Foreign Language Learning Difficulties and Teaching Strategies. California: Dominican University.
2. Rasulova, N.A. Challenges and Solutions in English Language Teaching to Students
3. J. J. Jalolov, G.T. Makhkamova, Sh.S. Ashurov. INGLIZ TILI O'QITISH METODIKASI
4. Lesoxina A. M. Formirovanie u studentov yazy`kovy`x vuzov umenij izvlekat` lingvokul`turologicheskuyu informaciyu v processe chteniya inoyazy`chny`x tekstov razny`x zhanrov: na materiale ispanskogo yazy`ka: dis. ... kand. ped. nauk. SPb., 2012. 224 s.

OLIY O'QUV YURTLARIDA TALABALARNING MADANIY-AXLOQIY TARBIYASI

Yuldosheva Dilshoda, TDSI talabasi

*Ilmiy rahbar: Alimova Komila Dekanovna, TDSI O'zbek tili va pedagogika kafedrasi
katta o'qituvchisi*

Annotatsiya: Davlat va siyosat arboblari, faylasuflar va jamiyatshunos olimlar, sharhlovchi va jurnalistlar bu davrni turlicha ta'riflab, har xil nomlar bilan atalmoqda. Kimdir uni yuksak texnologiyalar zamoni desa, kimdir tafakkur asri, yana birov yalpi

axborotlashuv davri sifatida izohlamogda. Albatta, bu fikrlarning barchasida ham ma'lum ma'noda haqiqat. Bunday ta'tif, ko'p tomondan masalaning mohiyatini to'g'ri ifodalaydi.

Kalit so'zlar: davlat, siyosat, faylasuf, jurnalist, sharhlovchi, qadriyat, jamiyatshunos.

Prezidentimiz ta'biri bilan aytganda, bugun biz tez sur'atlar bilan o'zgarib borayotgan, insoniyat hozirga qadar boshidan kechirgan davrlardan tubdan farq qladigan o'ta shiddatli va murakkab bir zamonda yashamoqdamiz. Davlat va siyosatarboblari, faylasuflar va jamiyatshunos olimlar, sharhlovchi va jurnalistlar bu davrni turlicha ta'riflab, har xil nomlar bilan atamoqda. Kimdir uni yuksak texnologiyalar zamoni desa, kimdir tafakkur asri, yana birov yalpi axborotlashuv davri sifatida izohlamogda. Albatta, bu fikrlarning barchasida ham ma'lum ma'noda haqiqat, ratsional mag'iz bor. Chunki ularning har biri o'zida bugungi serqirra va rang-barang hayotning qaysidir belgi-alomatini aks ettirishi tabiiy. Ammo ko'pchilikning ongida bu davr globallashuv davri tariqasida taassurot uyg'otmoqda. Bunday ta'rif, ko'p tomondan masalaning mohiyatini tog'ri ifodalaydi. Nega deganda, hozirgi paytda er yuzining qaysi chekkasida qanday bir voqea yuz bermasin odamzot bu haqda dunyoning boshqa chekkasida zudlik bilan xabar topishi hech kimga sir emas.

Har bir davrning mazmun-mohiyatini, rivojlanish qonuniyatini to'g'ri anglab va tushinib etishda eng muhimi davrning mazmunini aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi. Bugungi kunda hayotimizda ijtimoiy, siyosiy, madaniy va ma'naviy sohalarida keng qo'llanilayotgan globallashuv tushunchasi ko'plab siyosatchi, faylasuf olimlarni qiziqtirib kelmoqda. Chunki jamiyat taraqqiyoti bevosita ana shu jarayonni to'g'ri anglash bilan bog'liq ekanligi kundan-kunga ravshan bo'lib bormoqda. Shu nuqtai nazardan kelib chiqib, ushbu tushunchaning mazmun-mohiyatini va uni kelib chiqish sabablarini falsafiy tahlil etish bevosita biz tanlagan mavzuning mazmunini yoritishda muhim ahamiyatga egadir. Zero, globallashuv tushunchasini bilmasdan turib, bu jarayonda ma'naviy taxdidlarga qarshi kurashning mazmuni haqida fikr bildirish mantiqqa ziddir.

Globallashuvning milliy ma'naviyatini emirish, utf-odat, an'ana, qadriyatlarning xirralashuviga o'tkazilayotgan ta'sirida ayniqsa, ryaqqol namoyon bo'lmoqda. Ulardan ko'rinib turibdiki, globallashuvga qarshi ayniqsa, uning milliy utfodat, an'ana, qadriyat va ahloqning o'zgarishiga qaratilgan ta'siriga qarshi kurashmoq, kerak bolsa unga qalqon bo'la oladigan omilni shakllantirish va uni jamiyatimizga tadbiq etish bugungi kunda dolzarb vazifalardan birini tashkil qiladi. Buning uchun avvalo globallashuvning mohiyatini, ushbu jarayonda yuz berayotgan ma'naviy taxdidlarni aniqlash va ularni ilmiy – nazariy tahlil etish masalalari muammoning echimini topishda dolzarb vazifalardan biridir.

Hammamizga ma'lumki, XIX asrning oxiri XXI asrning boshlaridagi xalqaro vaziyat globallashuv jarayonlarining nihoyatda chuqurlashib ketganligi bilan xarakterlanadi. Masalaning muhim va dolzarb jihati shundan iboratki, hozirgi zamon globallashuv jarayonlari insoniyat uchun keltirib chiqarayotgan oqibatlar mohiyatini tezda tushunib anglash oson kechmayapti. Bugun globallashuv o'zining qamrovi, ta'sir kuchi, tobora ommaviy tus olishi bilan kam taraqqiy qilgan va endi taraqqiyot yo'lidan borayotgan mamlakatlar xalqlarini milliy ma'naviyatiga tajovuz qilmoqda, ularning zaminlarini yemirmoqda va istiqbolda ommaviy ma'naviyat ta'sirida ularning barbod bo'lishiga zamin tayyorlamogda. Bu tajovuz nafaqat ommaviy axborot vositalari televediniye, internet yoki uyali telefonlar vositasida, shuningdek insonlarning hayot kechirishi va turmushi uchun zarur bo'lgan iqtisodiyot vositasida ham amalga oshirilmogda. Gohida globallashuvning ta'sirida sodir bo'layotgan integratsiyalashuv natijasida mamlakatlar iqtisodiyotidagi ijobiy

siljishlarning odamlarning moddiy sharoitida o'z ifodasini topayotganligi ko'rsatkichi ta'sirida milliy ma'naviyatning zaiflashuv jarayoni sezilmayapti.

Oliy o'quv yurti sharoitlarida bo'lajak mutaxassis shaxsining madaniyatini shakllantirish muammosi to'g'ridan-to'g'ri ajratilgan sharoitlarga bog'lik bo'ladi. Chunki talabalarning zamonaviy avlodi ijtimoiy hayotdagi voqealarning shiddat bilan o'zgarib borishda yashamoqda. Shu bilan bog'lik holda, talabalarning ma'naviy-axloqiy madaniyatini shakllantirishga qaratilgan tarbiya oliy o'quv yurtidagi tarbiya tizimining ustuvor maqsadlaridan biri hisoblanadi. Madaniy-axloqiy tarbiya – bu talaba ma'naviy-axloqiy madaniyati rivojini, shaxs tomonidan ijtimoiy tajribani o'zlashtirish darajasini, madaniy-hududiy hamjamiyat qadriyatlarini, madaniyatni o'zlashtirish darajasini oshirish jarayonini rag'batlantiruvchi shakllar, vositalar, usullar va tamoyillar majmui, talabalarni axloqiy qadriyatlar bilan tanishtirish, ularda axloqiy xis-tuyg'ularni rivojlantirish, axloqiy xulq-atvorga undash usullarining majmuidir. Amalda bu yoshlarda har qaysi ishda va har qaysi kasbda ijodiy negizga intilishni tarbiyalashni, ularning diqqat-e'tiborini nafaqat moddiy manfaatdorlikka, balki o'z qiziqishlari va ehtiyojlarini ma'naviy tatbiq etilishiga qaratishni bildiradi.

Zamonaviy oliy ta'lim tizimi intellektual va axloqiy salohiyatni saqlash va rivojlantirish talablarini to'la-to'kis qondirmayapti. Globalashuv davridagi bozor iqtisodiyoti shuni talab qilmoqdaki, har bir inson tanlashning keng imkoniyatlariga ega bo'lgan sub'ekt sifatida sivilizatsiyalashgan jamiyatda o'z o'rnini topishi kerak. Demak, ta'lim tizimi, bir tomondan, jamiyatning o'zgarib borayotgan talablariga javob berishi kerak bo'lsa, ikkinchi tomondan, shaxs ehtiyojlari, qobiliyatlari, qadriyatlarini hisobga olgan holda uning rivojlanishini ta'minlashi kerak. Oliy o'quv yurt sharoitlarida shuni unutmashlik kerakki, talabalik davri shaxsdagi madaniy axloqiy tuzilmalarning faol rivojlanishi davri hisoblanadi. Oliy o'quv yurtdagi tarbiyaviy tizim – bu talaba – bo'lajak mutaxassisning madaniy-axloqiy rivojlanishini rag'batlantiruvchi shakllar, vositalar, usullar va tamoyillar majmuidir. Shu bilan bog'lik ravishda tarbiyaning asosiy maqsadi talabalarning umumiy va kasbiy madaniyatini shakllantirish, ularning ma'naviy ehtiyojlarini ko'tarish, axloqiy me'yorlarga o'rgatish, madaniyat, o'zini o'zi rivojlantirish va axloqiy ong tizimida o'z o'rnini anglab yetishdan iborat. O'qitish jarayonida Oliy o'quv yurtlarda shaxsning o'zini o'zi rivojlantirishiga, mustaqil ta'lim olishiga, ijtimoiy rollar tizimini o'zlashtirishga tayyorligiga ko'maklashishi kerak. Oliy o'quv yurtlardagi ta'lim jarayoni talabalarda madaniy-axloqiy, ma'naviy qadriyatlarni shakllantirish uchun shart-sharoitlarni yaratib berishga qaratilgan bo'lishi kerak. Talabalar ma'naviy-axloqiy madaniyatini shakllantirish jarayoni institutda mutaxassislarni tayyorlash jarayonidagi muhim va murakkab yo'nalish hisoblanadi. Bo'lajak mutaxassisning ma'naviy-axloqiy madaniyati naqadar yuksakroq bo'lsa, uning ijtimoiy yo'qlab olinishi, jamiyat uchun ijtimoiy ahamiyati shu qadar yuksakroq bo'ladi. Shuning uchun axloqiy tarbiya vositasi sifatida an'analardan foydalanish zarur, talabalar tarbiyasini ilmiy asoslangan mantiqiy izchillikda amalga oshirish lozim, talaba yoshlar axloqiy tarbiyasi samaradorligini oshirish kerak. Ushbu maqsadlarni amalga tadbiq etish yo'lida ko'plab ziddiyatlar mavjud. Masalan, talabalar axloqiy tarbiyasi jarayonlari yetarlicha asoslab berilmagan, madaniy-axloqiy tarbiyani shakllantirishda ijtimoiy-pedagogik faoliyat dasturi oxirigacha ishlab chiqilmagan va hokazo. Shuning uchun talaba yoshlarning axloqiy tarbiyasiga oid muammolarini kengroq o'rganish va tahlil qilish vaqti keldi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Борытко Н.М. Педагог в пространствах современного воспитания.- Волгоград: Перемена, 2001. 214 с.
2. Боташева Х.Ю. Духовно-нравственные ценности студента университета в зеркале социологического анализа // Известия РГПУ им. А.И. Герцена . 2008. №77. С. 259-265.
3. Савотина Н.А. Социальная адаптация личности в условиях студенческой среды. - М., 1997. – 196 с.
4. Гринин Л.Е Глобализация и национальный суверенитет. История и современность. М.: №1, 2005.
5. K.D.Alimova. Til bilish dunyoni bilishdir. SCIENCE AND EDUCATION. SCIENTIFIC JOURNAL ISSN 2181-0842. VOLUME 3, ISSUE 4 734 -737 betlar.
6. K.D. Alimova. Zamonaviy texnologiyalardan ta'lim jarayonida foydalanish. —INTERNATIONAL CONFERENCE ON LEARNING AND TEACHING 2022/5 Page No.: 57-61 betlar.
7. K.D.Alimova. —O'zbek tilida sitologiya terminlarining muammolari va vazifalari. Namangan davlat ilmiy axborotnomasi. 2021 yil 1 son. 203-206 betlar
8. Ochildiyev A. Globallashuv va mafkuraviy jarayonlar. T., Muharrir, 2009.
9. Erkayev A. Globallashuv: axborot xuruji va ommaviy madaniyat. // Tafakur. J. 4 – son, 2008.
10. Otamurodov S. Globallashuv va millat. T., Yangi asr avlodi, 2008 6
11. Qahharova Sh. Global ma'naviyat –globallashuvning g'oyaviy asosi. T.: Tafakkur, 2009.
12. Zokirov B. Globallashuv ziddiyatlari. // Tafakkur. J. 1-son, 2004.
13. Quronov M. Mafkuraviy tahdid va yoshlar tarbiyasi. T.: Akademiya, 2008.

**EVOLUTSIYA VA PSIXOLOGIYADA NOTABIYY TANLANISH:
GENLARNI SUN'IIY O'ZGARTIRISH NIMALARGA OLIB KELISHI MUMKIN?**

Yusufboyev Javohir, TDSI Bolalar stomatologiyasi 306 b-guruhi talabasi.

Ilmiy rahbar: Rustamova Nodira Rustamovna, O'zbek tili va pedagogika kafedrası dotsenti, PhD

Dolzarlighi. Ideal bo'lish bir qaraganda subyektiv tushuncha hisoblanadi, lekin chiroyli yuz qiyofasi, tana tuzilishi, aql ko'rsatkichlarining eng yuqori formasiga ega bo'lishni barcha xohlaydi. Oddiy misollar bilan tushuntirsak, bir insonning yuz qiyofasini jozibador yoki jozibador emasligini belgilashimiz uchun bizga millisekundlarni o'zi yetarli bo'ladi va bunda biz u insonni yuz qiyofasi chiroyli yoki aksincha ekanligini belgilab olamiz. Jozibadorlik yoki yuz qiyofasini chiroyli bo'lishi, agar so'z turli xil millat, yosh va jinslar haqida borsa - subyektiv tushuncha hisoblanadi. Shu bilan birga, insonlarning ko'pchiligi nafaqat go'zallik va jozibadorlik, balki sport, musiqa, matematik qobiliyat kabilar, iste'dod, intellekt kabilar borasida ham yuqoridagiga o'xshash fikr yuritadilar. Va yetishmayotgan qismlarni to'ldirish yoki yoqimsiz o'ziga xosliklarni o'zgartirish payida bo'ladilar. Dunyo bo'ylab bu maqsadlarga erishish yo'lida ko'plab oshkora va mahfiy

tadqiqotlar olib borilgan (Gitlarning “Oliy irq vasvasasi”ni eslang). Insoniyat bu borada qanchalik urinmasin, ijobiy natijalar deyarli qayd etilmaganiga qaramay, izlanishlar hali hanuz davom etmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Nima sababdan insonlar o'zlarida mavjud irsiy o'ziga xosliklarni o'zgartirishga harakat qiladilar va aynan nima sababdan insonlarda u yoki bu genlar borligini tahlil qilishdan iborat.

Tadqiqot metodlari. Ilmiy adabiyotlar tahlili, qiyosiy tahlil, anketa, prognozlash metodlaridan foydalanildi.

Natijalar va muhokamalar. Tadqiqot davomida Bolalar stomatologiyasi fakulteti talabalaridan 32 nafar ishtirokchi qatnashdi. Anketa savollariga javoblar hamda mavjud adabiyotlar tahlilidan kilib chiqqan holda quyidagi masalalarga oydinlik kiritish lozim, deb topdik:

1. Tibbiyot orqali davolash mumkin bo'lgan irsiy kasalliklar turlari.
2. Go'zallik geni.
3. Sportchilarga xos qomat genlari.
4. Intellekt va iste'dod genlari.
5. Nima uchun jinoyatchi va qotillar ko'pincha bir-biriga o'xshab ketadilar?

Fibrodisplaziya (ACVR1), Fatal oilaviy uyqusizlik (PRNP D178N-129M), Progeriya (LMNA) va bundan tashqari ko'plab genetik kasalliklar juda kamdan uchraydigan kasalliklar hisoblanadi va bularni hozirgi tibbiyot bilan davolashni iloji yo'q. Lekin e'tibor qaratishimiz kerak bo'lgan asosiy narsa bu emas, dunyodagi 24% odamlar kamida bitta genetik kasallik tashuvchi hisoblanadi. Buni o'zgartirish yo'lini ham topdik shunchaki ushbu kasalliklarga javob beruvchi genetik kodlarni umumiy DNK zanjiridan olib tashlash kerak bunda bizga CRISPER/Cas9 texnologiyasi yordam berishi mumkin. Lekin buni amalga oshirish ta'qiqlangan. Genlarni tahrirlash va o'zgartirishni yadro va biologik qurollarni qo'llash bilan tenglashtirib qo'yildi. Mavzuga chuqurroq yondashadigan bo'lsak, inson hayoti davomida o'zini har tomonlama ideal formasini yaratishga intilib boradi. Ideal bo'lish bir qaraganda subyektiv tushuncha hisoblanadi, lekin chiroyli yuz qiyofasi, tana tuzilishi, aql ko'rsatkichlarining eng yuqori formasiga ega bo'lishni barcha xohlaydi. Oddiy misollar bilan tushuntirsak, bir insonning yuz qiyofasini jozibador yoki jozibador emasligini belgilashimiz uchun bizga millisekundlarni o'zi yetarli bo'ladi va bunda biz u insonni yuz qiyofasi chiroyli yoki aksincha ekanligini belgilab olamiz. Jozibadorlik yoki yuz qiyofasini chiroyli bo'lishi, agar so'z turli xil millat, yosh va jinslar haqida borsa - subyektiv tushuncha hisoblanadi. Bu yerda gap yoqtirish va yoqtirmaslik haqida borayotgani yo'qligini inobatga olib qo'ying.

Frensis Galton ingliz statistiki va proto-genetik olimi ashaddiy jinoyatchi va qotillarni yuz qiyofalarini ishlab chiqish texnologiyasini yaratgan. U barcha jinoyatchilar va qotillarni yuz portretlarini usta-ust tushurganda umumiy bo'lgan o'ziga xos yuz konturini ishlab chiqdi. Bu degani, bizning yuz qiyofamiz indikator hisoblanadi va estetik yuz qiyofasi yillar davomida har doim yuqori tanlangan omadli genlar yordamida saqlanib qolgan. Albatta, shu bilan birga, istisno tariqasida uchraydigan unchalik ham jozibador bo'lmagan genlar ham saqlanib qolgan.

Yana bir misol - Eero Mantyranta. Ushbu fin sportchisi Qishki Olimpiya o'yinlarida 3 ta oltin, 2 ta kumush va 2 ta bronza medallardan iborat jami 7 ta medal yutib oladi. Bunda ushbu sportchiga uning EROP geni yordam bergan bo'lishi mumkin deb tahmin qilinadi,

chunki ushbu gen qondagi eritrositlarning soni va kattaligini mutatsiyasiga olib keladi. Natijada organizmga juda katta miqdorda kislorod qabul qilinadi. Lekin bu har doim ham to'g'ri kelavermaydi, chunki ACTN3 geni mushaklarga kuch beradi, lekin bu genning mavjud bo'lishi sizni birorta og'ir atletika yo'nalishdagi sport turlaridan birida g'olib bo'lishingiz aniqligini anglatmaydi. Sababi – biz nazarda tutayotgan istalgan sport turida g'olib bo'lish ko'plab faktorlarga bog'liq hisoblanadi. Yoki MSTN geni mutatsiyasi mavjud bo'lgan odamlar biror sport turi bilan shug'ullanadigan bo'lsalar, ularda mushaklar juda tez faollashadi va ideal formaga boshqalarga nisbatan tez erishadilar.

Anketa so'rovlari hamda ma'lumotlar tahlili **natijalaridan** shu narsa ma'lum bo'ldiki:

1. Insonlar ko'pincha o'zlarini tashqi tarafdin go'zalroq qiyofada bo'lishga extiyoj sezadilar.
2. Sportchilardek qomatga ega bo'lish uchun – steroidlardan foydalanish jismoniy mashqlardan ko'ra ko'proq foydali, deb hisoblaydilar.
3. Jinoyatchilar va qotillardan bizni instinktiv sezgilar asosan “ogoh'lantiradi”, shu sababli biz beixtiyor qo'rquvni his qilamiz.
4. Agar gen injineriyasiga yo'l ochib berilganda edi, insoniyat imkoniyati cheklangan bolalar, jismoniy va aqliy nuqsonlar bilan birga, psixologik deviatziyalardan ham qutulardi.
5. Faqatgina 23% talabalargina insonning tabiiy-biologik-psixologik o'ziga xosliklarini almashtirish yoki o'zgartirish noto'g'ri, degan javobni berishdi.

Xulosa. Tadqiqotimiz davomida olingan javoblar va natijalardan kelib chiqib shuni aytish mumkinki, insonda mavjud har bir yutuq yoki kamchilik, intellekt, eruditsiya, jismoniy barkamollik kabi ijobiy va zaiflik, qobiliyatlarning tug'ma kamligi, zehning pastligi, qomatning chiroyli emasligi, xunuklik kabi salbiy o'ziga xosliklar o'rtasida muvozanat mavjud. Adlarning fikricha, bu o'ziga xos kamchiliklarni o'rnini to'ldiruvchi kompensatsiya hisoblanadi. Ya'ni, bir kishida jismoniy qobiliyatlari kuchli bo'lmasa ham, intellekti o'ta yuqori bo'lishi mumkin va hokazo. Genlarni o'zgartirilishi esa, ushbu muvozanatni buzib yuboradi hamda insonning mutatsiyaga uchrashiga olib keladi. Bu o'z navbatida butun insoniyatning Yer yuzida tirik qolishiga juda katta tahdidlarni keltirib chiqaradi.

СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ТЮРКСКИМИ И СЛАВЯНСКИМИ ЯЗЫКАМИ

Абдуллаева Б., студентка 106 гр лечеб.фак. ТГСИ

Научный руководитель: Акрамова Л.Ю., завкафедрой Узбекского языка и педагогики, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Современный мир отличается большой динамичностью, которая обусловлена, в первую очередь, наличием Интернета, он сокращает границы, мгновенно оповещает о новостях, открытиях, изменениях в жизни общества. Благодаря Интернету исчезли трудности перевода, он доступен всем, у кого есть мобильный телефон или ноутбук. Тем не менее возможность работать или учиться зарубежом привлекает молодых людей, но первым препятствием на этом пути

является незнание языка. Роль русского языка все еще достаточно актуальна. У нас в стране наметилась тенденция, когда молодые родители отдают своих детей в русские школы, даже если сами не знают русского языка.

Цель исследования. Мы поставили цель разобраться причины плохого знания русского языка студентами. Для этого решили изучить какие основные трудности встречаются на этом пути, их объективные и субъективные причины.

Материалы и методы. Анкетирование, обзор литературы, сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования мы узнали, что существуют достаточные различия в тюркских и славянских языках. К ним относятся:

1. **История и распространение:** Тюркские языки преимущественно распространены в Центральной Азии, Турции, Сибири, а также в некоторых других регионах, таких как Кавказ и Балканы. Славянские языки в основном используются на территории Восточной Европы, включая Россию, Украину, Польшу, Чехию и другие.

2. **Лингвистические характеристики:** Тюркские языки обычно известны своими агглютинативными грамматическими структурами, где морфемы добавляются к корням слова для образования различных форм. Славянские языки часто имеют флективную грамматическую структуру, где изменения внутри слова указывают на его грамматические характеристики.

3. **Фонетика и орфография:** Тюркские языки обычно используют латинский или кириллический алфавит, хотя некоторые из них в прошлом использовали арабское письмо. Славянские языки, за исключением болгарского, македонского и сербского, используют кириллицу.

4. **Словарь и лексика:** Из-за различий в истории и культуре тюркские и славянские языки имеют различную лексику. Однако, в ходе исторических контактов некоторые слова могли быть заимствованы из одной семьи в другую.

5. **Семантика и синтаксис:** Хотя многие тюркские и славянские языки имеют общие концепции и грамматические структуры, все же существуют существенные различия в синтаксисе и семантике этих языков.

6. **Культурный контекст:** Тюркские и славянские языки тесно связаны с культурой и историей соответствующих народов. Каждый язык отражает уникальные аспекты культуры, традиций и обычаев своего народа.

Вот несколько общих черт, которые можно найти и в тюркских, и в славянских языках: **Грамматические:** склонение существительных, спряжение глаголов и изменение прилагательных. Это позволяет языкам выражать разные оттенки смысла и отношения между словами. **Синтаксические шаблоны:** Хотя порядок слов может быть разным в различных языках каждого семейства, есть общие синтаксические шаблоны и структуры, которые используются для построения предложений. **Лексические заимствования:** В процессе исторических контактов между тюркскими и славянскими народами происходило взаимное заимствование слов и

выражений. Например, некоторые слова, связанные с торговлей, культурой и технологией, могли быть заимствованы из одного языка в другой.

Опросив студентов 1 курса Ташкентского государственного института мы пришли к выводу, что большинство студентов испытывают трудности в русском языке из-за:

1. Алфавит на кириллице.
2. Сложности в грамматике. Обилие падежей, изменения окончаний всех частей речи по падежам и временам, числам.
3. Фонетика. Наличие сложных звуков (Ы, Щ, Ц) и множество ударений
4. Лексика. Многие слова имеют различные значения в разных контекстах.
5. Много понятий трудны для наших студентов из-за культурных контекстов и традиций.

В целом, тюркские и славянские языки представляют различные лингвистические системы, но они также могут иметь сходства из-за исторических и культурных взаимодействий. Хотя сходства существуют, но они обычно более очевидны на более высоком уровне языковой структуры

Заключение. Исследование показало, что нашим студентам трудно изучать русский язык, т.к. он на кириллическом алфавите, в школе изучение велось по другой методике, которая была сложна для понимания, отсутствие языковой среды и лингвострановедческих знаний.

ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧА СО СЛЕПЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

*Студентка 2 курса факультета «Лечебное дело» Кахраманова Д. ,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Научный руководитель: старший преподаватель Ш.А.Раупова
*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Поскольку слепота приводит к полной или частичной потере зрительного контроля, а, следовательно, кардинальным образом меняет ситуацию не в лучшую сторону, стресс проявляется в мышечном панцире (огромном напряжении всех мышц), в спазмах разного рода и вида, в повышении или понижении артериального давления и других вегетативных изменениях, ведущих к появлению сопутствующих заболеваний, усугубляющих состояние потери зрения.

На эмоциональном уровне последствия потери зрения проявляются в виде осознаваемой или неосознаваемой постоянной тревоги, повышенной возбудимости, раздражительности, невозможности сосредоточиться; неизбежно возникает ощущение потери контроля над ситуацией и над своим поведением, что неизменно вызывает чувство беспомощности, вины или безнадежности, страх, панику. Потеря зрения влечет перемену привычного образа жизни: человек уже не может выступать

в удобной, сформированной годами роли и поэтому теряет смысл жизни. Вообще, слепотой называют выраженную степень аномалий нарушения зрения. На сегодняшний день в стране людей с инвалидностью по зрению – около 66 тысяч человек (статистика ВТЭК), из них 24 тысячи – члены Общества слепых Узбекистана. Слепота – болезнь, характеризующаяся полным отсутствием зрения или его значительным снижением. Принято различать следующие виды слепоты:

- Тотальную (абсолютную).
- Практическую.

Полная слепота является состоянием, при котором зрительные ощущения на оба глаза отсутствуют абсолютно. Практической слепоте присуще остаточное зрение, а также сохраняющиеся цвето- и светоощущение.

Слепота и ее влияние на жизнь пациентов как проявляется?

1. Влияние на повседневную жизнь: слепота серьезно влияет на повседневную жизнь пациентов, ограничивая их возможности и требуя особых адаптаций.

2. Потребности пациентов: слепые пациенты нуждаются в специальной помощи и технологиях, чтобы справиться с повседневными задачами и быть независимыми.

Из-за слепоты происходит задержка формирования движений. Некоторые слепые ощущают изменения в эмоциональной, а также волевой сфере, с присутствием проявлений негативных эмоций. В процессе привыкания человека к отсутствию зрения отрицательные явления слепоты обычно бывают преодолены, с формированием способов привлечения кожного, слухового, двигательного и прочих анализаторов. Именно они составляют сенсорную основу для развития более сложных психических процессов, таких как: обобщённое восприятие, произвольное внимание, отвлечённое мышление и логическая память. Все это даёт возможность ослепшим людям правильно воспринимать действительность. В ориентировке, а также при формировании образного мышления значительную роль играют зрительные представления, сохранившиеся в памяти ослепшего человека.

Основные принципы общения с слепыми пациентами являются:

1. Слушайте внимательно

- уделите особое внимание слуховому контакту и нюансам речи пациента.
- избегайте прерывания и давайте пациенту время выразить свои мысли.

2. Будьте ясны и конкретны

- используйте простой язык и избегайте сложных терминов.
- дайте пациенту точные и понятные инструкции.

3. Установите физический контакт

- предложите пациенту взять вашу руку или предложите поддержку при передвижении.

- используйте жесты и описательные слова для передачи информации.

4. Предложите помощь

- спросите пациента, нуждается ли он в помощи при перемещении или выполнении задач.

- будьте готовы предложить альтернативные способы выполнения медицинских процедур.

5. Предоставление информации и консультаций

- врачи играют важную роль в предоставлении информации и консультаций слепым пациентам. Эффективное взаимодействие и передача информации могут помочь пациентам лучше понять свое состояние здоровья и принять соответствующие решения.

- коммуникация и установление доверия

6. Важность эффективной коммуникации

- эффективная коммуникация является ключевым аспектом взаимодействия врача со слепыми пациентами. Она позволяет установить взаимопонимание, передать информацию о состоянии здоровья, процедурах и лечении, а также ответить на вопросы и сомнения пациентов.

7. Установление доверительных отношений

- для эффективной коммуникации необходимо установить доверительные отношения с пациентами. Врач должен проявлять понимание, терпение и уважение к индивидуальным потребностям и ограничениям слепых пациентов. Это помогает создать комфортную атмосферу, в которой пациенты чувствуют себя уверенно и готовы открыто обсуждать свои здоровье и беспокойства.

8. Физическое обследование и манипуляции

При обследовании и проведении манипуляций со слепыми пациентами, врачам следует учитывать особенности их состояния и предоставить им комфорт и безопасность. Вот несколько рекомендаций:

1. Коммуникация и объяснение

- Врач должен ясно и подробно объяснить каждую манипуляцию, чтобы пациент понимал, что происходит и какие ощущения он может испытывать.

- Важно использовать простые и понятные слова, избегая сложных медицинских терминов.

2. Тактильная ориентация

- Врач должен предложить пациенту возможность ознакомиться с местом проведения манипуляции, например, позволить ему потрогать инструменты или поверхности, с которыми будет работать врач.

- Это поможет пациенту лучше представить себе процесс и снизит тревожность.

3. Особое внимание к безопасности

- Врач должен быть особенно внимателен к безопасности слепых пациентов, убедившись, что окружающая среда и инструменты не представляют опасности для них.

- Необходимо предоставить пациенту возможность обсудить свои опасения и предпочтения в отношении безопасности.

Рекомендация	Описание
Использование ясного и простого языка	Избегайте использования медицинских терминов и сложных концепций. Предоставляйте информацию в понятной и доступной форме.

Использование альтернативных форматов	Предоставляйте информацию в альтернативных форматах, таких как аудиозаписи, Брайлевский шрифт или увеличенный шрифт, чтобы пациенты могли получить доступ к информации самостоятельно.
Визуальные пособия	Используйте визуальные пособия, такие как модели или рисунки, чтобы помочь пациентам визуализировать и понять свое состояние здоровья.
Активное слушание и эмпатия	Будьте внимательными и показывайте пациентам, что вы слышите и понимаете их. Проявляйте эмпатию и поддержку во время консультаций.
Доступность и коммуникация	Убедитесь, что ваш кабинет или клиника доступны для слепых пациентов. Обеспечьте возможность коммуникации на разных языках и предоставьте переводчика при необходимости.

- Учет особенностей при назначении лечения

При назначении лечения слепым пациентам врачи должны учитывать их ограничения в восприятии информации и коммуникации.

Врачи должны предоставлять информацию о лечении в доступной форме, такой как аудиозаписи или брайлевские материалы.

Важно обеспечить слепым пациентам возможность задавать вопросы и получать разъяснения на понятном для них языке.

- Обучение и информирование

Врачи могут помочь слепым пациентам, предоставляя им обучение и информацию о своем заболевании, лечении и возможностях реабилитации.

- Понимание и эмпатия

Врачи, работающие с слепыми пациентами, должны проявлять понимание и эмпатию к их особым потребностям и эмоциональным состояниям.

- Коммуникация

Коммуникация с слепыми пациентами должна быть ясной, четкой и дружелюбной. Врачи должны использовать описательные слова и объяснять процедуры, чтобы помочь пациентам понять, что происходит.

- Поддержка и психологическая помощь

Врачи должны предоставлять эмоциональную поддержку слепым пациентам,

особенно во время стрессовых ситуаций, таких как диагностика или операция.

- Обучение и информирование

Врачи могут помочь слепым пациентам, предоставляя им обучение и информацию о своем заболевании, лечении и возможностях реабилитации.

- Понимание и эмпатия

Врачи, работающие с слепыми пациентами, должны проявлять понимание и эмпатию к их особым потребностям и эмоциональным состояниям.

- Коммуникация

Коммуникация с слепыми пациентами должна быть ясной, четкой и дружелюбной. Врачи должны использовать описательные слова и объяснять процедуры, чтобы помочь пациентам понять, что происходит.

- Поддержка и психологическая помощь

Врачи должны предоставлять эмоциональную поддержку слепым пациентам, особенно во время стрессовых ситуаций, таких как диагностика или операция.

Литература:

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
3. Katz J. The silent world of doctor and patient / J. Katz. – New York: The Free Press, 1984. – 263 p.

НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ВЛИЯНИЕ ИНСУЛЬТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Студентка 3 курса стоматологического факультета **Махмуджонов**
Мухлиса Мухаммад-Алиевна, Ташкентский государственный стоматологический
институт, 2-курс 202-гр ЛД, Узбекистан, Ташкент*

***Научный руководитель:** старший преподаватель **Ш.А.Раупова**
Ташкентский государственный стоматологический институт*

В данном тезисе рассмотрена заболеваемость и изменения в организме человека при инсультном состоянии, после инсультное психическое состояние также, что происходит с психикой человека после инсульта?

***Ключевые слова:** заболеваемость, инсульт, цереброваскулярная патология, общемозговые и очаговые симптомы, факторы риска, реабилитация, психическое состояние.*

Актуальность темы: в последнее время проблема инсульта приобретает большую медико-социальную значимость. Это связано с увеличением среди населения людей пожилого и старческого возраста.

Цереброваскулярная патология в настоящее время занимает 2-3-е места среди причин смертности. Ежегодно от инсульта погибают большое количество людей, и половина из них становятся инвалидами. 31% людей, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8%

могут вернуться к прежнему образу жизни и работе. Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), вызванное закупоркой или разрывом сосудов. Это состояние, когда сгусток крови – тромб или кровь из разорвавшегося сосуда – нарушает кровоток. Недостаток крови и глюкозы приводит к смерти клеток мозга и нарушению двигательных функций, речи, памяти. Что происходит с психикой человека после инсульта? У человека резко меняется привычный образ жизни, он чувствует себя ущербным и беспомощным, обузой для родных. Он может быть плаксивым, апатичным, раздражительным и вспыльчивым, немотивированный гнев и негодование у него может сменяться смехом. Так-же, меняется характер человека после инсульта. Если человек после перенесённого инсульта становится апатичным, плаксивым, быстро эмоционально истощается, его умственные способности ухудшаются, он перестаёт интересоваться жизнью семьи, друзьями, это может быть первым признаком наступающего слабоумия, что требует осмотра врача для своевременного назначения лечения. Состояние пациентов на момент возникновения инсульта в большинстве случаев тяжёлое или крайне тяжёлое. К сожалению чаще всего такие больные полностью зависимы от окружающих. Важную роль играет медицинский персонал, от медицинских сестёр требуется высокий профессионализм в ведении таких пациентов, обеспечивая общение с ними, правильный уход, лечение, профилактику осложнений, так же обязательно обучают родственников больных основам этих действий.

Цель: Целью данного исследования является выяснить основные симптомы нарушения мозгового кровообращения. Изучения психического расстройства человека.

Методы исследования: В данном исследовании были использованы анализ перенесших инсульт.

Результаты исследования: Нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся кровоизлиянием в мозг, называется инсультом.

Инсульт делят на:

- Геморрагический (кровоизлияние в вещество и под оболочки мозга)
- Ишемический (инфаркт мозга)

Тяжесть инсульта зависит от объема повреждений, причиненных нарушением кровообращения.

В тяжелых случаях наблюдаются общие симптомы: потеря сознания, нарушение сердечной деятельности, дыхания, одновременно возникают нарушения двигательной функций (вялые параличи и порезы мышц). При этом может быть поражена одна конечность (монопарез - монопарез), две конечности одной стороны тела (гемипарез - гемипарез), три конечности (трипарез - трипарез), все четыре конечности (тетрапарез - тетрапарез) и две верхние или две нижние конечности (парепарез - парепарез). Психические расстройства после инсульта бывают: наряду с двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта нередко возникают разнообразные эмоционально-аффективные расстройства, такие как постинсультная депрессия, тревога, астения, апатия, патологическая утомляемость, негативизм, раздражительность и эмоциональная лабильность.

Общемозговые симптомы: головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания.

Очаговые симптомы: расстройства движений, речи, нарушение

чувствительности в одной половине тела.

Для инсульта характерно появление симптомов со стороны нервной системы на фоне уже существующего: атеросклероза, артериальной гипертензии, сочетания атеросклероза и артериальной гипертензии и других болезней (болезней крови, сахарный диабет и др.).

Синдром нарушения движений: при инсульте чаще всего возникают двигательные расстройства в одной половине тела (гемиплегии, гемипарезы) или во всех конечностях (тетраплегия, тетрапарез).

По тяжести двигательных расстройств выделяют:

- паралич (плегию) – полную утрату функции конечности;
- парез – частичную утрату функции конечности.

В остром периоде инсульт тонус пораженных мышц обычно снижен, наблюдается мышечная гипотония. В последующем тонус мышц повышается, развивается спастический парез вплоть до формирования характерной позы больного, перенесшего инсульт (поза Вернике – Манна): рука приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти согнуты в кулак, нога разогнута во всех суставах.

Синдром нарушения движений - включает координационные нарушения, характеризующиеся шаткостью, неуверенностью походки, при относительно сохранной мышечной силе делается невозможным осуществление мелких, точных движений (трудно взять чашку, причесаться, одеться). Нарушение координации часто связано с головокружением, что делает больного беспомощным и дает ощутить это больному, чувство беспомощности сохраняется даже при сохранном сознании и мышечной силе и требует специального ухода.

Синдром нарушений чувствительности – чаще всего двигательные расстройства сопровождаются онемением лица, руки, ноги с той же стороны (гипостезия). Может встречаться повышенная чувствительность к внешним раздражителям в одной половине тела (гиперестезия).

Синдром речевых нарушений – чаще встречаются дизартрия (затруднение произнесения слов вследствие нарушения координации между движениями губ, языка, неба), и афазия (нарушение собственной речи или понимания речи окружающих), что затрудняет активный контакт с больным.

В остром периоде инсульта возможно развитие и других синдромов: нарушения дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения.

Субарахноидальное кровоизлияние - возникает в результате разрыва внутричерепной аневризмы, которая чаще располагается на артериях основания мозга или в области ветвей средней мозговой артерии. Симптомы: внезапная острая головная боль в области затылка, лба, которая затем становится разлитой. Почти одновременно с головной болью возникает тошнота, рвота многократная, может наступить потеря сознания (от 10-20 мин до нескольких суток), большая вероятность возникновения эпилептического припадка, быстрого развития менингеальных симптомов (светобоязнь, общая гиперестезия, повышение температуры тела до 38-39 С). Иногда наблюдается психомоторное возбуждение, психические расстройства (спутанности сознания, дезориентация до тяжелых психозов).

Внутримозговые кровоизлияния – наиболее часто развиваются при

артериальной гипертензии, обусловленной заболеваниями почек, при системных сосудистых заболеваниях, сопровождающихся повышением АД. Могут возникнуть при микроаневризмах, сформировавшихся после черепно-мозговой травмы или септических состояний, при заболеваниях, сопровождающихся геморрагическими диатезами (лейкемия, уремия, болезнь Верльгофа). Развития общемозговых и очаговых симптомов: внезапная головная боль, рвота, нарушение сознания (от легкого оглушения до глубокой комы), одновременное развитие гемипареза или гемиплегии, тахикардия с высоким АД, повышение температуры тела.

Ишемический инсульт – возникает в связи с полным или частичным прекращением поступления крови в мозг по какому-либо сосуду в результате тромбоза, эмболии, спазма сосудов, патологии магистральных сосудов или резкого падения АД. Основная причина ишемического инсульта – атеросклероз сосудов мозга. Может развиваться в любое время суток. Отличительная особенность ишемического инсульта – преобладание очаговых симптомов над общемозговыми. Симптомы: головная боль, рвота, спутанное сознание (часто наблюдается при быстром развитии инсульта), возможно задержка мочи, парезы, параличи, нарушение психики, головокружение, нарушение слуха, зрения, вегетативные расстройства, возможно развитие комы с нарушением жизненно важных функции – дыхания и сердечной деятельности.

Факторы риска развития инсульта: ишемическая болезнь сердца, атероматоз восходящей аорты, пролапс митрального клапана, стенозы магистральных артерий головы, инфекционное заболевание. Чем больше перечисленный факторов у одного пациента, тем выше степень риска развития инсульта (в%): - 1-2 фактор – в среднем 6%, - 3 фактор и более – в среднем 19%.

-Внутренние факторы риска: -регулируемые (АГ, сахарный диабет, ожирение, нарушение сердечного ритма, гиперхолестеринемия); -нерегулируемые (возраст, пол, раса, наследственность, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь у ближайших родственников).

-Внешние факторы: -регулируемые (малоподвижный образ жизни, вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики), избыточное потребление соли); - нерегулируемые (эмоциональный стресс, неблагоприятные социально-бытовые и социально-экономические условия, особенности экологии)

Непосредственные причины возникновения инсульта: 1) Резкие, быстро возникающие колебания артериального давления(АД), (при физической нагрузке, психоэмоциональном напряжении, обильной еде, употреблении алкоголя). 2) Резкая, быстро наступающая декомпенсация работы сердца, особенно при нарушении сердечного ритма. 3) Остро возникающее нарушение свертываемости крови.

Реабилитация больных перенесших инсульт: Реабилитация пациента после инсульта – процесс чрезвычайно длительный, включающий помощь в поддержании личной гигиены, двигательную, речевую, социальную, психологическую реабилитацию.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее частыми психическими расстройствами после инсульта являются депрессии, генерализованное тревожное расстройство, расстройства сознания, фобии и апатия.

2. Постинсультные расстройства представляют собой спектр состояний, на одном полюсе которого находятся органические расстройства, на другом – функциональные.

Выводы: Изучив факторы риска и причины возникновения инсульта, и его отрицательное влияния на организм человека можно сделать следующие выводы:

1) Одной из наиболее часто встречаемых причин смертности является – инсульт.

2) Правильное и своевременное оказания медицинской помощи человеку у которого подозревают инсультное состояние, своевременное оказание правильной мед.помощи увеличивает шанс выздоровления и менее тяжелые последствия осложнения на мозговую деятельность.

3) Реабилитация пациентов после инсульта направлена на профилактику ранних и поздних осложнений, социальной адаптации.

Список литературы:

1) Теплов С.И. Регуляция мозгового кровообращения, Медицина, 2005.
2) Гусев Е.И., Скворцова В.И. – Современные представления о лечении острого церебрального инсульта.

3) Верещагин Н.В., Пирадов М.А. , Суслина З.А., Национальный центр инсульта – Терминология.(Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта.

РОЛЬ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА.

Машарипова Ф.Ф. студентка 202 гр. стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Халмуратова М.Т., PhD, доцент кафедры узбекского языка и педагогики

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность

Знание русского языка дает возможность студентам медицинских вузов продолжить обучение в зарубежных вузах или пройти стажировку по специальности в иностранной клинике, работу за рубежом.

Сейчас, русский язык приобретает всё большее международное значение. Он стал языком международных съездов и конференций, на нём написаны важнейшие международные договоры и соглашения, огромное количество художественной и научной, в том числе медицинской, литературы.

Цель исследования:

Экспериментально проверить взгляды, мотивацию студентов медицинских вузов к изучению русского языка, качеству обучения данного предмета в институте.

Материалы и методы

Участников данного исследований, мы выбрали среди 50 студентов Ташкентского государственного стоматологического института. Опрос был проведен в анонимной форме, респонденты отвечали в спокойной для них обстановке и форме. На мобильные устройства респондентов было отправлено смс-сообщение, содержащее ссылку на данный опрос в мессенджер Telegram и

респонденты отвечали на вопросы в удобное для них время в электронном виде. Все ответы поступали в телеграм-бот, где в последствии была составлена статистика в виде диаграмм. Каждый ответ был учтен и засчитан при составлении статистики.

Мотивация – желание сделать что-либо, стремление к цели. К примеру, вы можете вспомнить хоть один пример того, когда у вас была сильная мотивация сделать что-то. Давайте представим, вы любите вставать в 4 утра? Думаю, что нет. Но тот факт, что у вас вылет в 4 утра в страну вашей мечты, заставляет вас вскочить с кровати и радостно отправиться в путешествие. Тоже самое с изучением языка, если у человека есть мотивация выучить русский язык, обучение будет идти намного приятнее и быстрее. Например, вы знаете, что через месяц у вас собеседование на русском языке на прекрасную должность вашей мечты в международную компанию. Вы очень хотите получить это место. Поэтому вряд ли будете пропускать уроки, не делать домашние задания, опаздывать на занятия. Конечно, вы будете бежать на занятия и учить русский в любую свободную минуту.

Численность людей, которые считают русский родным языком, превышает 200 миллионов человек, 130 миллионов из которых живут на территории России. В 300-350 миллионов оценивается число людей, владеющих русским языком в совершенстве и использующих его в качестве первого или второго языка в повседневном общении.

Поэтому, студентам-медикам русский язык дает не только возможность работать, в странах, где широко используется русский, но и предполагает развитие общих разговорных навыков, и изучение узкоспециального лексического материала и грамматических конструкций. Большая часть медицинских изданий написана русскими врачами, учеными, которые внесли большой вклад в развитие мировой медицины. Если вы будете знать русский язык, вам всё это будет легко доступно на языке авторов. И не только! Почти все медицинские справочники, книги, учебники, которые выпускались в дальнем зарубежье на английском, французском, немецком и других языках так же переведены именно на русский язык.

Медицинский русский позволит вам полноценно и свободно общаться с российскими, казахскими, белорусскими и другими коллегами, и пациентами. Медицинским работникам, которые изучают русский язык, необходимо практиковать языковые навыки начиная от составления истории болезни, осмотра пациента, заканчивая общением с пациентом, назначения и описания курса лечения, сообщения пациенту плохих или хороших новостей с учетом менталитета и образа мышления.

Результаты исследования:

По результатам опроса, выяснилось, что ситуация в сфере образования на неоднозначном уровне и требует постоянного анализа и осмысления. Многие ответы студентов радуют тем, что уровень преподавания русского языка соответствует критериям требования.

Выводы:

В нашем мире есть очень много всего интересного и на все нужно находить

время. Вы должны понять, что русский язык в наше время – вещь необходимая. Начать изучать русский язык прямо сейчас вам помогут следующие 6 шагов:

1. Поставьте перед собой цель
2. Нарисуйте себе всю выгоду от изучения языка
3. Решите, что вам нужно учить русский прямо сейчас
4. Уделяйте русскому языку 10 минут в день
5. Найдите правильную методику изучения
6. Начните заниматься

Выполнив эти шаги, через некоторое время, вы сможете действительно начать говорить свободно. А это откроет вам двери во многие сферы деятельности и интересов, которые без русского языка вам были недоступны.

ШИФОКОРНИНГ АҲЛОҚИЙ ФАЗИЛАТЛАРИ

Маъмурова М. БС 3-курс талабаси

Илмий раҳбар: ТДСИ Ўзбек тили ва педагогика фкафедраси катта ўқитувчи си Усмонов К.

***Бетакрор бўлинг, чунки ҳаёт бетакрордир
Ҳаётини парадокс.***

Долзарблиги. Ахлоқий онг тушунчаси тагида биз инсон онгида ахлоқийлик инсонларнинг ўзаро муносабатларини, уларнинг жамоа ишига, жамиятга бўлган муносабатларининг принциплари ва нормаларининг иникоси деб тушунамиз. Шахсининг ахлоқий муҳити (онг, ҳулқ, хис-туйғулар ва одатлар бирлиги) махсус ташкил этилган таълим тизимида шаклланади.

Тадқиқот мақсади: Шифокорнинг ахлоқий фазилатлари ҳақидаги тушунчаларни ғоявий жиҳатдан шарҳлаш.

Материаллар ва методларБиз ушбу тадқиқот учун иштирокчиларни Тошкент давлат стоматология институтининг 36 нафар талабаси орасидан танладик. Сўров аноним тарзда ўтказилди; Респондентларнинг мобил телефонларига Телеграм мессенжерида ушбу сўровномага ҳаволани ўз ичига олган СМС хабар юборилди ва респондентлар ўзлари учун қулай вақтда саволларга электрон шаклда жавоб бердилар.

Шифокор юксак ахлоқий ва жисмоний фазилатларга эга бўлиши, ўз беморларига нисбатан раҳм-шафқат кўрсатиши, сабр-тоқатли ва хотиржам бўлиши, ҳар доим ўзини назорат этиши ва тута олиши керак: «Беморнинг олдида бораётганда фикр ва хис-туйғуларинингизни тинчлантиринг, меҳрибон ва инсоний бўлгин ва меҳнатингдан манфаат қидирма. Инсонийлик динингга айлансин» (Сушрута) .

Хиндистонда шифокорларни танлашга катта эътибор берилган. Бунда ёш, соғлиқ, хотира ва зарур ахлоқий фазилатлар: камтарлик, тақводорлик, ақл ҳисобга олинган. Шифокор бўлишни истаган киши ҳар бир инсон нафрат, очкўзлик, хийла-

найранг ва х к. эҳтирослардан халос бўлиши керак. Европа ахлоқий меъёрларидан фарқли ўлароқ, хинд қасамёди шифокорга ўз ҳукмдори душманлари, ёвуз одамлар ва - "Хуан ди Нэй-дзине" ("Табиат ва инсон тўғрисида") китобида акс этган. Ушбу китобда ҳар бир шифокор уз амалиётида бажариши керак бўлган асосий коидаларни аниқлашга уринишни кўришимиз мумкин. Улардан бири шифокор доим беморни тикланишига ишонч билан руҳлантириши зарурлиги қайд этилган. Қуйидаги кўрсатма тиббиётдаги профилактика чораларини чуқур англаганлигидан далолат беради: "Тиббиёт ўлимдан қутқара олмайди, лекин у ўз кўрсатмалари билан умрни узайтириши, давлат ва халқларни мустаҳкамлаши мумкин". Бирок, Гиппократгача бўлган даврдаги инсонпарварлик турли хил ижтимоий гуруҳлардаги беморларга селектив (танлов) муносабат билан чекланганлигини кўришимиз мумкин. Бу даврда шифокорлар муҳтожларга, шунингдек, умидсиз касалларга ёрдам беришдан умуман бош тортишган.

Европа тиббиёти учун қадимги юнон шифокори Гиппократнинг (тахминан милoddан аввалги 460 - 370 й.) этикаси, "Гиппократ корпуси" да келтирилган: "Қасамёд", "Қонун", "Шифокор ҳақида", "Яхши хулқ-атвор тўғрисида", "Кўрсатмалар" ва бошқа қарашлари муҳим аҳамиятга эга. Ўзининг "Қасамёд"ида Гиппократ анъанавий тиббий ахлоқнинг асосий тамойилларини белгилаб берди, уларнинг аксарияти бугунги кунда ҳам долзарб ҳисобланади.

"Қасамёд" нинг биринчи қисмида,

устозига муносабати ҳурмат ва эҳтиромга асосланган бўлиши керак ", деб ёзади.

"Қасамёд" нинг иккинчи қисми шифокорнинг беморга бўлган муносабатига бағишланган. У қуйидаги ғояларга асосланади:

- беморга нисбатан ҳар қандай зарар ва адолатсизликдан сақланиш ("зарар етказма");

- ўлимга сабаб бўлувчи ҳар қандай воситани тақиқлаш (хатто беморнинг ўзи сўраган тақдирда ҳам);

- бола ташлаш (аборт) ни тақиқлаш;

- ҳар қандай ноҳақ ва зарарли нарсалардан, беморлар билан яқин муносабатлардан воз кечиш;

- беморнинг фойдасига ғамхўрлик қилиш;

- тиббий сирни ошкор қилмаслик .

Гиппократ ўзининг бошқа асарларида таъкидлаганидек, шифокор меҳнатсеварлиги, ўз устида доим ишлаши, жиддийлиги, дўстона муносабати, сезгирлиги, одобли ва озода кўриниши билан ажралиб туриши керак. Гиппократ

томонидан асосланган "зарар етказма" деган тамойили бугунги кунда ҳам тиббиёт касбининг асосий тамойили бўлиб қолмокда.

Инсонпарварлик ва беморнинг кадр-қимматини хурмат қилиш ғоялари "Гиппократ корпуси" нинг кўпгина кўрсатмаларида, хусусан, беморнинг оилавий ҳаётига оид концепцияларда келтирилган.

Шифокор ва бемор ўртасидаги яқин муносабатларнинг ахлоқий тақиқланишини алоҳида таъкидлаш лозим. Қасамёдда шундай ёзилган: "Мен ҳар қандай хонадонга фақатгина беморларнинг фойдаси учунгина кираман. бемор хоҳ аёл ёки эркак, хоҳ кул ёки озод киши бўлсин, ундан ҳеч нимани тама қилмайман".

Гиппократ ахлоқ қоидаларининг энг машхури - бу тиббий сирни ошкор қилишни тақиқлашдир. Ушбу ахлоқий талаб "Қасамёд" да келтирилган: "Беморни даволар эканман (муолажадан кейин ҳам), унинг шахсий ҳаётига оид маълумотларни сир санаб, ҳеч қачон ошкор қилмайман" .

Шифокорнинг касбга бўлган муносабати мавзуси "Гиппократ корпуси"да ёзилган бўлиб, тиббиёт касбининг обрўси шифокорнинг билими ва тарбиясига боғлиқ эканлиги айд этилган: "Шифокорга баҳо берганда оломон унинг хулқ-атвори, табиатига қараб баҳо беради, чунки яхши тасаввур қолдирмайдиган шифокор бошқалар ҳақида ғамхўрлик қила олмайди" . Бундан ташқари, ёш шифокорга ҳам маслахат берилади: "ўзингизни тоза тутинг, яхши кийимлар кийинг". Бундай кийимлар "кулай ва содда" бўлиши лозим, лекин "мақтаниш учун эмас". Шифокорнинг юзи жахлдор бўлмаслиги керак, аммо унинг акси ҳам бўлиши керак эмас: "Кўп кўладиган ва ҳаддан ташқари қувноқ шифокор яхши шифокор ҳисобланмайди" .

Тиббиётнинг асосий вазифаси, унинг таъбирича, «инсон соғлигини сақлаш, агар касаллик пайдо бўлган бўлса, бу касалликни келтириб чиқарган сабабларни аниқлаш ва уларни йўқотиш орқали соғлиқни тиклашдан иборат». Ибн Сино фикрича, тиб илмида назарий билимлар ва амалиёт ўзаро боғлиқ бўлиши, бир-бирига асосланмоғи зарур, акс ҳолда у ривож топа олмайди, ўз мақсадига эриша олмайди.

Тиббиётимизнинг неча минг йиллик тажрибасига кўра ҳамда тиббиёт мактабини яратиб кетган Абу Али ибн Синогача буни тасдиқлаганлар. Ўзаро мулоқотдан сўнг шифокорга - унинг билими, тажрибаси, самимиятига беморда ишонч ҳосил бўлмоғи, инсоний фазилатларига хурмат ва мухаббат ўйғотмоғи керак.

Унга "Шифокор мажбур" деган ибора тегишли. Ибн Сино беморга нисбатан алоҳида ёндашишни талаб қилади: "Шуни билишингиз керакки, ҳар бир инсон ўзига хос бўлган хусусиятга эга. Унга ўхшаш табиатга эга бўлган инсонни учратиш камдан-кам бўлиши мумкин, ҳатто бу имконсиздир». Сўз жуда муҳим аҳамиятга эга, у нафақат нутқ маданиятини, балки мулойимлик, беморнинг кайфиятини кўтариш қобилиятини, бепарво гап билан жароҳат етказмасликни ҳам англади.

Ўзбекистон уз мустақиллигини эълон қилгандан сўнг, 1996 йил 29 августда "Фуқароларнинг соғлигини сақлаш тўғрисида" ги Ўзбекистон Республикаси қонуни қабул қилинди. Ушбу қонун 6 бўлим ва 47 моддадан иборат. Қонуннинг 44-моддаси Ўзбекистон Республикасида шифокор Қасамёдига бағишланган.

Шифокор дипломини олаётган шахслар қуйидаги мазмунда Қасамёд қабул қилади:

«Шифокор деган юксак унвонни олиб, тиббиёт фаолиятига киришар эканман:

- ўзимнинг бор билим ва маҳоратимни беморни даволашга ҳамда инсон соғлигини сақлашга бағишлашга;

- ёши, жинси, ирқи, миллати, тили, дини, эътиқоди, ижтимоий келиб чиқиши ва ижтимоий мавқеидан қатъи назар, ҳар бир беморга куч-ғайратим ва вақтимни аямай тиббий ёрдам кўрсатишга;

- беморнинг соғлигини шахсий манфаатларимдан юқори қўйишга, камтар ва халол бўлишга, ўз билим ва маҳоратимни доимо ошириб боришга;

- шифокор сирини сақлашга;

- кишиларга ҳамиша меҳр-мурувват ва шифо топишларига ишонч ҳадя этишга;

- Сукрот, Абу Али ибн Сино сингари улуғ табибларнинг шонли анъаналарини давом эттиришга тантанали Қасамёд қиламан.

Ушбу Қасамёдга умримнинг охиригача содиқ қолишга Қасамёд қиламан»

Тадқиқот натижалари:

Сўров натижаларига кўра, шифокорнинг ахлоқий фазилатлари тўғрисида талабалар ноаниқ даражада фикрларга эга эканлиги ва бу тушунча доимий таҳлил ва такомиллашиб боришни талаб қилиши маълум бўлди. Шу билан бирга, талабаларнинг кўп жавоблари шифокорнинг ахлоқий сифатлари ҳақидаги саволларга талаб мезонларига жавоб берадиган даражада жавоб беришди.

Хулосалар:

1. Доимий равишда янги адабиётларни ўқиб бориш;
2. Тарихий маънавий-ахлоқий манбаларни таҳлил қилиш;
3. Тарихий ва замонавий фикрларни уйғунлаштиришга ҳаракат қилиш.

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА ВЫБОР ПРОФЕССИИ

*Рахматова Мубина, студентка ТГСИ(ПИМУ) группа 103а факультет
стоматология*

*Научный руководитель: Рустомова Нодира Рустамовна, доцент кафедры
«Узбекского языка и педагогики» ТГСИ*

Актуальность: каждый сталкивается в своей жизни очень важным вопросом: «Какую профессию я выберу в будущем?». Как мы все несомненно знаем существуют различные методы и тесты для получения ответа на этот вопрос. Но для принятия такого ответственного решения нужно учитывать не только собственное желание, но и врожденные особенности человека.

Цель исследования: изучить влияние темперамента на выбор профессии

Методы исследования: анализ психологической, специальной литературы; сравнительный и статистический анализ полученных данных.

Результаты и обсуждения: В исследовании участвовали 52 студентов 1-го курса факультета ПИМУ Стоматология. Ответили на вопросы анонимно.

Темперамент — это выраженная интенсивность внешнего проявления эмоций.

Родоначальником учения о темпераменте был древнегреческий целитель **Гиппократ (V в до н.э.)**. Им была создана гуморальная теория темперамента. Слово «темперамент» означает «надлежащее соотношение частей». По предположениям Гиппократа у одной группы людей (холерик-chole) в теле преобладает желчь, у другой группы (сангвиников-sanguinis) кровь, у третьей — очень много слизи (флегматик-phlegma), у четвертой наибольшее количество черной желчи (melanos chole).

Клавдий Гален также дал свою характеристику каждому темпераменту. **Холериков** он описал как бурных, горячих, порывистых и отзывчивых; **сангвиников** живыми, подвижными эмоциональными и отзывчивыми; **флегматиков** спокойными, вяловатыми, медленными и устойчивыми; **меланхоликов** грустными, податливыми, робкими и нерешительными.

Также всеми известный ученый, физиолог Иван Петрович Павлов тоже обратил своё внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. В ходе своего исследования Павлов выяснил, что в природе различается четыре наиболее выраженных типа нервных систем, и их проявление он напрямую связал с античной классификацией.

Опираясь на существующие данные, можно предположить, что люди с холерическим типом темперамента чаще все занимают руководящие должности. По своей природе холерики быстрые, порывистые, самостоятельные, они быстро включаются в любую работу и доводят свою работу до конца. Одним словом они лидеры. Ярким примером этого является Петр I Великий. Также следует отметить таких знаменитых личностей как А. В. Суворова, А. С. Пушкина, Д. И. Менделеева.

Обладатели сангвиническим типом темперамента это личности с высоким уровнем психической активности, энергичные и работоспособные. У них быстрая и активные движения, богатая мимика, быстрая речь. По своей натуре сангвиники очень общительные, по этой причине они очень хороши в коммуникации. Известные сангвиники: Наполеон Бонапарт, Пьер Бомарше, М. Ю. Лермонтов, В. А. Моцарт.

Отличительная черта флегматиков от других типов темперамента в том, что они медлительные, спокойные, и не склонны показывать свои эмоции. У этих людей спокойная или даже медленная речь, минимальная жестикация. При выполнении какой-либо задачи они очень кропотливы. Известные флегматики: Исаак Ньютон, И. А. Крылов, М. И. Кутузов, Галилео Галилей.

Меланхолический тип темперамента является слабым, неуравновешенным, малоподвижным. У меланхоликов повышенная чувствительность, они очень восприимчивы к критике. У них обычно плавные движения, мягкая мимика и тихий голос. Меланхоликам очень по душе спокойная работа. Известные меланхолики: А.Блок, С.Есенин, Н.Гоголь, П.Чайковский.

Результаты исследования, которое мы проводили, дали некоторые ответы, из них:

1. 78% (40) студентов думают, что они точно знают о своем темпераменте.
2. 67% (35) студентов считают, что темперамент влияет на выбор профессию.
3. 33% (17) студентов считают, что именно характер определяет выбор профессию, а не темперамент.
4. При этом, 89% (46) студентов выбрали, что профессия стоматолога – именно их предназначения.

Вывод: Исходя из имеющего материала мы можем сделать вывод, что тип темперамент имеет непосредственное влияние при усвоении знаний, выполнении работы, скорость мышления. Непосредственно эти перечисленные факторы имеют свое влияние при выборе профессии.

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Салохиддинова Р.К., Шамшимедов М.Б., студенты 202Б группы леч. фак.
ТГСИ*

Научный руководитель: Турахонова Ф.М., ассистент кафедры общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность: Пищевые отравления чаще возникают внезапно, охватывая большой контингент лиц.

Цель исследования: систематизировать и закрепить знания по пищевым отравлениям различной этиологии; обучить методике проведения профилактических мероприятий пищевых отравлений.

Введение: Пищевые отравления – это острые инфекционные заболевания, возникающие в результате употребления пищи, массивно обсемененной определенными микроорганизмами или содержащей токсичные для организма вещества микробной или немикробной природы.

Результаты и обсуждение: Выделяют 3 группы пищевых отравлений:

- микробные (вызванные бактериями, их токсинами, грибами)
- немикробные (ядовитыми грибами и растениями, ядовитыми продуктами животного происхождения, химическими соединениями)

- неустановленной этиологии (связь с питанием доказана, но что конкретно вызвало отравление - неизвестно).

К часто встречающимся пищевым отравлениям относят:

- Дизентерию (через загрязненные предметы обихода, дверные ручки, грязные руки);
- Сальмонеллез (зараженные пищевые продукты животного происхождения (в основном яиц, мяса, домашней птицы и молока);
- Эшерихиоз (употребления мяса и молочных продуктов, в которых находятся патогенные микроорганизмы.);
- Ботулизм (потребление высокоактивных нейротоксинов, ботулотоксинов, образующихся в зараженных пищевых продуктах).

Признаки:

Нарушения функционирования пищеварительного тракта обычно проявляются через 2–4 часа после употребления некачественного продукта и характеризуются общей слабостью, тошнотой, многократной рвотой, жидким стулом, повышенной температурой тела, ознобом, болью в животе, учащенным пульсом, изменением цвета губ и лица. Тяжесть протекания заболевания зависит от многих факторов: возраста больного, общего состояния организма, вида патогенных бактерий.

Лечение:

Оказание помощи при пищевом отравлении начинается с устранения его причин. Пострадавшему необходимо промыть желудок, вызвав рвоту. Дальнейшие действия при пищевом отравлении направлены на то, чтобы вывести из организма остатки токсинов и устранить патологические симптомы. Дальнейшее лечение — симптоматическое. Врач подбирает лекарственные средства с учетом проявленных признаков болезни: их действие направлено не на устранение клинических проявлений пищевого отравления, а на снятие симптомов. Если работа пищеварительной системы не стабилизируется, врач назначает противорвотные и противодиарейные препараты. Чтобы нормализовать состав кишечной микрофлоры, при пищевом отравлении часто выписывают пробиотики. На протяжении всего периода лечения и восстановления пациенту показана лечебная диета.

Профилактика:

- Организовать санитарный контроль на предприятиях общественного питания.
- Регулярная проверка сотрудников, занятых в сфере общественного питания или контактирующих с продуктами и готовыми блюдами.
- Соблюдение правил личной гигиены. Предупредить бактериальное пищевое отравление можно, если регулярно проверять срок годности продуктов — как при покупке, так и дома.
- Снизить риск пищевого отравления поможет и контроль за качеством питья. Желательно кипятить питьевую воду, не употреблять водопроводную воду, или долго стоявшую в открытой таре.

Статистика:

По данным ВОЗ, ежегодно во всём мире в результате употребления некачественных продуктов заболевают около 600 млн человек.

За последние 8 месяцев в Узбекистане зафиксировано 39 случаев групповых отравлений, из-за которых пострадало 414 человек, 86 из них – дети. При этом двое пострадавших скончались.

Вывод: Соблюдая вышеперечисленные условия, можно уберечь себя и своих близких от возможных неприятностей и болезней.

Список использованной литературы:

1. https://44.rosпотреbnadzor.ru/profilaktika_infekci/866/
2. <https://mymedex.ru/news/pishchevoe-otравlenie-simptomy-i-lechenie.html>
3. <https://podrobno.uz/cat/obchestvo/v-uzbekistane-s-nachala-goda-ot-pishchevykh-otравleniy-postradalo-414-chelovek-dvoe-skonchalis-/>
4. <https://www.5gkb.by/patsientam/zdorovyy-obraz-zhizni/chto-takoe-pishchevoe-otравlenie/>

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛЬТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

*Студентка 3 курса стоматологического факультета Сулейманова Г.Ф. ,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент*

Научный руководитель: старший преподаватель Ш.А.Раупова

Ташкентский государственный стоматологический институт

В данном тезисе рассмотрена заболеваемость и изменения в организме человека при инсультном состоянии, после инсультное психическое состояние также, что происходит с психикой человека после инсульта?

Ключевые слова: *заболеваемость, инсульт, цереброваскулярная патология, общемозговые и очаговые симптомы, факторы риска, реабилитация, психическое состояние.*

Актуальность темы: В последнее время проблема инсульта приобретает большую медико-социальную значимость. Это связано с увеличением среди населения людей пожилого и старческого возраста.

Цереброваскулярная патология в настоящее время занимает 2-3-е места среди причин смертности. Ежегодно от инсульта погибают большое количество людей и половина из них становятся инвалидами. 31% людей перенесших инсульт нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% могут вернуться к прежнему образу жизни и работе. Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), вызванное закупоркой или разрывом сосудов. Это состояние, когда сгусток крови – тромб или кровь из разорвавшегося сосуда – нарушает кровоток. Недостаток крови и глюкозы приводит к смерти клеток мозга и нарушению двигательных функций, речи, памяти. Что происходит с психикой человека после инсульта? У человека резко меняется привычный образ жизни, он чувствует себя ущемленным и беспомощным, обузой для родных. Он может быть плаксивым, апатичным раздражительным и вспыльчивым, немотивированный гнев и негодование у него может сменяться смехом. Так-же, меняется характер человека

после инсульта. Если человек после перенесённого инсульта становится апатичным, плаксивым, быстро эмоционально истощается, его умственные способности ухудшаются, он перестаёт интересоваться жизнью семьи, друзьями, это может быть первым признаком наступающего слабоумия, что требует осмотра врача для своевременного назначения лечения. Состояние пациентов на момент возникновения инсульта в большинстве случаев тяжёлое или крайне тяжёлое. К сожалению чаще всего такие больные полностью зависимы от окружающих. Важную роль играет медицинский персонал, от медицинских сестёр требуется высокий профессионализм в ведении таких пациентов, обеспечивая общение с ними, правильный уход, лечение, профилактику осложнений, так же обязательно обучают родственников больных основам этих действий.

Цель: Целью данного исследования является выяснить основные симптомы нарушения мозгового кровообращения. Изучения психического расстройства человека.

Методы исследования: В данном исследовании были использованы анализ перенесших инсульт.

Результаты исследования: Нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся кровоизлияние в мозг, называется инсультом.

Инсульт делят на:

- Геморрагический (кровоизлияние в вещество и под оболочки мозга)
- Ишемический (инфаркт мозга)

Тяжесть инсульта зависит от объема повреждений, причиненных нарушением кровообращения.

В тяжелых случаях наблюдаются общие симптомы: потеря сознания, нарушение сердечной деятельности, дыхания, одновременно возникают нарушения двигательной функций (вялые параличи и порез мышц). При этом может быть поражена одна конечность (моноплегия - монопарез), две конечности одной стороны тела (гемиплегия – гемипарез), три конечности (триплегия – трипарез), все четыре конечности (тетраплегия - тетрапарез) и две верхние или две нижние конечности (параплегия – парапарез). Психические расстройства после инсульта бывают: наряду с двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта нередко возникают разнообразные эмоционально-аффективные расстройства, такие как постинсультная депрессия, тревога, астения, апатия, патологическая утомляемость, негативизм, раздражительность и эмоциональная лабильность.

Общемозговые симптомы: головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания.

Очаговые симптомы: расстройства движений, речи, нарушение чувствительности в одной половине тела.

Для инсульта характерно появление симптомов со стороны нервной системы на фоне уже существующего: атеросклероза, артериальной гипертензии, сочетания атеросклероза и артериальной гипертензии и других болезней (болезней крови, сахарный диабет и др.).

Синдром нарушения движений: при инсульте чаще всего возникают двигательные расстройства в одной половине тела (гемиплегии, гемипарезы) или во всех конечностях (тетраплегия, тетрапарез).

По тяжести двигательных расстройств выделяют:

- паралич (плегию) – полную утрату функции конечности;
- парез – частичную утрату функции конечности.

В остром периоде инсульт тонус пораженных мышц обычно снижен, наблюдается мышечная гипотония. В последующем тонус мышц повышается, развивается спастический парез вплоть до формирования характерной позы больного, перенесшего инсульт (поза Вернике – Манна): рука приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти согнуты в кулак, нога разогнута во всех суставах.

Синдром нарушения движений - включает координационные нарушения, характеризующиеся шаткостью, неуверенностью походки, при относительно сохранной мышечной силе делается невозможным осуществление мелких, точных движений (трудно взять чашку, причесаться, одеться). Нарушение координации часто связано с головокружением, что делает больного беспомощным и дает ощутить это больному, чувство беспомощности сохраняется даже при сохранном сознании и мышечной силе и требует специального ухода.

Синдром нарушений чувствительности – чаще всего двигательные расстройства сопровождаются онемением лица, руки, ноги с той же стороны (гипостезия). Может встречаться повышенная чувствительность к внешним раздражителям в одной половине тела (гиперестезия).

Синдром речевых нарушений – чаще встречаются дизартрия (затруднение произнесения слов вследствие нарушения координации между движениями губ, языка, неба), и афазия (нарушение собственной речи или понимания речи окружающих), что затрудняет активный контакт с больным.

В остром периоде инсульта возможно развитие и других синдромов: нарушения дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения.

Субарахноидальное кровоизлияние - возникает в результате разрыва внутричерепной аневризмы, которая чаще располагается на артериях основания мозга или в области ветвей средней мозговой артерии. Симптомы: внезапная острая головная боль в области затылка, лба, которая затем становится разлитой. Почти одновременно с головной болью возникает тошнота, рвота многократная, может наступить потеря сознания (от 10-20 мин до нескольких суток), большая вероятность возникновения эпилептического припадка, быстрого развития менингеальных симптомов (светобоязнь, общая гиперестезия, повышение температуры тела до 38-39 °C). Иногда наблюдается психомоторное возбуждение, психические расстройства (спутанности сознания, дезориентация до тяжелых психозов).

Внутримозговые кровоизлияния – наиболее часто развиваются при артериальной гипертензии, обусловленной заболеваниями почек, при системных сосудистых заболеваниях, сопровождающихся повышением АД. Могут возникнуть при микроаневризмах, сформировавшихся после черепно-мозговой травмы или септических состояний, при заболеваниях, сопровождающихся геморрагическими диатезами (лейкемия, уремия, болезнь Верльгофа). Развития общемозговых и очаговых симптомов: внезапная головная боль, рвота, нарушение сознания (от легкого оглушения до глубокой комы), одновременное развитие гемипареза или гемиплегии, тахикардия с высоким АД, повышение температуры тела.

Ишемический инсульт – возникает в связи с полным или частичным

прекращением поступления крови в мозг по какому-либо сосуду в результате тромбоза, эмболии, спазма сосудов, патологии магистральных сосудов или резкого падения АД. Основная причина ишемического инсульта – атеросклероз сосудов мозга. Может развиваться в любое время суток. Отличительная особенность ишемического инсульта – преобладание очаговых симптомов над общемозговыми. Симптомы: головная боль, рвота, спутанное сознание (часто наблюдается при быстром развитии инсульта), возможно задержка мочи, парезы, параличи, нарушение психики, головокружение, нарушение слуха, зрения, вегетативные расстройства, возможно развитие комы с нарушением жизненно важных функции – дыхания и сердечной деятельности.

Факторы риска развития инсульта: ишемическая болезнь сердца, атероматоз восходящей аорты, пролапс митрального клапана, стенозы магистральных артерий головы, инфекционное заболевание. Чем больше перечисленный факторов у одного пациента, тем выше степень риска развития инсульта (в%): - 1-2 фактор – в среднем 6%, - 3 фактор и более – в среднем 19%.

-Внутренние факторы риска: -регулируемые (АГ, сахарный диабет, ожирение, нарушение сердечного ритма, гиперхолестеринемия); -нерегулируемые (возраст, пол, раса, наследственность, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь у ближайших родственников).

-Внешние факторы: -регулируемые (малоподвижный образ жизни, вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики), избыточное потребление соли); - нерегулируемые (эмоциональный стресс, неблагоприятные социально-бытовые и социально-экономические условия, особенности экологии)

Непосредственные причины возникновения инсульта: 1) Резкие, быстро возникающие колебания артериального давления(АД), (при физической нагрузке, психоэмоциональном напряжении, обильной еде, употреблении алкоголя). 2) Резкая, быстро наступающая декомпенсация работы сердца, особенно при нарушении сердечного ритма. 3) Остро возникающее нарушение свертываемости крови.

Реабилитация больных перенесших инсульт: Реабилитация пациента после инсульта – процесс чрезвычайно длительный, включающий помощь в поддержании личной гигиены, двигательную, речевую, социальную, психологическую реабилитацию.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее частыми психическими расстройствами после инсульта являются депрессии, генерализованное тревожное расстройство, расстройства сознания, фобии и апатия.
2. Постинсультные расстройства представляют собой спектр состояний, на одном полюсе которого находятся органические расстройства, на другом – функциональные.

Выводы: Изучив факторы риска и причины возникновения инсульта, и его отрицательное влияния на организм человека можно сделать следующие выводы:

- 4) Одной из наиболее часто встречаемых причин смертности является – инсульт.
- 5) Правильное и своевременное оказания медицинской помощи человеку у которого подозревают инсультное состояние, своевременное оказание правильной

мед.помощи увеличивает шанс выздоровления и менее тяжелые последствия осложнения на мозговую деятельность.

6) Реабилитация пациентов после инсульта направлена на профилактику ранних и поздних осложнений, социальной адаптации.

Список литературы:

4) Теплов С.И. Регуляция мозгового кровообращения, Медицина, 2005.

5) Гусев Е.И., Скворцова В.И. – Современные представления о лечении острого церебрального инсульта.

**НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОВЛАДЕНИЯ РУССКИМ ЯЗЫКОМ
СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

Хасанова Н.Л. студентка 205 гр.леч. фак. ТГСИ

*Научный руководитель: Халмуратова М.Т., доцент кафедры узбекского языка
и педагогики*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. Язык — это инструмент для общения, выражения и обмена информацией. Изучение иностранных языков позволит ознакомиться с традициями, обычаями, историей и, самое главное, даст возможность доступа к источникам информации по специальности. Поэтому и растёт интерес к изучению иностранных языков среди молодёжи.

Цель исследования. Каждый студент-медик должен стремиться стать высококвалифицированным специалистом в своей области. Одним из требований к студенту-медику, стало знание русского и английского языков. Многие работы по медицине написаны на русском языке. Поэтому стремление студентов к получению знаний побуждает их к глубокому изучению русского языка.

Материалы и методы.

В основу исследования вложена следующая гипотеза: процесс обучения студентов-медиков профессиональной речи на материале императивных высказываний будет более эффективен, если:

1. реализовать инновационный подход в рамках выявленных в исследовании наиболее типичных ситуаций и условий профессиональной деятельности врача;

2. для каждой из выделенных ситуаций будут подобраны медицинские термины, используемые для создания императивных высказываний как основной единицы его профессиональной речи;

3. исследовать функциональные особенности грамматических форм императивной парадигмы, характерные для профессиональной речи врача;

Цель исследования: выявить ряд проблем при овладении русского языка студентами медицинских вузов. Разработать пути решения проблем при изучении русского языка.

Наряду с другими целями обучения речевому общению в профессиональной сфере ставится задача объяснить учащимся, что система медицинской терминологии находится в тесной связи со структурой современного русского языка.

Результаты и обсуждение

Специализация словообразовательных средств способствует выражению в структуре и форме терминов классификации понятий. Каждое понятие получает название благодаря словообразовательной классификации термина. Место каждого термина в системе обозначается аффиксом, которому в стоматологической терминологии придается строго определенное значение. Например, заболевание простаты является собирательным термином для всех заболеваний простаты; простатит – означает воспалительный процесс; аденома простаты – опухолевый процесс. Для обучения языку специальности необходимо также прогнозировать структурный тип термина по его месту в микросистеме блока специальности. Отношения в блоке могут быть противопоставлены по различным признакам, например: по происхождению - местное и системное (общее) заболевание, по клиническому течению - острое и хроническое, по генетическому признаку - передаваемое и ненаследуемое.

Заключение: целесообразно реализовать следующие предложения и рекомендации для легкого и главного, быстрого изучения русского языка:

Во-первых, необходимо максимально углубиться в языковую среду. В частности, желательно слушать радио и телепередачи, смотреть фильмы, новости и видеоуроки на русском языке.

Во-вторых, важно запоминать слова наряду с наиболее распространенными фразами.

В результате, наряду со словами будет легче освоить сложную грамматику русского языка.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ

Хушвактов Озодиох стом.фак. 304гр. ТГСИ

Научный руководитель: Акрамова Л.Ю., завкафедрой Узбекского языка и педагогики, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время все больше исследователей приходят к выводу, что к лечению больных необходим междисциплинарный подход, который предполагает консультацию психолога. Взрослые и дети, находящиеся в стационаре, особенно после получения травмы, испытывают сильный стресс. Такие заболевания, как травмы челюсти сопровождаются сильной болью, шоковым состоянием, длительным болезненным лечением и долгой реабилитацией. Одно из направлений психологии – арт-терапия. Арт-терапия — это один из самых результативных методов психотерапии, где задействуют творчество и различные художественные приемы. Коррекция арт-терапией является наиболее мягкой и продуктивной. Она позволяет разрешать различные задачи, начиная от проблем социальной адаптации и заканчивая развитием детского потенциала. Ведущая цель арт-терапии

заключается в освоении процесса самопознания у ребенка и развитии у него способности самовыражения. Арт-терапия является одним из самых эффективных методов в работе с проблемами ребёнка. Маленьким детям трудно и практически невозможно объяснить смысл своего беспокойства и страха. В таком случае на помощь приходит рисунок. Рисунок в арт-терапии – это наиболее интересный и доступный для ребёнка способ выражения своих эмоций, травматических переживаний и проблем. В процессе рисования ребёнок расслабляется, раскрываются его личностные черты, снимается усталость и страх, излишнее напряжение. Лист бумаги и карандаш помогают ему выразить свои чувства и переживания, а так же получить удовольствие от творчества. Специалист – арт-терапевт по выбору цветов и образов, характеру линий, расположению рисунка на листе бумаги может понять внутренние трудности своего маленького клиента. Арт-терапевтические занятия применяются при самом широком спектре проблем в развитии ребёнка, таких как стрессовые и депрессивные состояния, нарушения отношений с близкими людьми и в детском коллективе, неадекватное поведение, низкая самооценка, тревожность, детские страхи, агрессия.

Цель исследования. Мы поставили цель узнать психологическое состояние больных детей отделения ТГСИ, получивших травму челюсти. Для этого предложить детям нарисовать любые рисунки краской, после этого с помощью методик арт-терапии понять и объяснить их психологическое состояние.

Материалы и методы. Беседа, методики арт-терапии, обзор литературы, сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение. Важным составляющим арт-терапевтического занятия является высокая степень свободы ребёнка в творческом процессе, спонтанность в выражении чувств. Здесь невозможны приказы, точные указания и неприемлемы отрицательные оценки работы ребёнка. Вследствие арт - терапевтической сессии мы попросили ребёнка рассказать о своем произведении: почему он выбрал именно эту цветовую гамму, размер самого рисунка на бумаге, расположение предметов на данном рисунке. Всё это помогло нам понять истоки и характер проблемы ребёнка. В ходе обследования нами были проведены беседы с детьми, находящимися на лечении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии. Мы выбрали детей 10-14 лет. Всего 6 детей. Им было предложено нарисовать красками любые рисунки. Далее мы интерпретировали данные рисунки по методике арт-терапии.

Закключение. Оценка психологического состояния больных детей с помощью методики арт-терапии помогут улучшить лечение, подобрав индивидуальное, и реабилитацию пациентов, что, несомненно положительно повлияет на качество их жизни.

ШИФОКОРНИНГ БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТ САНЪАТИ

3-курс БС талабаси Юнусова Ш.

Илмий раҳбар: ТДСИ Ўзбек тили ва педагогика фкафедраси катта ўқитувчиси Усмонов К.

“Ким ўзини бефаҳм кўрсатса, у бефаҳм эмас.

Барча билан яхши муносабатлар ўрнатишнинг

энг яхши усули ўзини ўта гўл кўрсатишга интилишдир”.

Грек Файласүфи Балтазар Гратсиан

Долзарблиги. Бемор билан муомалага киришишнинг ўзига яраша шартлари бор, албатта. Шифокор бемор хасталигининг тахминий диагнозини, шахсини, касбини, ижтимоий шароитини, савиясини, дунёқарашини, билим даражасини, ташқи руҳий белгиларини ўргангандан сўнг, ўзини ҳам бу мулоқотга руҳан тайёрлаганидан кейингина у билан мулоқот қилиш учун маънавий тайёрлаш зарур бўлади. Бемор ва шифокор мулоқоти икки доирада кечади. Биринчи, ташқи доира занжирида юқорида айтилганидек, шифокорнинг бемор билан мулоқотга тайёрланиш босқичидаги амаллар киради. Иккинчи, ички доирани эса бемор шахсини, унинг касаллик сабабларини белгиловчи далиллар занжири ташкил этади. Биринчи доира соҳибининг маҳорат даражаси қай даражада юксаклиги унинг иккинчи доирага "кўприк" сола олиш санъати билан белгиланади. Айнан шу "кўприк" солинганидан сўнг бемор шифокорга ишонч ва умид кўзи билан қарай бошлайди. Шифокор аввало, беморни ўраб турган атроф-муҳитга катта эътибор бермоғи лозим. Унинг ботиний ва зоҳирий кўриниши бемор билан кечадиган мулоқотига бевосита таъсир ўтказиши мумкин. Хусусан, бемор ётган хона шинам, озода, ҳавоси тоза бўлиши, албатта, унинг руҳиятига ижобий таъсир кўрсатади. Бу – ботиний таъсирдир. Зоҳирий таъсир эса бемор атрофида кечадиган ижтимоий ҳаёт: бошқа беморларнинг, кичик тиббий ходимларнинг ёки ташриф буюрувчиларнинг салбий хатти-ҳаракатида кўринади. Бу таъсирга, атрофдаги шовқин-суронлар, ҳамсоя беморларнинг мулоқоти, ҳатто, шифокорнинг ёқимсиз бўлиб туюлган товуши ҳам киради.

Тадқиқот мақсади: Шифокорнинг бемор билан мулоқоти ҳақидаги тушунчаларни психологик жиҳатдан шарҳлаш.

Материаллар ва методлар

Мазкур тадқиқот учун иштирокчиларни Тошкент давлат стоматология институтининг 36 нафар талабаси орасидан саралаб олинди. Сўров аноним тарзда ўтказилди; иштирокчилар саволларга электрон шаклда жавоб бердилар.

Шифокор бемор билан мулоқотга киришар экан, унинг кўз ўнгида маълум маънода камчиликлардан ҳоли, юксак ахлоқли инсон сифатида гавдаланиши зарур. Ўз ахлоқ нормаларини тўғри белгилай олмаган шифокор бемор кўз ўнгида обрўсизланади. Обрўсини йўқотган шифокор эса, табиийки, ўз бемори билан талаб қилинган савияда мулоқот қилишга маънавий ҳаққи бўлмайди. Шифокорнинг маънавияти деганда, маънили фикрлаши, сўзлаши, шунингдек, шахсиятидаги, тарбия ва одобидаги ҳамда амалиётидаги барча ижобий хатти-ҳаракатлар мажмуаси тушунилади.

Шунингдек, бемор билан мулоқотда унинг диққати ва ихтиёрини шифокор

суиистеъмол қилмаслиги, яъни сўзда меъёрни сақлай билиши муҳим. Шифокор бемор билан мулоқотда унга зарур гаплардан сўзламоғи унинг амалиёти учун жуда фойдалидир. Бемор шифокор билан мулоқотдан сўнг ўзини руҳан тетик ва енгил ҳис этиши керак.

Моҳир шифокор ҳақида айтиш мумкинки: "Яхши суҳбатдош атирфурушга ўхшайди, гарчи у сенга атридан бермаса ҳам хушбўй ҳиди етиб туради".

Ҳар бир шифокор Маҳмуд Қошғарийнинг: "Билагон одамларнинг насиҳатларидан фойдалан. Чунки яхши сўз таъсир қилгач, дилга жойлашади", деган пурҳикматларини ёдда олиб қолиши фойдадан ҳоли эмас. Зеро, И. В. Гёте айтганидек, *"сўзни ишонч билан гапир, эшитувчиларга таъсир этиши эса ўз ўзидан келиб қолади"*. Шифокор бемор билан маълум мантикий кетма-кетликда савол-жавоб қилиши керак. Зеро, халқимиз: кишининг жамоли тилидир, дейди. Биз эса шифокорнинг маҳорати ва малҳами тилидир, дегимиз келади. Дарҳақиқат, халқ эртақларида подшонинг "Энг ширин нарсанима?" ва "Энг аччиқ нарсанима?" деган саволига тилнинг кўрсатилишида буюк ҳикмат бор. Беморга: "Рангингиз оқариброк кўриняпти, бугун тобингиз чатоқроқми?" деб айтилса, бир оз ўтиб, унинг ранги энди ростдан ҳам оқариб қолганини сезиш мумкин. Ёки аксинча, зарҳил юзли беморга: "Бугун рангингиз нақшин олмадек", дейилса, шифокорнинг буюрган барча муолажалари эм бўлади, беморнинг ҳаётга иштиёқи яна ҳам кучаяди. Зеро, қадимги юнон файласуфи Аристотель: "Нутқнинг бош фазилати аниқ ва равшанликдир", деган эди. Донолар насиҳат қилганларидек, ўзига боқма, сўзига боқ. Шундай экан, шифо истаб келган беморга энг тез таъсир этувчи – илк сир бу сўз, деган ҳаётий ҳақиқат англанади. Демак, айтиш мумкинки, шифокор беморни нечоғлиқ ўрганиб кирса, мулоқотга жиддий тайёргарлик кўрса, амалиёт натижаси шунга кўра юқори бўлади. Шифокорнинг сўзлаш одоби унинг маданиятини кўрсатувчи асосий омил экан, бу нарсадан у қурол каби самарали фойдаланмоғи зарурдир.

Шифокор, барча зарурий деонтологик амалларни адо этар экан, энг аввало, ўз вазифасига маънавий камолот нуқтаи назаридан ёндошмоғи бугунги давр талаби бўлиб қолаверади. Неча асрлардан буён кўпни кўрган отахон-онахонларимиз ҳар гал фотиҳага қўл очилганда, энг аввало, танисихатлик, хотиржамлик тилайдилар, ҳаётда танисихатлик катта аҳамиятга молик эканлиги шундай аён. Лекин ҳаёт-ҳаётда. Инсоннинг дунёга келиши ва кетиши ҳаёт қонуниятига асосланган бўлса, унинг турли касалликларга мойиллиги, қисқагина ҳаёти давомида неча турли дардга дучор бўлиши теварак-атрофини қуршаган муҳитга, унинг ўзига, аҳвол-руҳиятига жуда-жуда боғлиқ бўлади. Инсон бошига ташвиш тушиб, танисихатликдан айрилиб қолганда, нажот излаб, тиббиёт ходимлари ҳузурига келади.

Шу ондан бошлаб, унинг тақдири, ҳатто ҳаёти шифокорлар ва ҳамширалар қўлида, дейиш мумкин. Енгилми, оғирми дард билан шифохонага тушиб, шу дарддан халос бўлиб, уйига қайтгунга қадар бемор бир неча шифокор назарида бўлади. Бу соатлар, ҳафталар ва баъзида ойларни имтиҳонга қиёс қилиш мумкин. Бу бемор учун ҳам, шифокор учун ҳам ҳақикий синов. Ҳамдардлик, хушмуомалалик синов. Шу қисқа вақт ичида улар орасида илиқ муносабат пайдо бўлса, улар бир-бирини тушунса, нур устига аъло нур. Демак, шифокор ҳамда ҳамширанинг иши муваффақиятли якунланади, яъни бемор шифо топади.

Тиббиёт ходимларининг касбга муносабати, ахлоқ-одоби, шунингдек,

шифокорлар ва беморлар орасидаги турли муносабатлар тиббиётимиз тилида деонтология дейилиши маълум. Буни содда шаклда она тилимизга кўчирсак, тиббиёт ходими билан бемор ўртасидаги бурчга содиқлик, муомала қоидаларига риоя қилиши ва яхши, тўғри мулоқот, деса бўлади. Тиббиётимизнинг неча минг йиллик тажрибасига кўра ҳамда тиббиёт мактабини яратиб кетган Абу Али ибн Синогача буни тасдиқлаганлар.

Тиббиёт илмий алломаларидан бўлмиш Букрот: “Санъатлар ичида табобат энг олижаноб санъатдир”, шу билан бирга, “Беморни дори билан эмас, балки сўз билан даволаш афзал” деса, Абу Али ибн Сино ҳам унинг фикрини қувватларкан: “Бемор борки, уни сўз билан даволаса бўлади”, деб таъкидлаган.

Хулоса:

Ўзаро мулоқотда тиббиёт ходимига – унинг билими, тажрибаси, самимиятига беморда ишонч ҳосил бўлмоғи, инсоний фазилатларига ҳурмат ва муҳаббат уйғонмоғи керак. Аввало, дардга чалинган ҳар кимсанинг ундан фориғ бўлиши тиббиётимизнинг ютуғига, шифокорнинг билим, тажрибасига, инсоний фазилатларига ва шу билан бир қаторда, беморнинг табиати, ўз дардига муносабатига боғлиқ.

**МУНДАРИЖА
ОГЛАВЛЕНИЕ
CONTENT**

ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ	
TIL YUGANCHALARI QISQALIGI. FRENULOTOMIYA VA FRENULOEKTOMIYA Aslanova G.B., Temirova D.J.	4
TISH JAG' SOHALARI KASALLIKLARI UCHRASH CHASTOTASI Lutfullayev D.R., Bobomurodova D.B.	5
IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT NON-ONTOGENIC ABSCESES AND PHLEGMON OF THE FACE IN CHILDREN'S Asimova A.M. Pulatov A.I. Omonov A.I. Kulmatov T.M.	6
THE USE OF ENDOSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF CHRONIC MAXILLA SINUSITIS Iriskulova E.U., Juraboyev S.M.	8
FRENULECTOMY OF SHORT FRENULUMS OF THE UPPER LIP IN THE TREATMENT OF DIASTEMAS IN CHILDREN Kurbanov Sh.Sh., Zokirova Sh.Y., Shoabdullayeva Sh.F	9
ВЛИЯНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОТОКОЛ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Журакулов Нурсултон Шухратжон угли, Шомуродов Кахрамон Эркинович, Игамова Севара Зикрилловна, Курмаев Саидбек Илдар угли	11
EXPERIMENTAL STUDIES OF DOMESTIC COLLAGEN Usmanova D.R., Radjabov O.I., Shomurodov K.E. , Mukimov O.A.	13
ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА BRAF V600E У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ Абдухалик-Заде Н.Ш., Оллаберганова К.	15
ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ПОЛОСТИ РТА. Азимов И.М., Азимов А.М., Азимов А.А.	16
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ Алимджанов К.Х.	17
ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ УДАЛЕНИЕ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Аскарров М.А., Шомуродов К.Э., Азимов И. М.	19

ТЕКСТУРНЫЙ АНАЛИЗ КТ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ. <i>Л.Ш.Абдуллаева¹, М.Х.Ходжибеков², Ю.М.Ходжибекова¹, Д.Ш.Полатова¹, А.Ш.Паттохов¹.</i>	20
ВЛИЯНИЕ НАЗУБНЫХ ШИН У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАРОДОНТИТОМ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА <i>Буриев Н.З., Нормуродов М.Т., Халматова М.А., Пулатова Б.Ж.</i>	21
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ГЕНОМНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Гизатуллина А.М., Шомуродов К.Э.</i>	21
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Ибрагимов Ш.Р., Исламов Ш.Э., Махматмурадова Н.Н.</i>	22
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ДЛЯ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ <i>Икрамов Г.А., Шомухаммедова Ф.А., Миржалилова Д. А.</i>	25
ОСТЕОНЕКРОЗЫ И ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ <i>Ким Ю.Г., Сабиров Ф.Г., Хасанов А.И.</i>	27
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ МЕДИАСТИНИТЕ <i>Норкулов М.М., Ботирова З.Х., Абдуллаев Ш.Ю.</i>	29
ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОЙ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ САМОАБСОРБИРУЮЩИМСЯ КСЕНОМАТЕРИАЛОМ С ПОМОЩЬЮ КЛКТ <i>Одилов Б.Б., Хасанов Ш. М.</i>	30
МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕЛОМОВ ЗУБОВ <i>Ойдинов А.Э., Исламов Ш.Э., Махматмурадова Н.Н.</i>	32
ЁНОҚ-ОРБИТАЛ КОМПЛЕКСИНИНГ ТРАВМАДАН КЕЙИНГИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА РАҚАМЛИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ <i>Олимжонов Т.А.</i>	36
ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА <i>Рашидова Н.У., Мухаммедов И.Ш., Садыкова Х.К.</i>	37
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3% ЛИМОННОЙ КИСЛОТЫ <i>Рашидова Н.У., Садыкова Х.К.</i>	38

АПИКАЛЬНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СПАСЕНИЯ ЗУБОВ Рустамов А.А., Аслонова Г. Б., Махмудов М.Б.	41
УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ МЕТОДОМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ Турсунбоева М.Б., Юсупова Д.З.	42
К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ ШЕИ Укимтаева Ж., Мусульманова З., Дадамов А.Д.	43
ИССЛЕДОВАНИЯ ДО КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ГЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. Усманова Д.Р. ¹ , Шомуродов К.Э. ² , Мукимов О.А. ¹	47
ОБЗОР МЕТОДИК И МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ДЕСНЫ Шомурадов К.Э., Усманова Д.Р., Мукимов О.А.	49
<u>ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯ ЙЎНАЛИШИ</u>	
SURUNKALI PARODONTITDA ORTODONTİK DAVOLASH BILAN INTEGRATSIYALASHGAN YONDASHUV Abdulatipov A.A., Mirzaolimov N.A., Shomurodova A.E., Ma'murboeva S. U., Muxiddinova S. S., Yusupalixojeva S.X.	51
KATARAL GINGIVITNI KOMPLEKS TERAPIYASIDAGI TRAUMEL S MAZINING QO'LLASH SAMARADORLIGI. Dosmuhammedov E.X., Abbasova D.B., Qobiljonov J.Q.	52
BOLALARDA TISH EMALINING NEKROZ VA EROZIYASINING DIAGNOSTIKASI VA KOMPLEKS DAVOLASH YONDASHUVINI BAHOLASH Ishanova M.K., Abdumajidov A.Sh.	53
YOSH BOLALAR ORASIDA KARIES KASALLIGI JADALLIGINI O'RGANISH. Maxsetbaev D., Erejepov.B.B	55
PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA KOMPLEKS DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI Qudradova S.O'.	56
MEDIKAMENTOLAR ALLERGIK STOMATITLARNI DOVOLASH Kaxxorova D.K., Nurullayeva I.R.	58

TISHLARNING ZARARLANISHI VA YUMSHOQ TO'QIMA HOLATINI ANIQLASHDA SUN'IY INTELEKTNING STOMATOLOGIYADAGI AHAMIYATI To'rayeva J.Sh., Azizova Sh.Sh.	59
QANDLI DIABETDA TISH QATTIQ TO'QIMASINING MINERALLANISHI Umirov A.A., Azizova Sh.Sh.	61
CHEKISHNING OG'IZ BO'SHLIG'I SALOMATLIGIGA SALBIY TA'SIRI Xasanov A.O., Patxiddinova M.Sh., Sidiqjonova U.Z., Xamroev A.X., Abduxolikov M.P., Yusupalixodjaeva S.X.	62
CHUQUR KARIOZ KOVAKLARNI TO'GRI CHARXLASH. Zaitxanov A.A, Musurmonov T.B.	63
METHODS OF TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES WITH THE USE OF PHYTO-PREPARATIONS Abdukhalikov S.F.	64
THE ROLE OF MANAGERS IN DENTAL CLINICS. Azimov R.I., Yusufboyev J.A	65
LASER PREPARATION IN DENTISTRY Botirjonov R.B., Kurbanova Z.F.	66
TREATMENT OF PERIODONTITIS WITH HYALURONIC ACID Mukhamedzieva O., Atabekova Sh.N.	67
INNOVATIONS IN DENTISTRY: THE ROLE OF DIGITAL MEDICINE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT Shomurodova G.Kh., Patkhiddinov J.Sh., Yusupalikhodzhaeva S.Kh.	68
MEANING AND APPLICATION OF MENTAL MAPS IN MEDICINE Faizullaeva Z.Z., Kamalova M.I.	70
ЗУБНЫЕ КАМНИ – ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАШИХ ЗУБОВ Абдураходов А.А., Жумаев С.Ю.	71
РОЛЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА Абдужалилова Ш, Хаджиметов А.А. , Рустамова С.М.	72
ОСНОВЫ БИОМИМЕТИКИ В СТОМАТОЛОГИИ И ИХ ИНТЕГРАЦИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕСТАВРАЦИЙ. Акбарова М.А., Атабекова Ш.Н.	74
АТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ Алижонов Ф.В., Садикова И.Э.	75
ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ И ПЛОХИМ УРОВНЕМ ГИГИЕНЫ РТА Ахмадалиев К.Х.	77

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ Ахмадалиев К.Х., Рузиев Б.Д.	78
К ВОПРОСУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ Ахмадалиев К.Х.	80
СОВРЕМЕННЫЕ АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ Ахмадалиев К.Х.	81
ВЛИЯНИЕ ХЛОРГЕКСИДИНА НА ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ Ахмадалиев К.Х.	82
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ. Вахабова С.Д., Холматова З.Д.	83
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ В ЭНДОДОНТИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ. Вахабова С.Д., Каюмова В.Р.	85
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА Гайбуллаева Я., Мирзаахмедова Н.А.	87
ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНЫХ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА Ибайдуллаева Б.А., Комилова А.З.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА Камилов Х.П., Кадырбаева А.А., Ибодуллаева Ш.	93
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА И ГЕРПЕСА ГУБ У ВЗРОСЛЫХ. Камилов Х.П., Шокирова Ф.А., Пардаева М.Б.	95
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГЛОССАЛГИЕЙ Камилова А.З., Рахимова Р.Х., Умерова Ф., Олимжонов Ш Нурметов Б.М.	97
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА Комилова А.З., Нугмонова У.Т., Ибайдуллаева Б.А.	98
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ. Мазифарова К.Р., Сайдалиев М.Н., Абдуазимова-Озсойлу Л.А.	99
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С Маткулиева С.Р., Саидов Д.Д.	101

ВЛИЯНИЕ ВОЗДУШНО-АБРАЗИВНОЙ ОБРАБОТКИ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА НА КОСМЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ Мелькумян Т.В., Мусашайхова Ш.К., Камилов Н.Х., Дадамова А.Д.	102
К ВОПРОСУ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ Мелькумян Т.В., Шералиева С.Ш., Дадамова А.Д.	103
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Муртазаев С.С. Шукурова У.А.	104
СОВРЕМЕННЫЕ РЕМЕНЕРАЛИЗИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ Муртазаев С.С. Шукурова У.А.	106
АДГЕЗИВНАЯ СИСТЕМА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Рахматуллаева Г., Юльбарсова Н.А.	107
ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТРАВМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ Махсумова С.С., Кодирова М.Т., Диникулова М.А.	108
СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Смородина Е.Д., Абдусаматова Д.З.	110
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Убайдуллаев С.С., Мусашайхова Ш.К.	112
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТ Убайдуллаева Н.И., Абдалиева У.	114
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ Усманов С.У., Шукурова У.А.	115
ПРЕИМУЩЕСТВА И ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ Хакимова Ж.О., Мусашайхова Ш.К.	117
<u>ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОДОНТИЯ</u>	
QOLIPLAR. PROTEZLAŞHDA MAXSUS QOLIP OLUVCHI QOSHIQLAR. Abdulahatov J.K., G'ayratova I.D.	120
QOLIP OLISH MATERIALLARI: ENG KO'P ISHLATILADIGAN QOLIP OLUVCHI MATERIALLAR Abdulahatov J.K., Hojimamatov D.Z.	122

YUQORI JAG' SINUSIDA BMP-2 YUKLANGAN KOLLAGENLANGAN IKKI FAZALI KALTSIY FOSFAT TOMONIDAN SUYAK REGENERATSIYASINI TEZLASHTIRISH. Rafiqov K.M., Maxmudov M.B., Irxanov M.M.	124
MOLAR DISTALIZATION BY DIFFERENT INTRAORAL DEVICE IN ORTHODONTICS Muratova G.A., Dushaboyev U.A.	128
KOLLAGENLANGAN SINTETIK SUYAK BLOKI YOKI SINTETIK SUYAK ZARRACHALAR YORDAMIDA MAKSILLAR SINUSNING O'LCHAMLARI O'ZGARISHI Rafikov K.M., Nosirov A	130
TISHLAR ANATOMIYASI VA GISTOLOGIIYASI Salimov O.R., Shofayzieva L.N., Abduvoxitova M.	133
ANALOG VA RAQAMLI USULLAR BILAN ISHLAB CHIQRILADIGAN PLASTIK TISH PROTEZLARNING YASALISHI Turobjonov M., Muxammadjonova Z.M.	135
AQL TISHLARNING KECHIKISH MEKANIZMLARINI ORGANISH. Yusupalieva K.B., Abdurashidova M, Islomov A	137
O'Z VAQTIDA CHIQMAGAN DOIMIIY TISHLARNI TASHXISLASH VA KOMPLEKS DAVOLASH. Shaamuhamedova F.A., Murtazaev S.S., Ne'matova M.A, Baxtiyorova M.I, Kamolov K.N.	139
FEATURES OF FIXATION OF ZIRCONIUM DIOXIDE PROSTHESES Saminova M.Z., Ochilova M.U.	141
АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ ТЕРМОПЛАСТОВ Абдуллаев У., Омонова Н.А.	142
ОРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ХБП И ЕЕ ТЕРАПИЕЙ Акбаров А.Н., Шоахмедова К.Н.	144
ОРТОДОНТИК АППАРАТЛАР ҚЎЛЛАНИЛГАНДА ДАВОЛАШ СИФАТИГА ОИЛАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ ТАЪСИРИ. Акбаров К.С., Кодиров Ж.М., Поёнова Г.М.	147
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕРАТИВНО-СОСЯЗАТЕЛЬНЫХ СЕТЕЙ В СТОМАТОЛОГИИ Акбарова М, Алиева Н.М.	148
СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР: РЕЗЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ Алиева Н.М., Меликузиев Т.Ш., Махкамов Р.	150

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D-ПЕЧАТИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ. Алиева Н.М., Очилова М.У., Авазова В.	152
СКАНИРОВАНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ Анваржонов Х.А., Турсунбаева И.Ф.	154
ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВИДОВ НЕСЪЕМНЫХ ПОКРЫТИЙ Ахмедова С.С., Шаропов Ж., Алимов У., Шарипов С.	155
ОСОБЕННОСТИ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗОВ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ Ботиржонов.Р.Б., Турсунбаева И.Ф.	157
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ НЕПРЯМЫХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ Вахабова С.Д., Зиядуллаева Н.С.	158
ИНГИБИРОВАНИЕ РОСТА БИОПЛЕНКИ CANDIDA ALBICANS НА МАТЕРИАЛАХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕЛЕНОСОДЕРЖАЩЕГО ГЕРМЕТИКА Далимова Д.Ю., Алиева Н.М.	160
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИКУСА Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Поёнова Г.М.	162
КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОЙ КАРКАСНО-ШТИФТОВОЙ ШИНЫ-ПРОТЕЗА В СТОМАТОЛОГИИ Ирханов М.М.	163
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ АНАЛОГОВЫМ И ЦИФРОВЫМ МЕТОДАМИ Исламов Ж.З., Закирова Х.Х.	166
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ АНАЛОГОВЫМ И ЦИФРОВЫМ МЕТОДАМИ Исламов Ж.З., Закирова Х.Х.	168
ОТТИСКНАЯ ЛОЖКА С УДАЛЯЕМЫМИ СЕГМЕНТАМИ Касимова Н.А., Турсунбаева И.Ф.	171
РАЗЛИЧИЕ CrCo И CrNi СПЛАВОВ Кобилова Д, Меликозиёв Т.Ш.	172
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ И МОРФОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ С ПЕРЕДНИМ ОТКРЫТЫМ И ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ Кодирова С.У., Арипова Г.Э., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С.	174
ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	176

С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ. Мавлонова М.А., Шеримбатова И	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСАДКИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАСС Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.	177
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.	185
ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ Мирахмедов Ш.Ф. Нуриддинов И.Д., Расулов А.Д., Махмудов М.Б.	189
ОБЩИЙ ОБЗОР МИКРОИМПЛАНТОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ОРТОДОНТИИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ВИДЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ). Муртазаев С.С., Отамуродова Г.С., Кодирова С.У.	191
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Мухитдинова Э.Т., Турсунбаева И.Ф.	195
МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ Набиев К.А., Акбаров А.Н., Хабилов Д.Н.	196
ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС У ДЕТЕЙ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М., Атамуратова Н.Б.	197
ФОРМИРОВАНИЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА Нормирзаев Ш.Н., Ризаева С.М.	200
ДИАГНОСТИКА ВЫВИХОВ ДИСКОВ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ Нуритдинов У.А., Фаттахов Р.А.	202
ОРТОДОНТИЯ: II КЛАСС МУАММОЛАРИ Пармонкулова С.И., Кадыров Ж.М., Акбаров К.С	203
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА АРОМАТИЧЕСКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Рамазонова Г.Э., Мун Т.О.	205
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Расулова М., Салимов О.Р.	207
СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Расулова М., Салимов О.Р., Шахметова М.Х.	209

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ОЦЕНИВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ РЕТЕНЦИОННЫХ АППАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ ЗАВЕРШИВШИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Расулова Ш.Р., Артикова А.У.	212
ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ Расулова Ш.Р., Миржонова А.М., Арифджанова М.А.	214
ИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НЕСЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ Рафиков К.М., Усмонова Х.Т.	215
СИНУС ЛИФТИНГ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КОСТНЫХ ЧАСТИЦ С СОДЕРЖАНИЕМ И БЕЗ СОДЕРЖАНИЯ КОЛЛАГЕНА Рафиков К.М., Аманбаев Б.Б.	217
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА Сайдалиев М.Н., Бекбосынова Ф.К.	220
ИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НЕСЪЕМНОМУ ПРОТЕЗУ. Салимов О.Р., Шахметова М.Х., Халбекова Г	221
РЕНТГЕНОГРАФИЯ И ЕГО ВИДЫ Салимов О.Р., Шофайзиева Л.А.	223
ФОНЕТИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ Саминова М.З., Алиева Н.М., Шахметова М.Х.	225
РВОТНЫЙ РЕФЛЕКС ВО ВРЕМЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА: И МЕТОДЫ ЕГО УМЕНЬШЕНИЯ Саминова М.З., Очилова М.У.	226
ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИЕ ДИСКИ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ ДЛЯ ПОЛНО-АНАТОМИЧЕСКОГО ФРЕЗЕРОВАНИЯ: ОБЗОР И ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР Саминова М.З., Шахметова М.Х., Очилова М.У	227
ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМ, КАК ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. Сулейманова Д.А., Мавлонова М.А., Раджабова Б	229
МЕТОД НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ Темирова П., Алиева Н.М.	230
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ Толибжонова М.О., Нигматова И.М., Раззаков У.М.	232
ВЛИЯНИЕ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА КОРНИ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ	234

Тўлаганов Б.Б., Муртазаев С.С. Анаркулова	
ТОЧНОСТЬ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ С ЗУБНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПОМОЩИ ВНУТРИРОТОВЫХ СКАНЕРОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕХНИКОЙ СНЯТИЯ СЛЕПКА.	236
Усанова Нозима, Очилова М.У.	
СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	238
Усмонова Х.Т., Очилова М.У., Расулова М.	
ДИАГНОСТИКА И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ (Обзорная)	240
Ханова Д.Н., Нигматов Р.Н., Бахшиллаева С.А.	
ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	243
Шаамухаммедова Ф.А., Нигматова И.М., Неъматова М.А., Рахимбердиева М.Ш, Холматова З.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРМОВИЗИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВ И ОГРАНИЧЕНИЙ	245
Шамухамедова Ф.А., Кадыров К.	
ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ (ТЕРМОПЛАСТЫ)	246
Шиниров А.Э., Мухаммаджонова З.М.	
ФИКСАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АТТАЧМЕНТОВ И БРЕКЕТОВ	249
Юлдашев Т.А., Олимжонова Н.О., Юлдашева М.А.	
ЦИФРОВАЯ ОРТОДОНТИЯ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ	250
Юлдашев Т.А., Олимжонова Н.О., Юлдашева М.А.	
IDENTIFICATION OF KEY DETERMINANTS IMPACTING THE DURATION OF ORTHODONTIC TREATMENT	251
Behnaz Ahmadi, Nigmatova I.M	
<u>УМУМ КЛИНИК ЙЎНАЛИШДАГИ ФАНЛАР</u>	
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI YOD TANQISLIGI SHAROITIDA YASHOVCHI BO'QOQNING TUGUNLI SHAKLLARI BO'LGAN BOLALAR VA O'SMIRLARDA QALQONSIMON BEZ HOLATI	253
Muratova Sh.T., Nazarova Sh.A.	
QANDLI DIABETDA POLINEYROPATIYANING DOLZARB MUAMMOLARI VA KLINIK XUSUSIYATLARI	254
Boqiyev J. N., Haytimbetov J.Sh.	
SIYDIK-TOSH KASALLIGIDA ENDOUROLOGIK AMALIYOT SAMARADORLIGINI OSHIRISH	256
G'uzorov S. U., Sagirayev N. J.	
ALLERGIK RINIT KASALLIKNING SABABLARI VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI	257

Habibullayeva S.A., Abduxoligova G.A.	
PANSINUSIT KASALLIKLARINING KELIB CHIQISH SABABLARI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH CHORA- TADBIRLARI <i>Habibullayeva S.A., Abduxoligova G.A.</i>	259
SGLT2, RAS VA ARN INHIBITORLARINING YURAK YETISHMOVCHILIGIDA TA'SIRI HAQIDA TADQIQOTLAR. <i>Hakimov A. A., Olimjonov D. D.</i>	261
UMURTQA POG'ONASI BEL QISMI POLISEGMENTAR DISK CHURRALARI FONIDAGI DEGENERATIV SPONDILOLISTEZDA JARROHLIK DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH <i>Hokimov B. Sh., Nurmatova N. F.</i>	262
NERV IMPULSLARINING ORGANIZMDA TARQALISHI <i>Ilhomjon I. A., Usanova S. T.</i>	265
ARTERIAL QON BOSIMINING YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARINI ERTA DIAGNOSTIKASIDAGI O'RNI. <i>Yusupbekova M.A.</i>	266
ALLERGIK RINITLARNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI <i>Madina R., Doston S.</i>	267
TISH SHIFOKORI AMALIYOTIDA DISMORFOFOBIYA- DISMORFOMANIYA <i>Mirzayev A., Sultanov Sh. X.</i>	268
AYOLLAR ALKOGOLIZMINING GENDER XUSUSIYATLARI <i>Munavvarov M., O'rolova D.A.</i>	269
SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI FONIDAGI BEZOFTA OYOQLAR SINDROMIDA SISTATIN C MONITORINGINING DIAGNOSTIK AXAMIYATI <i>Muxamedsaidova I.A, Raimova M.M., Babasheva D.R.</i>	270
AKUSHERLIK QON KETISHIDA XOMILANING YO'QOTISH SINDROMI TUTGAN URNI <i>Nematov J., Daskaeva A., Kattaxo'jaeva M.X.</i>	272
STOMATOLOGIYA VA RUHIY SALOMATLIK: HAMKORLIKDAGI YONDASHUV <i>Nurmatov I., Qurboniyazova Sh. E.</i>	273
ARNOLD-KIARI TUG'MA ANOMALIYASI, ETIOLOGIYASI, SIMPTOMLARI VA OQIBATLARI <i>O'ktamova M. M., Raimova M. M.</i>	274
ESHITUV NERVINING YALLIG'LANISHI VA UNING ASORATLAR <i>Sag'dullayeva M.M., Abduxoligova G.A.</i>	275
OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI VA QON HOSIL QILUVCHI ORGANLAR O'RTASIDAGI ALOQA. QON PIGMENTLARI <i>Usanova S. T., G'ayratova I. D.</i>	280
O'QUVCHILARNING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMINI BAHOLASH <i>Usmonova Y. Sh., Nuraliyeva N.B.</i>	281

TISH SHIFOKORI QABULIDA PSIXOLOGIK YORDAM KUZATUV <i>Vohidov B., Qurboniyazova Sh. E.</i>	283
ORTOKERATOLOGIK LINZALARNING OFTALMOLOGIYADAGI O‘RNI <i>Xabibullayeva F. K.</i>	284
PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KOMORBID HOLATLAR <i>Yusupova Sh.B., Alyavi S.F.</i>	286
LEFT VENTRICULAR REMODELINGIN OBESE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION <i>Abdulraheem M., Salyamova F.E.</i>	287
EARLY PREDICTORS OF PARKINSON'S DISEASE AND PROGNOSIS IN RELATIVES <i>Aktamova M., Abduqodirov E.I.</i>	288
METHODS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH FRACTURED ORBITAL WALLS TAKING INTO ACCOUNT VISUAL FUNCTIONS <i>Dzhamaldinova R.I., Mirbabaeva F.A.</i>	289
ROLE OF SUTURE MATERIAL IN THE DEVELOPMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CARDIOVASCULAR AND ABDOMINAL SURGERY <i>Ismailov S.I., Mardonov J.N., Ochilov J.U., Vakhidov V.</i>	290
ENTEROSORPTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION <i>Jamoliddinov S.J., Baymakov S.R., Yunusov S.Sh.</i>	292
NEUROGENIC SHOCK AS ONE OF THE CONSEQUENCES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM (CNS) INJURY. SYMPTOMS, TREATMENT AND OVERALL RELEVANCE. <i>Kabulov S. B., Abdurahimova L. A.</i>	293
SERUM VITAMIN D IN PATIENTS SYSTEMIC LUPUS NEPHRITIS <i>Khusankhodzhaeva F. T.</i>	294
PAYAL DUA STUDENT OF 6 COURSE TSDI <i>Kudratova D.Sh.</i>	295
INFLUENCE OF ANTIOXIDANT THERAPY ON CYTOKINE DYNAMICS IN CORONAVIRUS-ASSOCIATED NEPHROPATHIES <i>Tashpulatova M.H., Bekkamov CH.I.</i>	296
STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CONGENITAL MALFORMATIONS AND CHILDHOOD DISABILITY. <i>Malikov I.R., Abdukarimov D.I., Mirsovurova N.R.</i>	297
OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSIS OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA <i>Narzikulova K.I., Sayfiddinov F.A.</i>	299
EPIDEMIOLOGY OF SKIN MELANOMA IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN <i>Polatova D.Sh., Ibragimova D.A., Sabirova M.B., Yunuskhodjayeva N.B.</i>	301

THE IMPACT OF ALCOHOL CONSUMPTION ON LIVER ENZYME LEVELS <i>Sharodiya D., Sultanova M.X.</i>	302
MODERN LABORATORY TECHNOLOGIES <i>Yuldashova S.U., Bekchanova N. I.</i>	303
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ <i>Абдувалиева Н.А., Туйчибаева Д.М.</i>	305
РАЗРАБОТКА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ <i>Абдуллаев А.У., Кодиров Б.Н., Ибрагимов Н.С.</i>	306
ТУРЛИ ДАРАЖАДАГИ ОҚСИЛ ИСТЕЪМОЛИ ФОНИДА БЕМОРЛАРДА ГЕМОДИАЛИЗ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ <i>Абдуллаев И. Ж., Сабилов М. А., Бабажанова Н.Р.</i>	307
КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГ <i>Абдуллаева М.М., Абдуллаева М.Б.</i>	308
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ <i>Абдумаликова М.И., Иномов Х.Л., Мирбабаева Ф.А.</i>	309
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНОПРОТЕКТОРОВ В ТЕРАПИИ ВОЗРАСТНЫХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА <i>Абдумаликова М.И., Махкамов Р.А., Назаров Х., Мирбабаева Ф.А.</i>	311
ПРИЧИНЫ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Абдумуталов С., Мирзаахмедов М., Утепова Г.Б.</i>	313
ДИМЕКСИД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ <i>Абдураимов Ш.А., Шарипова А.У.</i>	315
МИКРОИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ <i>Адхамова Л.А., Туйчибаева Д.М.</i>	316
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ <i>Азизкулов Т.М., Исмоилов И.И.</i>	318
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА. <i>Акбарова М., Курбаниязова Ш.Э.</i>	319
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ <i>Алманова А.Ш., Бекметова Ф.М.</i>	320

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПРОЦЕССАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Тошев Б.Б.</i>	321
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЖИРЕНИЯ НА ГОМЕОСТАЗ ГЛЮКОЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА DXA <i>Анварова С.Ш., Наримова Г.Д.</i>	323
ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Атажанова А.Г., Меликузиев О.Э.</i>	324
КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ <i>Ахмедова С.С., Шаропов Ж., Алимов У., Шарипов С.</i>	326
АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Вали-Зода Ф.В., Пулатов М.М., Юнусов С.Ш., Хасанов Х.К.</i>	328
ЭРТА БОЛАЛИК ДАВРИДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИК-ПАРАКЛИНИК ТАВСИФИ <i>Вафроева Г.Р., Саидходжаева С.Н.</i>	329
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ. <i>Вахабова С.Д., Даминова К. М.</i>	330
ЛИЧНОСТЬ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ. <i>Мамадалиева М., Гаюбов У.М.</i>	332
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕМАДЕКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2018-2022 ГОДЫ <i>Насирдинов О. А., Тойчибоев С. Э., Нуралиева Н.Б.</i>	333
ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА <i>Григорян С.А., Шамсиев Д.Ф.</i>	334
ИНТРАДИАЛИЗНАЯ ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ <i>Даминов А. Б., Собиров М.О.</i>	337
СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Ёдгарова У.Г. Раимова М.М.</i>	338
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ	339

ЭТИОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Жамолиддинов С.Ж., Пулатов М.М., Юнусов С.Ш., Хасанов Я.Н.</i>	
НАРУШЕНИЯ ОФТАЛЬМОТОНУСА ПРИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ <i>Закирходжаев Р.А., Махмудов Р.Ш.</i>	341
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ <i>Зафарова М.З., Мухсинова М.Х.</i>	343
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЗОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ <i>Зуфаров Г.Т., Каримов О.М.</i>	346
ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИЯМ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА. <i>Зуфаров Г., Шарипова А. У.</i>	348
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ <i>Ибрагимова М.И., Ахмедова Ю.Г., Абдуллаева М.Б.</i>	349
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМом СТЕНОК ОРБИТЫ С УЧЕТОМ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ <i>Иномов Х.И., Абдумаликова М.И., Садриддинова Н.С., Назаров Х., Мирбабаева Ф.А.</i>	350
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН) <i>Исомадинова С.З., Аслонов З.А.</i>	352
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ СКЛАДОВ ГОРТАНИ <i>Йулдашев Ж.Р., Шарипов У.А.</i>	353
ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ПРЕДМЕТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ №3 на ЗАНЯТИЯХ ПО ПРЕДМЕТУ» ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ» <i>Йулдошев С., Гонурова Г.Ф.</i>	354
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ МАНЗАРАСИ <i>Йулдошев Т. Р., Собиров М.О.</i>	357
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧЛАРИДА БУЙРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИ ЎЗГАРИШЛАРИ <i>Йулдошев Т. Р., Собиров М.О.</i>	358
РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕВУСОВ <i>Каримова Д., Ибрагимова Н.С.</i>	359

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА <i>Каролбердиева М., Бабаев Ж.С.</i>	360
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ <i>Каюмова С.А., Туйчибаева Д.М.</i>	362
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО КЕРАТОКОНУСА <i>Ким А.А., Туйчибаева Д.М.</i>	365
Сравнительная оценка традиционного и лапароскопического адгезиолизиса при острой спаечной кишечной непроходимости. <i>Куанышкалиева Г.Н., Аслонов З.А.</i>	367
ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ <i>Шермухаммадова М., Лапасов О.А.</i>	368
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ <i>Саидкулов Ж., Лапасов О.А.</i>	370
Оценка влияния субпорогового микроимпульсного лазерного воздействия на светочувствительность сетчатки при лечении макулярного отека на фоне посттромботической ретинопатии <i>Махмудова З.А.</i>	372
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ, ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Миразизова Д. Р., Махкамова Н. Э.</i>	374
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ <i>Нурматов И., Абдулкасимов Ф.Б.</i>	376
БАРИАТРИК ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ТИРЕОИД СТАТУСИДАГИ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАР <i>Муратова Ш.Т., Махмудова С.М.</i>	377
УЧЕНИЕ АВИЦЕННЫ В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Мухаммаджанова М.О., Буранова Д.Д.</i>	379
ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА. <i>Набижонов З.Н., Аюбова Н.М.</i>	380
КАРДИОТОКСИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Наркузиев Б.Б., Мадаминов А.Ю.</i>	380
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТВЕТА НА АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ	383

<i>Норчаева М., Бабаев Ж.С.</i>	
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ <i>Нурматов И., Абдулкасимов Ф.Б.</i>	384
ТАШҚИ ТАЪСИРОТЛАРГА УЧРАГАН МУШАК ТЎҚИМАЛАРДА ТУР МАНСУБЛИГИНИ АНИҚЛАШ <i>Нурматов Х.В., Хасанова М.А.</i>	385
Роль загрязнения атмосферы РМ 2.5 в развитии синдром сухого глаза <i>Орипов О.И., Хайдаров Б.Х.</i>	386
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ <i>Ражаев Б., Иномов Х.И., Абдумаликова М.И., Назаров Х., Садриддинова Н.С., Мирбабаева Ф.А.</i>	388
УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ДЕМЕНЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У УХАЖИВАЮЩИХ <i>Райхонова М., Бабаев Ж.С.</i>	390
К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА <i>Рахимова М., Шарипова А.У.</i>	391
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ КОВИД 19 НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ <i>Рисбаева М., Кудратова Д.Ш.</i>	392
Эхинококк глаза (клинический случай) <i>Рузибеков А.У., Туйчибаева Д.М.</i>	394
БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ МАНЗАРАСИ <i>Сайитхонов С. М., Собиров М.О.</i>	395
БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ БИЛАН ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИ ЯХШИЛАШ <i>Сайитхонов С. М., Собиров М.О.</i>	396
КЛИНИЧЕСКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ХОРДОЙ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ <i>Сатвалдиева А., Мухсинова М.Х.</i>	397
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Саъдуллаева М., Бабаев Ж.С.</i>	399
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Сейтуллаева Д. А., Назирова М. У.</i>	401

ИНТРАДИАЛИЗНАЯ СОСУДИСТАЯ ДИСФУНКЦИЯ. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ <i>Даминов А. Б., Собиров М.О.</i>	403
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ <i>Собиров Н.С., Рузматов К.М.</i>	403
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИТОВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕЁ ТЕРАПИИ <i>Содинова С.З., Раимова М.М.</i>	406
ГЕННАЯ ИНЖЕНЕРИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОНКОЛОГИИ, ОСНОВАННАЯ НА ТЕХНОЛОГИИ CRISPR-Cas9 <i>Талипов Р.Р., Шаниева С. Р., Мадаминов А.Ю.</i>	409
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ. <i>Тойчибоев С. Э., Насирдинов О. А., Нуралиева Н.Б.</i>	411
БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА МИГРЕННИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ ВА НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ <i>Тошхўжаева Л.Р., Ёдгарова У. Г.</i>	412
МИКРОИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ <i>Адхамова Л.А., Туйчибаева Д.М.</i>	414
ПОЛОСТЬ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА <i>Тулаганова К.О., Махкамова Н.Э.</i>	415
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ <i>Турсунов Б., Гонурова Г.Ф.</i>	417
Дифференциальная диагностика вульгарных угрей в работе косметолога <i>Турсунова Д. Қ., Ибрагимова Н.С.</i>	418
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ КАК БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛИЦЕВЫХ БОЛЯХ <i>Туфлиев А.А., Нармахматов Б.Т.</i>	419
Корреляция между диастолической дисфункцией левого желудочка и продольной деформации миокарда у пациентов с сахарным диабетом. <i>Убайдуллаева Ш.М., Аляви Б.А., Латипов Н.М., Кенжаев М.Л., Кодирова Ш.К..</i>	422

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ БЕМОРАРИДА 2-ТИП НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕРЛАРИ ИНГИБИТОРЛАРИНИ БУЙРАК ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИ Узакова Н.И., Сабиров.М.А.	423
Роль алиментарных факторов в распространенности аллергии в Узбекистане Улжабоев Ф., Мирзаахмедова Н.А.	424
Острая почечная недостаточность – актуальная проблема в медицине Умаров Х. Д., Расулов А. Д., Каримуллаева Б. У., Шукурова Л.Х.	425
ЭНДОМЕТРИОЗ – ПРИГОВОР? Хаимов Ё.-И. Ю., Дон А. Н.	427
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ Халилов Д. Р., Абдуллаева М.Б.	428
ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ПРОЛАКТИНОМАМИ. Халимова З.Ю., Сафарова М.С., Туракулова Ё.Х.	431
Мониторинг морфологического статуса щитовидной железы в эксперименте Хамидова К.Д., Дон А.Н.	433
ПОСТТРАВМАТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИ ДАГНОСТИКАСИНИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ Хикматова Ш.Ш., Хайдаров Н.К.	435
Лапароскопическая холецистэктомия: сравнительный анализ эффективности и безопасности. Хикматуллаев Ж.Р., Аслонов З.А.	437
ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Чориев Ж.К., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш., Хасанов Х.К.	438
ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ Чориев Ж.К., Пулатов М.М., Юнусов С.Ш., Хасанов Я.Н.	440
ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА Чориева Н., Назирова М. У.	441
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО УЗБЕКИСТАНА С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ - СПЕЦИАЛИТЕТ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» Шарифжонов А., Уролова Д.А.	443

Поднятие нижней стенки носовой полости как метод увеличения объема костной ткани Юлдашев Р.А., Хасанов Ш.М.	446
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ Юлдашева Ш.Х., Шамсиев Д.Ф.	450
БОЛЕЗНЬ ГЕНТИНГТОНА-РЕДКИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В МЕДИЦИНЕ Юнусов М.Ш., Мухаммедходжаева Р.У., Шукурова Л.Х.	453
Отдаленные результаты имплантации интраокулярных линз с желтым фильтром у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией на основании NEI-VFQ-25 Юсупов А.Ф., Каримова М.Х., Абдусаматова Р.А.	454
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ТЕЛЕГЛАУКОМЫ» В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Юсупов А.Ф., Джамалова Ш.А., Асадов Д.А.	456
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ. Якимова А.Д., Аслонов З.А.	459
<u>ФУНДАМЕНТАЛ ФАНЛАР</u>	
YURAKNING FUNKSIONAL ANATOMIYASI VA YURAK MUSKULI FIZIOLOGIYASI Umrqulova S.H., Rustamova Z.A.	460
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА Сулейманова Г.Ф., Шарипова П.А.	462
СУВНИ ОРГАНИЗМ УЧУН АХАМИЯТИ Икромов Н.Ж., Абдукадиров Х.Ж.	464
КАРИЕС КАССАЛЛИГИ ОЛДИНИ ОЛИШДА СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ Исмоилова Умида, Махмудова М.Х.	466
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Мирзарахимова К.Р., Мурадов К.	468
ПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ Одилова Ш.Ф., Хакимова З.А., Шарипова П.А.	469
ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У БОЛЬНЫХ С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Рахманкулова С., Шарипова П.А.	471

ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА АХБОРОТ ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЁШЛАРНИНГ ХУҚУҚИЙ МАДАНИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШ <i>Рахманов Т.О., Ашурова М.</i>	472
ТАЛАБАЛАР ОРАСИДА АХБОРОТ ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЁШЛАРНИНГ ХУҚУҚИЙ МАДАНИЯТИНИ ЮКСАЛТИРИШ <i>Рахманов Т.О., Ашурова М.</i>	474
NAVIGATING THE HEMATO-ENCEPHALIC BARRIER: UNDERSTANDING ITS ROLE IN INFLAMMATORY DISEASES <i>Akbarova M.</i>	475
ZAMONAVIY TIBBIYOTNING FALSAFIY MUAMMOLARI <i>Alijonova B. Umirzakova N.A.</i>	476
AHOLI HUDUDLARIDA SIFATLI ICHIMLIK SUV BILAN TA'MINLASH MUAMMOLARI. <i>Alimova A., Ravshanov S. Kamilov A.A.</i>	478
FALSAFADA TANA VA RUHNING DIALEKTIK BIRLIGI MUAMMOSI <i>Allaberdiyeva M. Umirzakova N.A.</i>	479
BIRDAMLIK TIBBIY SUG'URTA TIZIMI <i>Anorova X. B. Tangirov A.L.</i>	480
ABU ALI IBN SINONING TO'G'RI OVQATLANISH BO'YICHA 5 TA TAMOYIL MASLAHATLARI. <i>Asqaraliyev N. Allaberganov A.S.</i>	482
XALQ TABOBATI TARIXI <i>Axatova A.S, Maxmudova M.X</i>	484
BILINGUALIZM (IKKI TILLILIK) VA UNING CHET TILLARNI O'QITISHDAGI IMKONIYATLARI <i>Eshquvatova G. B.</i>	485
TIBET XALQ TABOBATINING NAZARIY VA AMALIY ASOSLARI. <i>Yuldasheva L.S.</i>	487
EVTANAZIYA NIMA? <i>Hayrullayeva M.M. Umirzakova N. A.</i>	490
QON BOSIMINI O'LCHASH USULLARI <i>M.A Olimjonova. Umrqulova S.X.</i>	492
NORMAL FIZIOLOGIK HOLATLARDI PULSOKSIMETRIYA USULI ORQALI QONDAGI KISLORODNING TO'YINGANLIGINI O'QUV JARAYONIDA TAHLIL QILISH	493

Nabijonova V. T. Umrqulova S.X.	
ABO SISTEMASIDA QON GURUHLARINI ANIQLASH. Nabiyeva M.S. Umrqulova S.X.	495
QON VA LIMFA TIZIMLARI. ASOSIY VAZIFALARI Nabiyeva Z. B. G'ayratova I. D.	496
IBN SINO ASARLARIDA GIGIENAGA OID TADBIRLAR Nasriddinova R. T. Yuldasheva L.S.	498
UNRAVELING HOMEOSTATIC IMBALANCE: UNDERSTANDING ITS ROLE IN DISEASE DEVELOPMENT Nortoshov Sh.U. Turdaliyev K.M.	450
GUT MICROBIOTA METABOLITES ENHANCE COGNITIVE FUNCTION THROUGH INCREASED BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF) PRODUCTION Nugmanova U.T. Talipov R.R. Po'latov A.A.	501
FALSAFA VA TIBBIYOTNING BOG'LIQLIGI Ramazanov S. R. Umirzakova N.A.	503
O'SMIR VA BOLALARNING EKRANGA ASOSLANGAN HARAKATSIZ XATTI-HARAKATLARI BILAN BOG'LIQ SOG'LIQ KO'RSATKICHLARI. Ruziyeva S.Y.	504
ИНСОН ҚАДРИНИ ЮКСАЛТИРИШДА ҚОНУН УСТУВОРЛИГИ ВА КОНСТИТУЦИЯВИЙ ҚОНУНИЙЛИКНИ ТАЪМИНЛАШ . Sattorova D.G.	506
ОЛИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА “ТАРАҚҚИЁТ СТРАТЕГИЯСИ „ ҲОЯЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ Sattorova D.G.	509
FALSAFA VA TIBBIYOTNING UZVIY ALOQADORLIGI Sunnatov S. G'. Umirzakova N.A.	512
OSHOZON RAKINING PATOMORFOLGIYASI VA DIAGNOSTIKASI Nurov A. R. To'liqjonova M. H.	514
ISH JOYLARIDA MAVJUD BO'LGAN NOMUVOFIQ BIOLOGIK OMILLAR. Toirov A. Ibroximov M. To'raxonova F.M.	519

TANA VA RUH YAHLITLIGI FALSAFIY MASALA SIFATIDA Tursunova R. E. Umirzakova N.A.	520
SUT BEZI SARATONI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TIKLANISH USULI VA VAQTINI TANLASH MEZONLARI Xasanova N. L. Gadayev A. M.	522
TIB QONUNLARIDA PARHEZNING AHAMIYATI Xusanova M. Allaberganov A.S.	525
COVID-19 DAN TUZALGANDAN KEYIN TANA VAZNINING O'ZGARISHI Zoxidova M.A. – Saydalixodjayeva S.Z.	528
XALQ TABOBATI VA FALSAFA Zoxidova M. Yuldasheva L. S.	530
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ В УЗБЕКИСТАНЕ. Абдураходов А. Мухамедов А.Р.	532
ХОЛОРЕДУКЦИОНИЗМ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В МЕДИЦИНЕ И БИОЛОГИИ Абдураходов А.А. Мухамедова З.М.	534
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ТИОКАРБАМАТОВ И ТИОМОЧЕВИНЫ Адувакилов А.Ж. Балтабаев У.А.	535
ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РЕЛИГИИ ИСЛАМ Агзамова Я. А. Умирзакова Н.А.	537
АТЕРОСКЛЕРОЗ: ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ Азамова З.У. Дон А.Н.	538
НЕФРОТИК СИНДРОМ БИЛАН КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЛАРДА ОФИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР. Аллабердиев Б.Т. Махкамова С.	540
ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОБЛЕМ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ Артикова Ж.О. Умирзакова Н. А.	542

РАЗВИТИЕ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДТУРИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. Вахабова С.Д. Камилова Д.Н.	543
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ОРОФАРЕНГИАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ. Вахабова С.Д. Шагулямова К. Л.	545
ИМИДЖ ВРАЧА Д.Камилова, Рахматуллаева Дилноза	546
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ Жабборов А.У. Рустамова Х.Е.	551
СИНТЕЗ ЦЕЛОСТНОГО И АНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЛЕЧЕНИЮ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ХОЛОРЕДУКЦИОНИЗМА В ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. Жумаева Л.Х. Мухамедова З.М.	552
ЗА ВОСПРЕпятСТВОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ –АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Жуманазарова.Д.К. Шаниязов Ш.С.	553
ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА. Зухуржанова З.А. Рустамова Х.Е.	555
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ Ибрагимов Р. Т. С.Ю.Курбанова	556
ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ Игамбердиева С.О, Масхутходжаева Э.Д.	558
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ХОЛИЗМА И РЕДУКЦИОНИЗМА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК Инагамова С. Д. Мухамедова З.М.	559
БИОЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ Инагамова С. Д. Умирзакова Н. А.	561
ВЕЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЛОСОФИИ Исакова Ш. Умирзакова Н.А.	563
РЕВОЛЮЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ Исматуллаева О. Ашуров Т.	564

КАК ЗАГРЯЗНЕНИЕ ВОЗДУХА ВЛИЯЕТ НА ЛЮДЕЙ Касымов Салохиддин Латифович, Абдукадиров Х.Ж	566
СПИД, НАРКОМАНИЯ: БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ Умирзакова Н.А., Кобилова Д.	568
ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ИСКРИВЛЕННОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ НОСА Кодирова Д. Шагулямова К.Л.	569
ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАЛИЧИЯ СТОМАТИТОВ В ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ Комолхужаев А.А., Шагулямова К. Л.	572
PECULIARITIES OF THE STATE OF THE ORAL MUCOUS MEMBRANE AND FACTORS INFLUENCING ITS CHANGE Малюдова Х. С . Жамалова Ф. А.	573
САГИТТАЛЬНАЯ РАСЩЕПЛЕННАЯ ОСТЕОТОМИЯ Матъякинова Е.И Ашуров Т.А Рахмонов О.Р	576
АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ ЗУБОВ Махмудов М.Б., Шофайзиева Л.А.	577
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИИ Мусаева Х.	579
ПАТОГЕНЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Набиева Д.Д. Шарипова П.А.	580
ВАЖНОСТЬ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ Науменко С.И., Каримов В.В.	582
ЗНАЧЕНИЕ РАЗМИНОЧНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ Науменко С.И Каримов В.В	584
МИКРОБНЫЙ ПЕЙСАЖ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ Равшанов С, Кенжабоев М, Курбанова С.Ю.	586
ИНСОН САЛОМАТЛИГИ ВА УНДА ТИББИЙ КУРИКНИНГ АХАМИЯТИ Камилова Д., Рахматуллаева Д	587

ЎРТА ЁШЛИ ИНСОНЛАРДА УЧРОВЧИ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА ОГИЗ БУШЛИГИДАГИ УЗГАРИШЛАР. Рахмонова Ш, Ўрмонов О	591
АБУ АЛИ ИБН СИНО ТОМИР УРИШИ ХАКИДА Хужаева Н.А., Рустамов Ф.Б.	593
ИБН СИНО ЎЗ ДАВРИНИНГ ИННАВАЦИОН ҲОЯЛАР АЛЛОМАСИ Муродуллаева С.М., Юлдашева Л.С.	594
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Саидкулова С., Ашуров Т.А., Рахмонов О.Р.	596
ПРОБЛЕМА АБОРТА В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ Сайдаминова Г.Ф., Умирзакова Н.А.	596
ПРИНЦИПЫ ЭТИКИ В ПРОЕКТЕ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОГО КОДЕКСА УЗБЕКИСТАНА Салохиддинова Р.К., Мухамедова З.М.	598
ПРОТИВОПАРКИНСОНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА Салохиддинова Р.К., Юсупова З.Х.	600
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТИРОКСИНА НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ И ПРИЧИНА БОЛЕЗНЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ЕЕ НАРУШЕНИЯМИ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА Салохиддинова Р.К., Нишанова А.А.	602
TIVVIYOT VA SALOMATLIK DIALEKTIKASI To'raboev B., Yuldasheva L.S.	604
ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОК Тожидинова М., Машарипова Р.Ю.	605
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ Уктамова С., Нурмаматова К.Ч.	607
СТРАХОВАНИЕ МЕДРАБОТНИКОВ Хайруллаева Г, Шаниязов Ш.С.	612
ЎЗБЕКИСТОН ССРНИНГ ТАШКИЛ ТОПИШИ Худойбергенова Ф.Т.	613
ТУРКИСТОНДА ЖАДИДЛАР ХАРАКАТИНИНГ ВУЖУДГА КЕЛИШИ Худойбергенова Ф.Т.	616
ПРИЧИНЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ» СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ Шавкатова Я. З., Гайбуллаева Я. А., Тангиров А.Л.	618

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ РАДИОЧАСТОТНЫМ МЕТОДОМ У ПОДРОСТКОВ Шодиева М.А., Ашуров Т.А., Рахмонов О.Р.	622
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ДЕСЕН У ЖЕНЩИН: КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Шодиева М.С., Абдинова А.А., Реймназарова Г.Д.	623
ХРОНИЧЕСКАЯ СОСУДИСТО-МОЗГОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ ACE I/D, NOS3 4A/4B И NOS3 C/T 786 Кушаева Д.С., Нугманова У.Т., Шокиржонов М. М.	624
QUORUM SENSING – “ОБЩЕНИЕ” БАКТЕРИЙ Шоҳайдарова Д.Б., Аҳранова С.Т.	625
STREPTOCOCCUS MUTANS: МИКРОБНЫЙ МАСТЕР КАРИЕСА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ. Якимова А, Хикматуллаев Ж, Сулайманова Г.Т.	626
СТРАТЕГИИ СОЦИАЛИЗАЦИИ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ УЗБЕКИСТАНА Турсунмурадов Ж.Р., Мухамедова З.М.	632
<u>ИЖТИМОЙ ГУМАНИТАР ФАНЛАР, ПЕДАГОГИКА, ПСИХОЛОГИЯ ВА ТИЛЛАР ЙЎНАЛИШИ</u>	
TIBBIYOT OLIYGOHI TALABALARI UCHUN LOTIN TILI VA TIBBIY TERMINOLOGIYA FANINI O'RGANISHINING ANAMIYATI Duldulova N.A., Axmadov Sh.B.	634
TIBBIYOT OLIYGOHLARIDA INGLIZ TILINI O'QITISHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI Eshquvatova G.B.	635
XORIJIY TILLARNI O'QITISHDA YANGI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANISHNI TAKOMILLASHTIRISH Eshquvatova G.B., Ergasheva Z.M.	637
XORIJIY TILLARNI O'QITISH JARAYONIDA O'QITUVCHI VA TALABANING O'RNI Eshquvatova G.B., Yaxshilikov A.A.	639
CLASSROOM ROLES OF TEACHER AND LEARNING HYPOTHESIS Hojiyeva M.U.	640
COMMON DENTAL PROBLEMS Hojiyeva M.U., Axmadov Sh.B.	645
EXPLORING THE EVOLUTION OF DENTISTRY: INNOVATIONS, CHALLENGES, AND FUTURE Ismatova M.I., Akbarov I.I.	650

EXPLORING THE DENTAL ANATOMY: A COMPREHENSIVE GUIDE Ismatova M.I., G'ayratova I.D.	653
TO LOVE HOMELAND Israilova M.N., Abidova M.I., Kamilova N.	655
EFFECTIVE USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES Israilova M. N., Abidova M.I., Tursunov B	657
TIBBIYOT OLIYGOHLARI TALABALARIGA LOTIN TILI VA TIBBIY TERMINOLOGIYA FANI O'QITILISHINING DOLZARB MUAMMOLARI Sayfullayeva L.S.	658
OLIY O'QUV YURTLARIDA TALABALARNING MADANIY-AXLOQIY TARBIYASI Yuldosheva D., Alimova K.D.	660
EVOLUTSIYA VA PSIXOLOGIYADA NOTABIY TANLANISH: GENLARNI SUN'IY O'ZGARTIRISH NIMALARGA OLIB KELISHI MUMKIN? Yusufboyev J., Rustamova N.R.	663
СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ТЮРКСКИМИ И СЛАВЯНСКИМИ ЯЗЫКАМИ Абдуллаева Б., Акрамова Л.Ю.	665
ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧА СО СЛЕПЫМИ ПАЦИЕНТАМИ Кахраманова Д., Раупова Ш.А.	667
НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ВЛИЯНИЕ ИНСУЛЬТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА Махмуджонова М.М., Раупова Ш.А.	671
РОЛЬ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА. Машарипова Ф.Ф., Халмуратова М.Т.	675
ШИФОКОРНИНГ АХЛОҚИЙ ФАЗИЛАТЛАРИ Маъмурова М., Усмонов К.	677
ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА ВЫБОР ПРОФЕССИИ Рахматова М., Рустомова Н.Р.	681
ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА Салохиддинова Р.К., Шамшимедов М.Б., Турахонова Ф.М.	682
ВЛИЯНИЕ ИНСУЛЬТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Сулейманова Г.Ф., Раупова Ш.А.	684
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОВЛАДЕНИЯ РУССКИМ ЯЗЫКОМ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ Хасанова Н.Л., Халмуратова М.Т.	688
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ	689

Хушвактов О., Акрамова Л.Ю.	
ШИФОКОРНИНГ БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТ САНЪАТИ Юнусова Ш., Усмонов К.	691

