

№ 2(2)
2024

ISSN 0869-2106 (Print)
ISSN 2412-9100 (Online)

TIBBIYOT HODIMLARINING KASBIY
MALAKASINI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI



TIBBIYOT TA'LIM

VA INNOVATSION
TADQIQOTLAR

*МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



**TAHRIRIYAT KENGASH RAYISI,
BOSH MUHARRIR**

X.A. Akilov

Tahririyat a'zolari:

Agayev R.
Akbarov M.M.
Akilov X.A. (bosh muxarrir)
Akilov F.A.
Alimov A.V.
Alyavi A.L.
Aripova T.U.
Asadov D.A.
Axmedova I.M.
Bagnenko S.F.
Baymaxanov B.B.
Baxramov S.M.
Bletner Mariya
Vidjay Kumar
Gaybullayev A.A.
Gafurov V.G.
Gaffarov S.A.
Daminov V.T.
Dexkanov K.A.
Domingos M.
Zaretdinov D.A.
Ibragimov A.Yu.
Ikramov A.I.
Iskandarova G.T.
Ismailov S.I.
Kalachi A.
Kamilov X.M.
Kariyev G.M.
Karimovva E.D.
Kariyev S.S.
Kasimova M.S.
Kurbanali G.M.
Kurbanov R.D.
Magrupov B.A.
Madazimov M.M.
Mashetova L.K.
Mirdjurayev E.M.
Musabayev E.I.
Nazirov F.G.
Nasirova U.F.
Razumovskiy A.Yu.
Raximov A.U. (Ma'sul muxarrir)
Revishvili A.Sh.
Rizayev D.A.
Rizayev K.S.
Rommel A.
Roshal L.M.- Moskva
Sabirov D.M.
Saidazizova Sh.X.
Sichev D.A.
Teshayev Sh.
Tulabayeva G.M.
Ubaydullayev A.M.
Fazilov A.A.
Xadjibayev A.M.
Xalimova Z.Yu.
Xamrabayeva F.I. (Bosh muxarrir urinbosari)
Xudayarov A.A.
Shamansurov Sh.Sh.
Yusupaliyev B.K.

**TIBBIYOT, TA'LIM VA
INNOVATSION TADQIQOTLAR**

**МЕДИЦИНА И ОБРАЗОВАНИЕ И
ИННОВАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**MEDICINE, EDUCATION AND INNOVATIVE
RESEARCH**

Ilmiy-amaliy referativ jurnali tahririyati

***Редакция научно-практического реферативного
журнала***

Editorial of the scientific practical abstract journal

**Ta'sischi: O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini
rivojlantirish Markazi**

**Toshkent tibbiyot akademiyasi tahririyati bosh ilmiy-
consultanti hisoblanadi
O'zbekiston Respublikasi**

**Prezidentining huzuridagi Axborot va ijtimoiy
aloqalar agentligi tomonidan 2024 yil 15 iyulda №
320553 ruxsatnoma berilgan.**

TAHRIRIYAT KENGASHI:

Akilov X.A. (bosh muxarrir), (Tashkent)
Alimov A.V. (Tashkent)
Asadov D.A. (Tashkent)
Baxramov S.M. (Tashkent)
Daminov B.T. (Tashkent)
Dexkonov K.A. (Tashkent)
Ikramov A.I. (Tashkent)
Ismailov S.I. (Tashkent)
Kamilov X.M. (Tashkent)
Mavlyanov Z.I. (Ma'sul kotib), (Tashkent)
Musabayev E.I. (Tashkent)
Nazirov F.G. (Tashkent)
Razumovskiy A.Yu. (Moskva)
Raximov A.U. (Ma'sul muxarrir), (Tashkent)
Rizayev D.A. (Samarkand)
Rizayev K.S. (Tashkent)
Sabirov D.M. (Tashkent)
Ubaydullayev A.M. (Tashkent)
Xadjibayev A.M. (Tashkent)
Xudayarov A.A. (Tashkent)
Xamrabayeva F.I. (Bosh muxarrir urinbosari), (Tashkent)

**TOBACCO HARM REDUCTION AND BETTER TREATMENT COULD
SAVE NEARLY 880,000 LIVES UP TO 2060 IN MALAYSIA AND
UZBEKISTAN: A REPORT ON STUDY**

D. Yach¹, R. Polosa², D.A. Asadov³, S.E. Wan Puteh⁴

¹Consultant and Advisory board member of the World Economic Forum, Clinton Global Initiative, and Wellcome Trust, USA, South Africa

²University of Catania, AOUP “G. Rodolico - San Marco” - via S. Sofia, Italy
Email: polosa@unict.it

³Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers under Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: damin_asadov@mail.ru

⁴Department of Community Health, University Kebangsaan, Malaysia,
E-mail: sh_ezat@ppukm.ukm.edu.my

Resume. *This article describes the study that focuses on two countries – Malaysia and Uzbekistan. WHO projects that smoking prevalence in Malaysia will increase, from 29.7% in 2020 to 30% in 2025 and for Uzbekistan, a small decrease from 14.6% in 2020 to 10.2% in 2025. Experts calculated the combined impact of embracing THR, better cessation services, and improved lung cancer treatment in the two countries on long term trends in health. The analysis shows that over 880,000 lives could be saved by 2060 through these interventions, compared to continuing with traditional tobacco control alone.*

Keywords: *tobacco control, public health.*

**МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И
БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОГУТ СОХРАНИТЬ ДО 880
ТЫС. ЖИЗНЕЙ К 2060 Г. В МАЛАЙЗИИ И УЗБЕКИСТАНЕ: ОТЧЁТ ОБ
ИССЛЕДОВАНИИ**

Д. Ях¹, Р. Полоса², Д.А. Асадов³, Ш.Э. Ван Путэх⁴

¹Консультант и член Консультативного совета Всемирного Экономического Форума, Clinton Global Initiative и Вэлком Траст, США, ЮАР

²Университет Катанья, AOUP “G. Rodolico - San Marco” - via S. Sofia, Италия,
Тел.: 095378.1566/1583, Email: polosa@unict.it

³Центр развития профессиональной квалификации медицинской работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Узбекистан, Тел.: 998(71) 268-16-26, E-mail: damin_asadov@mail.ru

⁴Департамент общественного здравоохранения, Университет Кебанксаан, Малайзия, E-mail: sh_ezat@ppukm.ukm.edu.my

Резюме. В статье описывается исследование, посвящённое оценке ситуации в двух странах – Малайзии и Узбекистане. По прогнозам ВОЗ, распространённость курения в Малайзии увеличится с 29,7% в 2020 году до 30% в 2025 году, а в Узбекистане - незначительно снизится с 14,6% в 2020 году до 10,2% в 2025 году. Эксперты оценили совокупный эффект от внедрения программ улучшения услуг по прекращению курения и улучшения лечения рака легких в двух странах, на долгосрочные тенденции в здоровье населения. Анализ показывает, что к 2060 году, с помощью этих мер можно было бы спасти более 880 тыс. жизней, по сравнению с использованием только традиционных подходов к борьбе против табака.

Ключевые слова: борьба с табакокурением, общественное здоровье.

**TAMAKI ISTE'MOLIDAN ZARARNI KAMAYTIRISH VA
SAMARALIROQ DAVOLASH CHORALARI 2060 YILGA QADAR
MALAYSIYA VA O'ZBEKISTONDA 880 MINGGACHA HAYOTNI
SAQLAB QOLISHI MUMKIN: TADQIQOT HISOBOTI**

D. Yach¹, R. Polosa², D.A. Asadov³, S.E. Wan Puteh⁴

¹Maslahatchi va Xalqaro Istisodiy Forum qoshidagi maslaxat kengashining azosi, Clinton Global Initiative, va Wellcome Trust hodimi, AQSh, Janubiy Afrika

²Katania Universiteti, AOUP "G. Rodolico - San Marco" - via S. Sofia, Italiya, Tel.: 095378.1566/1583, Email: polosa@unict.it

³O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi xuzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent sh., O'zbekiston, Tel.: 998(71)268-16-26, E-mail: damin_asadov@mail.ru

⁴Jamoat salomatligi kafedrasi, Kebangsaan Universiteti, Malaysiya, E-mail: sh_ezat@ppukm.ukm.edu.my

Rezyume. Maqolada ikki mamlakat – Malayziya va O'zbekistondagi vaziyatni baholashga bag'ishlangan tadqiqot tasvirlangan. JSST prognozlariga ko'ra, Malayziyada chekishning tarqalishi 2020 yildagi 29,7 foizdan 2025 yilda 30 foizga, O'zbekistonda esa 2020 yildagi 14,6 foizdan 2025 yilda 10,2 foizga kamayadi. Mutaxassislar ikki mamlakatda chekishni tashlash xizmatlarini yaxshilash va o'pka saratonini davolashni yaxshilash dasturlarini amalga oshirishning uzoq muddatli aholi salomatligi tendentsiyalariga ta'sirini baholadilar. Tahlil shuni ko'rsatadiki, 2060 yilga kelib ushbu choralar yordamida 880 mingdan ortiq odamni qutqarish mumkin edi. hayot, faqat tamaki nazoratining an'anaviy yondashuvlaridan foydalanish bilan solishtirganda.

Kalit so'zlar: tamaki chekishga qarshi kurash, jamoat salomatligi.

Authors who contributed this work: Delon Human, Karl Fagerström, Alisher Sharipov, Marewa Glover, Solomon Rataemane, Mihaela Răescu, Heino Stöver, Abbas Raza, Gintautas-Yuozas Kentra, Diego Verrastro, Anoop Misra, John Oyston, Andrzej Sobczak

Introduction

Current approaches to tobacco control have stalled. The World Health Organization (WHO) projects that 1.27 billion people globally will smoke by 2025 [1], and that tobacco use will kill 8.7 million annually [2]. Deaths are projected by WHO to increase to 10 million in five years before declining to about 6.5 million by 2060 [3].

This report focuses on two countries Malaysia and Uzbekistan, which are largely Muslim societies with cultural similarities and comparable lifestyle behaviors, but with widespread variations in resources and levels of economic development. These factors have an impact on the use, trends, and types of tobacco products used in the region. Based on the WHO report on the global tobacco epidemic, 2023, in 2021 Uzbekistan had an adult daily smoking prevalence of 8% and Malaysia 17%. These figures obscure large differences in tobacco use by sex. As seen in Table One, while Malaysia has a male smoking prevalence of 40.5%, the female smoking prevalence is only 1.2%. In Uzbekistan, 18.8% of males and 0.5% of females smoke.

This report aims to provide an alternative vision of what is possible. We consider the benefits of interventions based on tobacco harm reduction (THR) products, which include nicotine without the deadly exposures that cause the harms. As stated in a recent article by 15 past presidents of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), *“Nicotine is the chemical in tobacco that fosters addiction. However, toxic constituents other than nicotine, predominantly in smoked tobacco, produce the disease resulting from chronic tobacco use.”* [4]. These products include vapes, oral nicotine pouches and heated tobacco products available in all these countries. They are gaining traction with consumers but are not yet embraced by physicians and governments as key to cutting premature deaths. We also consider the benefits of better treatment for lung cancer, knowing it accounts worldwide for 2.5 million cases and 1.8 million deaths a year [5].

The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) is the first international treaty negotiated under the auspices of WHO. FCTC has led international control efforts for over two decades. Decisions taken at its governing body’s 2024 gathering (known as COP10) focused on a variety of worthy issues, including environmental effects of tobacco cultivation and cigarette filters, and guidelines for tobacco advertising and media promotion [6]. However, COP10 did not discuss tobacco harm reduction (THR). Nor did it address the role of innovation and technology improvements that could reduce tobacco harms, and the need to adapt policies as these become available [7]. This omission from WHO’s first treaty, not to elaborate on THR methods, has had two unfortunate implications. First, it perpetuates a view among public health experts that innovation and new technology is irrelevant to ending smoking. Second, it implies that equity in access to effective, life-saving technologies is not relevant in tobacco control. That partly explains why access to nicotine replacement therapies (NRT) remain paltry across LMICs [8].

Expert have seen remarkable progress across the fields of biotechnology, pharmaceutical innovation and diagnostics led by private companies and supported in part by leading health research funders like the U.S. National Institutes of Health (NIH). The result is that a range of THR products have met the United States Food

and Drug Administration (USFDA) criteria of being “*appropriate for the protection of public health*” [9]. They include four major categories: heated tobacco products, e-cigarettes, snus, and oral nicotine pouches. All of them use nicotine, and none involve combustion.

All substantially reduce exposure to the toxic substances in combustible cigarettes [10, 11]. One new addition, a charcoal-free shisha, represents a unique potential contribution for tobacco harm reduction in those countries where it is available, notably in the Middle East [12, 13].

Benefits of Tobacco Harm Reduction (THR)

In recent months, leading medical journals have published views that support the value of smoking cessation and tobacco harm reduction. Cho and colleagues, writing in NEJM Evidence [14], draw on four national cohorts involving 1.48 million people followed for 15 years to produce updated data on the benefits of adult cessation by age. They state that “*Cessation at every age was associated with longer survival, particularly cessation before 40 years of age.*” Cho et al. shows no differences in survival between men and women who never and formerly smoked before age 40, compared to a decade difference among those who quit between 50-59. Note that in the older age group, former smokers still show a decade advantage in survival compared to current smokers. No other public health interventions can achieve this for people at age 50. Pair this with a Korean study from JAMA Network Open, focused on cancer risk following cessation. Almost three million people were followed for over 15 years. Regardless of quitting age, a significant reduction in cancer risk was observed [15].

The Lancet [16] and the New England Journal of Medicine [17] each recently carried articles calling for a greater focus on the value of THR for cessation. Beaglehole and Bonita (both previous directors of chronic diseases at WHO), writing in The Lancet, make the case for WHO to adopt THR to save lives. As they note, “*The FCTC does not prohibit harm reduction approaches but leaves it up to countries to decide how to regulate e-cigarettes and other novel nicotine products.*” Further, “*WHO’s lack of endorsement of tobacco harm reduction limits healthier choices for the 1.3 billion people globally who smoke and who are at an increased risk of early death.*” Nancy Rigotti of Harvard Medical School, writing in the NEJM, suggests that we have reached a “*tipping point*” in the quality of trial evidence, that requires physicians to “*acknowledge this progress and add e-cigarettes to the smoking cessation toolkit*” What she says about e-cigarettes also in our view, applies to all categories of THR.

Multiple studies, and Cochrane systematic reviews [18], conclude that e-cigarettes (vapes) are almost twice as effective as achieving cessation than NRTs. In short, current evidence suggests that e-cigarettes are the most widely available effective means for smokers to quit. Cho et al.’s comments in the NEJM about the benefits of smoking cessation at every age do not differentiate between cessation methods; they apply to quitting with THR products or with NRTs. More studies are needed to thoroughly assess the effectiveness of snus, oral nicotine pouches, and heated tobacco products as cessation interventions. However, the United States’ FDA has granted “*modified risk tobacco product*” status to some oral and heated tobacco

products based on submitted scientific evidence [19]. Real-world evidence also exists, including meaningful reductions in cigarette smoking in countries such as Sweden and Japan due to switching to THR products [20].

Because these are newer technologies (except for snus), we do not have studies on long- term effects of switching to THR products. In the meantime, we can look to the plethora of impressive studies using biomarkers of outcomes that have high predictive value for cancers, respiratory and heart disease [21-23]. These studies are used by companies in their FDA applications in the United States and deserve to be cited and used more extensively by the public health community when motivating policy makers.

Across diverse disciplines, there is a long history of using rigorous methods to provide data on alternative futures [24]. Such “*foresight studies*” provide policy makers and the public a compelling vision of a future that is better than the status quo and is possible through the application of knowledge and interventions available today. We apply such an approach to show that it is possible to influence the course of the tobacco epidemic.

Materials and Methods

1. Analysis of key indicators in Malaysia and Uzbekistan

GDP per capita across these countries ranges from a low of \$ 2,496.1 in Uzbekistan, to \$ 11,648.7 in Malaysia. Life expectancy exceeds 75.7 in Malaysia and 75.1 in Uzbekistan. The background characteristics of two countries is provided in Table 1.

Table 1

Demographic and development data for Malaysia and Uzbekistan.

	Malaysia	Uzbekistan
GDP per capita in thousands USD	11.6	2.5
Education (years)	10.7	11.9
Populations in millions	31.8	34.2
2021 Life Expectancy (Males/Females)		
Males	70.4	69.9
Females	75.7	75.1

Data source: IMHE country profiles. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles> and World Bank for GDP - <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> and UNDP - <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/>

A tobacco uses features as one of the top five risks across the two countries and remains in the top ten as number 8 in Uzbekistan. Diet-related and clinical factors related to chronic disease feature strongly as major risks driving the burden of disease, with high blood pressure as the top risk across the board. Five risks underpinning death, disease, and disability in Malaysia and Uzbekistan is provided in Table 2.

Table 2

Top five risks underpinning death, disease, and disability in Malaysia and Uzbekistan.

Rank (2021)	Malaysia	Uzbekistan
1	High BP	High BP
2	High fasting plasma glucose	Diet
3	TOBACCO	Malnutrition
4	Diet	Air Pollution
5	High BMI	High BMI

Data source: IMHE country profiles. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles>. BP = Blood Pressure, BMI = Body Mass Index

Note, that there are very large differences between male and female smoking rates. The opportunity to ensure that women maintain such low rates demands greater support to efforts to promote their behavior as the desired social and health goals. Industry should be required to show that they are not marketing any tobacco or related products to women in much the same way they are required to do this for youth. The male smoking rates, especially those present in Malaysia are among the highest in the world and reflect smoking rates last seen in the UK well over 40 years ago. Smoking rates, numbers of smokers in two countries are provided in Table 3.

Table 3

Smoking rates and numbers of smokers in Malaysia and Uzbekistan.

Rank (2021)	Malaysia	Uzbekistan
Smoking prevalence (%)		
Males	40.5	18.8
Females	1.2	0.5
WHO estimated 2025 prevalence	20.0	10.2
WHO Survey Year	2019 15-75 yrs.	2019 18-69 yrs.

Data source: Smoking Prevalence and WHO survey year: WHO report on the global tobacco epidemic 2023 country profiles. WHO estimates 2025 prevalence: WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>)

Smoking was a major cause of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), ischaemic heart disease (IHD), stroke, tuberculosis, and lung cancer deaths. A Table 4 shows the importance of other important risks: the impact of COVID 19, alcohol, diet and obesity-related, as well as road injuries. The overall burden of diseases strains the ability of health systems.

Table 4

Top ten causes of death in 2021 in Malaysia and Uzbekistan (those strongly related to tobacco are highlighted).

Rank (2021)	Malaysia	Uzbekistan
1	IHD	IHD
2	Covid-19	Stroke
3	Stroke	Covid-19
4	Lower RI	Cirrhosis
5	Road Injuries	Lower RI
6	CKD	Diabetes

7	COPD	Neonatal Diseases
8	Diabetes	Hyper HD
9	Lung Cancer	Road Injuries
10	Cirrhosis	CKD

Data source: IMHE country profiles. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles>. IHD = Ischaemic Heart Disease, RI = Respiratory Infection, CKD = Chronic Kidney Disease, COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Malaysia

Cardiovascular disease (CVD), reflected by ischemic heart disease (IHD) in Table 4, is the number one cause of death in Malaysia. IHD is caused by several factors. These include high blood pressure, diabetes and unhealthy diets, a lack of physical activity, and genetics. An important article, A Review of Smoking Research in Malaysia [25] provides a summary of recent smoking research in this country from 1996-2015. It shows significant gaps in research. For example, most studies are small, cross-sectional, and related to youth uptake and determinants. There is a lack of clinical studies and smoking cessation interventions. The role of pharmacotherapy and of tobacco harm reduction have not adequately been studied. It addresses gaps in research capacity. Smokeless tobacco use increased to 21% among men by 2015, up from 1% in 2011. There are not many studies on shisha and chewable tobacco, which is a growing category in this country. *“There is a need for conclusive research into the use of e-cigarettes and vaping and its role in helping smokers quit”*.

Uzbekistan

Cardiovascular disease (CVD), reflected by ischemic heart disease in Table 4, is the number one cause of death in Uzbekistan. Usmonova et al report in Patterns of adult tobacco use in Uzbekistan | European Journal of Public Health | Oxford Academic (oup.com) [26] that the smoking rate in Uzbekistan remains low relative to neighbouring countries, perhaps due to widespread use of cheaper nasway. The smoking rates in men (about 22-24%) and women (2%) are similar for Uzbekistan and Turkmenistan despite popular comments that Turkmenistan’s smoking prevalence is below 5% overall. This diversity of tobacco use is SIGNIFICANT, especially with the high prevalence of very toxic smokeless tobacco. *“These findings establish a baseline for future surveys and highlight the importance of smokeless tobacco in assessing overall consumption”*. In addition, although snus is banned (but still used), the sale of oral nicotine pouches is allowed and regulated. These products could displace oral cancer-causing naswar and nass [27]. The Global Action to End Smoking Report | FSU Project Overview | Global Action to End Smoking [28] notes that *“changes in smoking habits between 2008 and 2018 were not caused by the appearance on the market of new tobacco- or nicotine-containing products, but by policy changes that increased excise duties on some tobacco products at a rate higher than inflation”*. Lastly, the potential role of religion in THR is discussed later in this report.

Notably, COPD and Lung Cancer made the top ten causes of death in Malaysia and Uzbekistan

- 39 percent of COPD deaths in Malaysia are attributable to smoking (IHME) [29].

- 54 percent of lung cancer in Malaysia and 47% in Uzbekistan are attributable to smoking (IHME).

2. Aim of the study

This study aims to provide national policymakers and public health experts with estimates of the value of THR, better cessation programmes, and improved access to lung cancer diagnostics and treatment in terms of measured as “*lives saved*” over the next three to four decades.

3. Approach

Experts compared WHO projections of future tobacco-related deaths by 2060. These are based on continued and more effective implementation of the key components of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), simplified into six policy measures labelled collectively as MPOWER. Disappointingly, THR was omitted from the MPOWER approach [30]. The WHO projections also leave out potential improvements in the effectiveness of cessation services, as well as access to rapidly improving diagnostics and treatments for lung cancer. They focused on lung cancer for two reasons. It accounts for 2.5 million of the 8.5 million tobacco deaths, and better diagnostics and treatment suggest that within a decade, lung cancer will no longer have a five- year survival of about 10-20% but approach the survival rate of breast cancer which has reached 90% - global average of 70% (80-90% in developed countries).

Tobacco-related diseases are chronic conditions that take a few decades before the full benefits of cessation or harm reduction are visible in national data. This is a critical point to appreciate. Recent updates on the value of cessation (as described above) show that policy makers have overestimated how long it takes to achieve benefits from adult cessation: in terms of reduced overall mortality and in deaths from major tobacco related cancers.

All the expected premature tobacco deaths by 2060 will occur in current adult smokers. If no person under 18 years of age started smoking today, lives saved among youth would take until the 2060s to become visible in national mortality data. This reinforces the need to focus on the behavior of middle-aged smokers and users of toxic smokeless tobacco products, if we seek population health gains within the next several decades. Many of these smokers will be in touch with health services for early-stage COPD, heart disease and possible cancer. This creates opportunities for secondary prevention (see below).

Recent approaches to estimating “Lives to be saved”

There have been several recent efforts to model responses to the question: “*What would happen to the burden of disease if countries did embrace THR?*” These have been published by academics and industry. We refer readers to our earlier reports to obtain details:

- Lives Saved: Integrating Harm Reduction for Tobacco Control in Brazil (tobaccoharmreduction.net);
- Lives Saved: Tobacco Control & Harm Reduction in LMICs (tobaccoharmreduction.net);
- “Tobacco Harm Reduction and better treatment could save nearly two million lives in selected countries in the Middle East” (tobaccoharmreduction.net).

Why this study is important now

This study comes at a time when over a billion people smoke and THR products are used by 120- 140 million people globally. Most people who use THR products live in high income countries. In these countries we now have powerful evidence of the impact of THR use on the declining use of combustibles. This has been well described for countries such as Sweden, UK, Japan, and USA [31]. We believe that when faced with a clear choice of policies, responsible governments will act to save lives and be supported by civil society.

4. Methods

The approaches used by seasoned “modellers” were reviewed and simplified to their essential elements. Details are contained in earlier reports. The key assumptions are repeated below. The following assumptions are made in calculating lives saved. At present, NRTs are 10% effective in terms of cessation at one year. Vapes are twice as effective [32]. The spectrum of THR products reduce toxic exposures by 80% and reduce tobacco-related causes of premature death by 70%. We use these conservative values for comparability knowing the emerging evidence from exposure assessments and the use of biomarkers of outcome show far greater levels of reduced harm are likely. Lung cancer survival at five years will increase to 50% for most countries by 2050 driven by improvements in diagnosis and treatment.

WHO estimates that cessation services (a mix of medications and behavioural support will be 50% effective in achieving one-year quit rates by 2035 and be available to 50% of smokers by 2045. This effectiveness projection is not aligned with research findings, but for the purpose of this study, it has been accepted as a “best case assumption” [33]. The rate of decline in smoking will accelerate from 2035 onwards, which will lead to health impacts increasing sharply from 2045 onwards. WHO trends suggest that from 2000 to 2025 smoking rates will fall by a third in men. We believe this could accelerate to 50% from 2030 in all countries.

Estimates from above are used to model three scenarios

Scenario 1: Status quo (standard WHO-directed tobacco control). Current trends using WHO estimates. The WHO estimate of a 35% decline in global tobacco deaths from the peak of 10 million³ is used as the basis for calculating country-specific estimates.

Scenario 2: Tobacco control + implementation of THR policies and availability of THR products. Trends that include THR uptake assuming that, as a group, they will lead to a 56% decline in tobacco deaths by 2060 and will become available increasingly from 2035.

Scenario 3: Tobacco control + THR uptake + improved access to diagnostics and treatment of tobacco-related diseases. Trends that include THR and better access and use of diagnostics and treatments (focused mainly on lung cancer, which killed an estimated 1.8 million people in 2020) [34].

The differences between the WHO projections and those using THR alone, and THR with other measures were calculated assuming a linear relationship between lives saved over the decades. This suggests that it is more likely to follow an inverse S shape with deaths accelerating beyond 2040. The cumulative number of deaths is not significantly affected by using linear extrapolation.

The quality of evidence used to develop THR policy needs to be methodologically sound. Polarization within the field of tobacco and nicotine science threatens the integrity of research. Recent reviews of epidemiological and toxicological research related to THR have highlighted a range of basic concerns about methods used [35-38]. Common issues include unclear hypotheses or methods not appropriate to test stated hypotheses; unsupported claims of causality; not controlling for potential confounding variables; amounts of product exposure not standardized or specified; non-representative study participants; and not considering effects of participants' previous combustible tobacco use. Laboratory studies testing new technologies (such as vaping and heated tobacco devices) often use poorly reported or non-reproducible methods, under conditions incompatible with real-world use. Some papers have been formally retracted. Unfortunately, critiques and retractions cannot stop sloppy or slanted science from being repeatedly cited and potentially misleading policy makers, physicians and consumers.

Results

A Table 5 contains the output of the expert analysis to calculate the number of lives to be saved between 2020 and 2060 if THR and related measures are implemented. These numbers represent the additional gains, beyond those WHO estimates, that will occur because of the roll-out of MPOWER. They represent a significant number of premature deaths.

Table 5

Smoking related deaths and lives saved 2020-2060 through tobacco harm reduction, better cessation, and lung cancer treatment.

	Malaysia	Uzbekistan
2019	27.2	30
2060 WHO projected deaths per year	18	20
2060 projected deaths adding THR	11	12.4
THR+better cessation and lung cancer treatment=Max	7.6	8.4
Lives Saved		
2020-2060 total deaths - THR	280.000	304.000
2020-2060 total deaths – THR plus cessation	416.000	464.000

The Figure 1 shows the number of tobacco deaths expected to occur in 2060 using three scenarios: WHO projections using FCTC and MPOWER measures; WHO projections adding THR products; and WHO projections adding THR, smoking cessation and, lung cancer innovations.

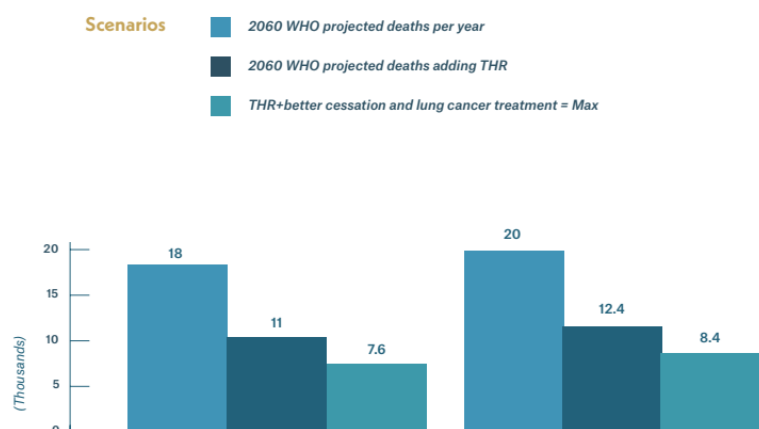


Figure 1. Projected deaths from tobacco in 2060

A total of **880,000 lives could be saved** in Malaysia and Uzbekistan if tobacco harm reduction products were made widely available, if better cessation services were developed, and if better treatment for lung cancer was introduced over the next four decades. This represents a major opportunity for these countries to improve the health of their populations.

Two scenarios are listed: the first includes accelerated access to THR products, while the second also includes better access to more effective NRTs and better access and treatment of lung cancer. These numbers are indicative of what could happen if governments, health professionals, industry and consumers aligned on policies and actions. Failure to do so will leave the WHO projection in place. It was beyond this report to calculate the impact on disease and disability or the economic benefits of THR. That requires a separate, more detailed set of analyses ideally led by countries.

Discussion

There is growing body of evidence that shows that nicotine itself could well be beneficial for a range of neurological conditions^{40,41} of which Parkinson's Disease is a notable one. Parkinson's is projected to have a major devastating impact across the Middle East over the next decades.⁴² Better treatments are therefore a high priority. Of the lives saved using a background of no action, 50% will occur due to MPOWER strategies and an additional 50% due to THR, better cessation, and management of lung cancer.

This study compliments and extends related studies of South Africa, Brazil, Kazakhstan, Bangladesh, Pakistan and the Middle East. Those five countries include a population of 674 million people, with 74.5 million adults who smoke. If they were to embrace THR, improve smoking cessation methods, and more effective treatment for lung cancer, we estimate that three million lives would be saved over the next decades. Note these are over and above lives to be saved by continuing with standard WHO-directed tobacco control.

Key actions needed include:

- Activating health professionals (especially physicians) to communicate the benefits of THR to patients exposed to tobacco smoke or using toxic smokeless tobacco products in all clinical encounters, to counter disinformation about nicotine and the value of THR, and to develop national equivalents of the Royal College of Physicians report on THR and vapes.

- Encouraging risk-proportionate regulation: Governments should continue to revise regulations to improve access to less harmful nicotine / THR products and invest in national science and research to advance THR. Cigarettes should be substantially more heavily regulated and taxed than reduced risk products. That makes it easier for consumers to switch and improve their health.
- Strengthening consumer representation and advocacy: Creating and strengthening independent, science-based consumer and other advocacy groups able to advocate for their needs, based on sound science. In Malaysia groups such as the Advanced Centre for Addiction Treatment Advocacy (ACATA), The Addiction Medicine Association Malaysia and Federation of Private Medical Practitioners' Associations Malaysia (FPMPAM) have played an important role in highlighting the potential role of harm reduction in tobacco control. Likewise, in Uzbekistan groups such as the Eurasian Harm Reduction Association have been powerful advocates for harm reduction methods to be used in drug control, HIV / AIDS. Similar initiatives are needed for tobacco harm reduction.
- Where appropriate, involving religious communities: Supporting religious leaders to guide their communities to quit smoking and support tobacco harm reduction.

Conclusions

Embracing THR, improved smoking cessation methods, and improved lung cancer treatment represents a major opportunity for Malaysia and Uzbekistan to dramatically improve the health of its populations. Activating physicians to counter disinformation about nicotine and the value of THR, to communicate the benefits of THR to patients in all clinical encounters, and to lead policy development by publishing a major report on the state of smoking and the role of THR in ending premature deaths and disease.

References:

1. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322> (date of the application: 24.10.2024).
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> (date of the application: 24.10.2024).
3. The International Commission to Reignite the Fight Against Smoking. Commission report: Reignite the fight against smoking. Available from: [Electronic resource]. – Access mode: <https://globalactiontoendsmoking.org/> (date of the application: 24.10.2024).
4. Balfour DJK, Benowitz NL, Colby SM et al. Balancing consideration of the risks and benefits of e-cigarettes. American Journal of Public Health. 2021;111:1661-1672. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306416>.

5. World Health Organization. Lung cancer: Key facts. 2023; Jun 26. [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-Cancer> (date of the application: 24.10.2024).
6. World Health Organization FCTC. COP10 adopted historic decisions to protect the environment from the harms of tobacco and to address cross-border tobacco advertising, promotion and sponsorship and the depiction of tobacco in entertainment media [News release]. 2024 Feb.10. [Electronic resource]. – Access mode: <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/> (date of the application: 24.10.2024).
7. Yach D, Glover M, Human D et al. COP10 scorecard: Measuring progress in achieving the objectives of the FCTC. 2024 Jan. Report available at Tobacco Harm [Electronic resource]. – Access mode: <https://media.thr.net/strapi/12592c1201d0aa86e70733eb62024ca0.pdf> (date of the application: 24.10.2024).
8. Patwardhan S, Rose JE. Overcoming barriers to disseminate effective smoking cessation treatments globally. *Drugs and Alcohol Today*. 2020;20(3):235-247. <https://doi.org/10.1108/DAT-01-2020-0001>.
9. US Food and Drug Administration. The relative risks of tobacco products. (Current as of 4/16/2024.) [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.fda.gov/tobacco-products/tobacco-science-research> (date of the application: 24.10.2024).
10. Hatsukami D, Carroll DM. Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. *Preventive Medicine*. 2020;140:106099. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106099>
11. O’Leary R, Polosa R. Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today*. 2020;20(3):219-234. <https://doi.org/10.1108/DAT-02-2020-0007>
12. Duncan G. Charcoal-free shisha to launch globally as demand for clean smoking products rises. *The National* [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.thenationalnews.com/world/uk-news/2023/07/21/charcoal-free-shisha-to-launch-globally-as-demand-for-clean-smoking-products-rises/> (date of the application: 24.10.2024).
13. Elsayed Y, Dalibalta S, Abu-Farha N. Chemical analysis and potential risks of hookah charcoal. *Science of the Total Environment*. 2016;262-268. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.06.108>
14. Cho ER, Brill IK, Gram IT, Brown PE, Jha P. Smoking cessation and short- and longer-term mortality. *NEJM Evidence*. 2024;3(3). DOI: 10.1056/EVIDoa2300272. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih>
15. Park E, Kang HY, Lim MK et al. Cancer risk following smoking cessation in Korea. *JAMA Network Open*. 2024;7(2):e2354958. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.54958.
16. Beaglehole R, Bonita R. Harnessing tobacco harm reduction. *The Lancet*. 2024; Feb. 1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00140-5/abstract?s=08&rtbref=rtb_mwblt9rotn88ewbj3w_1714445024147](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00140-5/abstract?s=08&rtbref=rtb_mwblt9rotn88ewbj3w_1714445024147).

17. Rigotti NA. Electronic cigarettes for smoking cessation: Have we reached a tipping point? *NEJM*. 2024;390(7) :664-665. DOI: 10.1056/NEJMe2314977. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38354147/>.
18. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024 January 08. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub8>.
19. US Food and Drug Administration. Modified risk granted orders. (Current as of 3/16/2023.) <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-granted-orders>.
20. Fagerstrom K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduction Journal* 2022;19:131. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106099>.
21. Azzopardi D, Haswell LE, Frosina J et al. Assessment of biomarkers of exposure and potential harm, and physiological and subjective health measures in exclusive users of nicotine pouches and current, former and never smokers. *Biomarkers*. 28(1):118–129. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36484137/>.
22. Yach D, Scherer G. Applications of biomarkers of exposure and biological effects in users of new generation tobacco and nicotine products: Tentative proposals. *Drug Testing and Analysis*. 2023;15(10):1127-1132. <https://doi.org/10.1002/dta.3567>.
23. Lüdicke F, Ansari SM, Lama N et al. Effects of switching to a heat-not-burn tobacco product on biologically relevant biomarkers to assess a candidate modified risk tobacco product: A randomized trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 2019;28(11): 1934-1943. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-18-0915>.
24. Miles I, Saritas O, Sokolov A. *Foresight For Science, Technology and Innovation*. Switzerland: Springer Cham, 2016. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-32574-3>.
25. Wee LH, Chan CM, Yogarabindranath SN. A Review of Smoking Research In Malaysia. *Med J Malaysia*. 2016 Jun;71(Suppl 1):29-41. PMID: 27801386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27801386/>.
26. Gulnoza Usmanova, Yehuda Neumark, Mario Baras, Martin McKee, Patterns of adult tobacco use in Uzbekistan, *European Journal of Public Health*, Volume 22, Issue 5, October 2012, Pages 704–707, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr125>.
27. Duren M, Atella L, Welding K, Kennedy RD, *Nicotine Pouches: A Summary of Regulatory Approaches across 67 Countries*, *Tobacco Control*, Volume 33, Issue 1, 2024;33:e32-e40. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/33/e1/e32>.
28. Foundation for a Smoke-Free World (2021) *Former Soviet Union Economic Report*. <https://globalactiontoendsmoking.org/research/reports/fsu-project-overview/>.
29. IHME Global Health Data Exchange. <https://ghdx.healthdata.org/> 30 World Health Organization. The MPOWER measures.
30. WHO Initiatives. MPOWER. Accessed 10 May 2024. <https://www.who.int/initiatives/mpower>.

31. Fagerstrom K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduction Journal* 2022;19:131. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106099>.
32. NIHR National Institute for Health and Care Research. E-cigarettes helped more smokers quit than nicotine replacement therapy 09.04.19. <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/e-cigarettes-helped-more-smokers-quit-than-nicotine-replacement-therapy/>.
33. Rosen LJ, Galili T, Kott J, Rees V. Beyond “safe and effective”: The urgent need for high-impact smoking cessation medications. *Preventive Medicine*. 2021;150:106567. <https://cris.tau.ac.il/en/publications/beyond-safe-and-effective-the-urgent-need-for-high-impact-smoking>.
34. Sung H, Ferlay F, Siegel RL et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.2021;71(3):209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
35. Carroll DM, Denlinger-Apte RL, Dermody SS et al. Polarization within the field of tobacco and nicotine science and its potential impact on trainees. *Nicotine and Tobacco Research*. 2021;36-39. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa148>.
36. Hajat C, Stein E, Selya A et al. Analysis of common methodological flaws in the highest cited e-cigarette epidemiology research. *Internal and Emergency Medicine*. 2022;17(3):887-909. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9018638/>.
37. Hajat C, Stein E, Ramstrom L. et al. The health impact of smokeless tobacco products: a systematic review. *Harm Reduction Journal*. 2021;18:123. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/34863207/>.
38. Polosa R, Farsalinos K. A tale of flawed e-cigarette research undetected by defective peer review process. *Internal and Emergency Medicine*. 2023;18:973-975. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11739-022-03163-x>.

МЕСТО ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

А.Н. Дудко¹, Ф.И. Хамрабаева²

¹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Тел.: + (12) 344-41-51, E-mail: contact@dnmu.ru

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Узбекистан, E-mail: info@tipme.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4872-5356>

Резюме. С целью исследования эффективности плазмозамещающего препарата Реосорбилакт (сорбитол и натрия лактат) у больных с хроническими вирусными гепатитами, было обследовано 60 больных ХВГ, из которых были составлены 2 группы: 35 пациентам был назначен плазмозамещающий препарат на фоне базисной терапии, 25 пациентов получали только базисную терапию. Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями больных проводили специальные иммунологические и биохимические тесты. Проведенные исследования показали хорошую переносимость препарата, улучшение иммунологически показателей, повышение антитоксичной и белково-синтезирующей функции печени, что обуславливало более существенное снижение выраженности синдромов эндогенного и инфекционного токсикоза.

Ключевые слова: Хронический гепатит, плазмозамещающие препараты, эндогенная интоксикация, циклические нуклеотиды, средномолекулярные пептиды.

SUMMARY PLACE OF USE OF PLASMA REPLACEMENT DRUGS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

A.N. Dudko¹, F.I. Khamrabaeva²

¹Federal State Educational Institution of Higher Education "Donetsk State Medical University named after M. Gorky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk. Phone: + (12) 344-41-51, E-mail: contact@dnmu.ru

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4872-5356>

Abstract. In order to study the effectiveness of plasma-substituting drug (sorbitol and sodium lactate) in patients with chronic viral hepatitis, 60 patients with CVH

were examined, of which 2 groups were composed: 35 patients were prescribed plasma-substituting drug against the background of basic therapy, 25 patients received only basic therapy. Along with generally accepted laboratory tests of patients, special immunological and biochemical tests were performed. Studies have shown good tolerability of the drug, improved immunological parameters, increased anti-toxic and protein-synthesizing function of the liver, which led to a more significant reduction in the severity of syndromes of endogenous and infectious toxicosis.

Key words: *Chronic hepatitis, plasma-substituting drugs, endogenous intoxication, cyclic nucleotides, medium molecular peptides.*

SURUNKALI GEPATIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA PLAZMA O'RNINI BOSUVCHI DORILARNI QO'LLASH JOYI

A.N. Dudko¹, F.I. Xamrabaeva²

¹Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "M. Gorkiy nomidagi Donetsk davlat tibbiyot universiteti" Oliy ta'lim federal davlat ta'lim muassasasi, Donetsk,
Tel.: + (12) 344-41-51, Email: contact@dnmu.ru

²O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston,
Toshkent sh., O'zbekiston, E-mail: info@tipme.uz,
<https://orcid.org/0000-0002-4872-5356>

Xulosa. *Surunkali virusli gepatit bilan og'rigan bemorlarda plazma o'rnini bosuvchi dori (sorbitol va natriy laktat) samaradorligini o'rganish uchun CVH bilan og'rigan 60 bemor tekshirildi, ulardan 2 guruh: 35 bemorga plazma o'rnini bosuvchi dori buyurildi. asosiy terapiya fonida 25 bemor faqat asosiy terapiya oldi. Bemorlarning an'anaviy laboratoriya tadqiqotlari bilan bir qatorda maxsus immunologik va biokimyoviy testlar o'tkazildi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, preparatning yaxshi bardoshliligi, immunologik ko'rsatkichlar yaxshilangan, jigarning antitoksik va oqsil sintezlovchi funktsiyalari kuchaygan, bu endogen va yuqumli toksikoz sindromlarining og'irligini sezilarli darajada pasayishiga olib keldi.*

Kalit so'zlar: *Surunkali gepatit, plazma o'rnini bosuvchi dorilar, endogen intoksikatsiya, siklik nukleotidlar, o'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlar.*

За последние годы отмечается неуклонный рост патологии гепатобилиарной системы, включая вирусные гепатиты (ВГ) [2, 11, 12]. Установлено, что наличие ВГ, которые нередко трансформируются в хронические гепатиты (ХГ), осложняет протекание многих других заболеваний, неблагоприятно влияет на протекание послеоперационного периода [2, 11, 12]. Поэтому перспективным и необходимым следует считать дальнейшее усовершенствование методов патогенетического лечения и медицинской реабилитации во время диспансерного наблюдения пациентов, которые болели

ВГ. Комплексное лечение ХВГ включает два основных направления: этиотропную и патогенетическую терапию.

Этиотропная терапия применяется при вирусных гепатитах с парентеральным механизмом заражения и направлена на подавление репликации вируса, вызвавшего заболевание, и его элиминацию.

Непременным условием успеха патогенетической терапии является строгая индивидуализация ее программы с учетом тяжести болезни, возраста, наличия отягощающих факторов. Это общее правило полностью распространяется на лечение больных вирусными гепатитами. Не менее важным условием является возможно раннее начало лечения, что дополнительно обосновывает первостепенное значение первичной предварительной диагностики вирусных гепатитов и госпитализации больных по назначению. Во многих странах мира больных острыми вирусными гепатитами в своей массе оставляют для лечения на дому, госпитализируют только наиболее тяжелых, преимущественно с фульминантным течением, кровотечениями и другими осложнениями. Такая практика заведомо задерживает раннее начало адекватной терапии, исключает возможность превентивной терапии, направленной на предупреждение хронизации. Селекция тяжелых больных определяет крайне высокую больничную летальность. В программе патогенетической терапии принято разграничивать базисную терапию; под которой понимают комплекс мероприятий, не связанных с применением медикаментов, и неспецифическую лекарственную терапию.

Цель исследования – оценить эффективность плазмозамещающего препарата (активными веществами являются сорбитол и натрия лактат) у больных с хроническими вирусными гепатитами.

Объект и методы исследования.

Было обследовано 60 больных ХВГ, которые составили 2 группы: пациентам (35) 1- основной группы был назначен Реосорбилакт (200 мл., внутривенно, капельно № 8-10) на фоне базисной терапии, пациенты (25) же, 2- сравнительной группы получали только базисную терапию.

Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями больных проводили специальные иммунологические и биохимические тесты. Определяли содержание Т-, В-лимфоцитов, Т-хелперов/индукторов, Т-супрессоров/киллеров с помощью цитотоксического теста [18] с применением моноклональных антител классов CD3+, CD22+, CD4+, CD8+. Выраженность аутоиммунных реакций к липопротеиду печени человека оценивали по реакции торможения миграции лимфоцитов (РТМЛ) во время проведения капиллярного теста [22]. Уровень циркулирующих иммунных комплексов определяли путем преципитации в 2%, 3,5% и 6% растворах полиэтиленгликоля с молекулярной массой 6000 дальтон по Digeon D и соавторам в модификации [19] с выделением фракций высоко-, средне- и низкомолекулярных комплексов. Среди показателей естественной антиинфекционной резистентности исследовали уровень лизоцима в сыворотке крови [8]. Выраженность синдрома эндогенной («метаболической») интоксикации оценивали по уровню пептидов средней

молекулярной массы – ПСММ [10] и активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) [6]. Состояние системы антиоксидантной защиты исследовали путем определения активности её основных ферментов – каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), путем спектрофотометрии [21]. Изучали содержание циклических нуклеотидов (ЦН) – цАМФ и цГМФ, а также уровень простагландинов (ПГ) классов E_2 и F_{2a} .

Результаты и их обсуждение

Установлено, что включение в курс лечения больных ХВГ реосорбилакта способствовало более быстрому улучшению клинико-лабораторных данных, нормализации иммунных показателей, состояния системы антиоксидантной защиты, снижению уровня ПОЛ и восстановлению энергетического гомеостаза у большинства больных, чем в группе сравнения.

Во время лечения реосорбилактом более эффективно снижался уровень ПСММ и ЦН и быстрее нормализовалось соотношение цАМФ/цГМФ и простагландинов E_2/F_{2a} по сравнению с больными, которые получали только базисную терапию. Так, уровень ПСММ у больных, на фоне лечения реосорбилактом, уже на 7-й день лечения существенно снизился и составлял в среднем $0,66 \pm 0,04$ г/л ($p < 0,001$), тогда как у пациентов в группе сравнения, его нормализация происходила в среднем к концу 2 недели лечения. Наряду с этим наблюдалось существенное снижение уровня метаболитов ПОЛ – малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК). Установлено обновление активности ферментов системы антиоксидантной защиты (каталазы и СОД) у 84,9% пациентов 1 группы, когда в группе сравнения эти показатели имели тенденцию к нормализации лишь у 62,4% пациентов.

В динамике лечения у большинства больных ХВГ отмечано снижение уровня концентрации как цАМФ и цГМФ. У больных 1 группы зафиксировали тенденцию к нормализации уровней ЦН, цАМФ и цГМФ, что подтверждает выраженный мембраностабилизирующий и антиоксидантный эффекты реосорбилакта, чего не наблюдалось в группе сравнения.

Наряду с этим у большинства больных ХВГ, к концу лечения отмечалась положительная динамика многих иммунологических показателей (повышение уровня Т-лимфоцитов и Т-хелперов/индукторов, снижение уровня циркулирующих иммунных средне- и низкомолекулярных комплексов), свидетельствующих о снижении интенсивности иммунокомплексных и аутоиммунных реакций. Вместе с тем выявлено ускоренную нормализацию иммунорегулирующего индекса $CD4/CD8$ у больных 1 группы ($2,03 \pm 0,03$ $p > 0,05$). Подробный анализ проведенных исследований выявил, что реосорбилакт, у пациентов с ХВГ. К тому же, одновременное назначение реосорбилакта выразительно стимулировал факторы природной резистентности к инфекциям и иммунологические показатели, способствовал повышению антитоксичной и белково-синтезирующей функции печени, что обуславливало более существенное снижение выраженности синдромов эндогенного и инфекционного токсикоза. Необходимо также отметить, что состояние больных 1 группы, улучшилось на 4-5-й день лечения (в среднем на $3,5 \pm 0,2$ суток), чем у

пациентов группы сравнения, где данная тенденция наблюдалась к концу первой недели. Показательно, что в ряде случаев не было нужды в противорецидивирующей терапии в течение года диспансерного наблюдения для предупреждения обострения ХВГ, что свидетельствовало о достижении стойкой клинико-лабораторной ремиссии, которую отмечали на 10-15% чаще, чем в случае применения терапии без реосорбилакта.

Данные относительно эффективности реосорбилакта в комплексной терапии больных ХВГ представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Динамика биохимических показателей у больных ХВГ.

Показатель	Долечения	Группа сравнения (базисная терапия)	Основная группа (базисная терапия + реосорбилакт)
СМ, г/л	2,08±0,16	1,05±0,2***	0,72±0,2***
МДА, мкмоль/л	8,85±0,3	5,43±0,23*	4,14±0,4***
ДК, мкмоль/л	19,6±0,55	8,64±0,3**	6,22±0,2***
ПГЕ, %	9,4±0,2	4,2±0,2**	3,4±0,2***
КТ, МО/мгНЬ	320±12	348±10*	329±12
СОД, МО/мгНЬ	17,2±1,6	23,5±1,1*	26,2±0,3**
ПГЕг, нг/мл	5,8±0,3	2,9±0,2**	2,2±0,3*
nrF2a, нг/мл	2,4±0,15	1,6±0,1**	1,23±0,12*
ПГЕ2/ПГР2a	2,42±0,14	1,18±0,2***	1,79±0,08*
цАМФ, нмоль/л	34,5±1,2	15,1±1,4**	13,2±1,4***
цГМФ, нмоль/л	12,6±0,7	4,9±0,9**	3,7±0,2***
цАМФ/цГМФ	2,7±0,4	3,08±0,2**	3,56±0,1**

Достоверность отличий между показателями в группах до и после лечения: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Таблица 2

Динамика иммунологических показателей у больных ХВГ.

Показатель	До лечения	Группа сравнения (базисная терапия)	Основная группа (базисная терапия + реосорбилакт)
CD3+, %	51,6±2,1	58,8±2,3	70,2±2,2*
10a/л	0,83±0,04	1,0±0,04	1,26±0,04**
CD4+, %	30,6±0,7	38,1±1,3	43,3±0,4***
10a/л	0,49±0,01	0,65±0,02	0,78±0,03**
CD8+, %	22,9±0,8	22,4±0,8	22,2±1,2
10a/л	0,37±0,01	0,38±0,01	0,4±0,02
CD4/CD8	1,34±0,05	1,7±0,04	1,95±0,05**
ФАМ: ФИ	14,0±0,8	18,8±1,9	26,5±1,8***
ФЧ	1,8±0,09	2,6±0,15	3,8±0,22***
ИА	12,3±0,8	13,8±1,1	19,3±0,5***
ИП	10,1±0,7	12,9±0,6	22,6±1,6***
МИРГМЛз:			
ТА	0,37±0,05	0,89±0,02***	1,12±0,05***
ЛПЛ	0,44±0,03	0,96±0,02***	1,16±0,04***
АПЖ	0,63±0,05	9,99±0,03***	1,11±0,02***
ЦИКобщ., г/л	4,21±0,16	3,68±0,21	2,22±0,15**
Высокомолекулярные %	24,8±2,2	34,1±2,1	51,0±1,9*
г/л	1,04±0,09	1,25±0,08	1,13±0,02**

Среднемолекулярные, %	40,4±2,2 33,5	40,4±2,2	30,4±1,8**
г/л	1,82±0,111	1,49±0,08	0,65±0,04***
Низкомолекулярные, %	31,9±1,7	25,5±2,0	18,6±1,2**
г/л	1,35±0,07	0,94±0,07	0,44±0,04***

*Достоверность отличий между показателями в группах до и после лечения: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.*

Опираясь на проведенные клинические исследования, можно утверждать, реосорбилакт хорошо переносится больными и в процессе исследования не отмечено нежелательных побочных реакций вследствие применения препарата. Таким образом, реосорбилакт можно рассматривать перспективным препаратом для широкого применения в лечении пациентов не только ХВГ, но и при других заболеваниях с инфекционным генезом – для уменьшения интоксикации, коррекции кислотно-основного состояния, улучшения микроциркуляции, а также как, противовоспалительное, антиоксидантное и иммунокорректирующее средство.

Список использованной литературы:

1. Бабак О.Я. (2009). Хронические гепатиты. Блиц-Принт АО «Изд-во «Блиц-Информ», Киев, 208 с.
2. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови. Лаб. дело, 3: 33-36.
3. Дорофейчук В.Г. (1968). Нефелометрический метод определения лизоцима. Лаб. дело, 1: 28-30.
4. Малеев В. В., Сологуб Т. В., Наровлянский А. Н. Хронический гепатит С: возможности и перспективы комплексной терапии. Вест СПбГМА им. И. И. Мечникова 2008; 3: 28: 37—41.
5. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. др. (2001). Способ определения «средних молекул». Лаб. дело, 10: 13-18.
6. Подымова С.Д. (1998). Болезни печени. Руководство для врачей. 3-е изд., Медицина, Москва, 704 с.
7. Семеняко Н. А. Клинико-морфологическая и иммуносерологическая характеристика малосимптомных форм HCV-инфекции. Ав-тореф дисс. ... к. м. н. СПб.: 2009; 22.
8. Скалнга И.М. Патология печени сочетанного вирусного и алкогольного генеза, изд-во ЛГМУ, Харьков — Луганск, 2017, 154 с.
9. Фролов В.М., Пересадин Н.А. (2009). Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных. Лаб. дело, 6: 71-72.
10. Фролов В.М., Бойченко П.К, Пересадин Н.А. (2000). Диагностическое и прогностическое значение уровня циркулирующих иммунных комплексов у больных. Врачебное дело, NS6: 116-118.
11. Mascolini M. HIV, HBV and HCV in Europe: border crossing and buried tombs. IAPA 2005; II: 12: 386—403.
12. Cornberg M., Deterding K., Manns M. Present and future therapy for hepatitis C virus. Expert Rev Anti Infect Ther 2006; 4: 5: 781—793.

13. Cjeruldsen S., Loge J. H., Myrvang B. Drug addiction in hepatitis C patient leads to a lower quality of life. Nord J Psychiatry 2006; 60: 2: 157—161.
14. Malyszczak K., Inglot M., Pawlowski X. Depressive symptoms during treatment with interferon for HCV infection. Psychiatr Poland 2016; 40: 4: 799—808.
15. Nacamura T. Retinopathy during interferon treatment in combination with ribavirin for chronic hepatitis C. Nippon Ganka Gakkai Zasshi 2015; 109: 748—752.
16. Ozkan M., Corapcioglu A., Bakioglu I. et al. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life in patients with chronic hepatitis C. Int J Psychiatry 2006; 36: 3: 283—297.
17. Taliani G., Ruccin P., Biliotti E. Therapy expectations and physical comorbidity affect on quality of life in chronic hepatitis C virus infection. J Viral Hepatology 2017; 14: 12: 875—879.
18. Bizolon T. Triple antiviral therapy with amantadin for IPN-ribavirin non-responders with recurrent posttransplantation hepatitis C. Transplantation 2005; 15: 325—329.
19. Brok J. Effects of adding ribavirin to interferon to treat chronic hepatitis C infection: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Arch Intern. Med 2005; 165: 2206—2212.
20. Laursen A., Vilstrup H. Treatment of chronic hepatitis C — ribavirin plus interferon. An analysis of a systematic Cochrane review. Ugeskr Laeger 2016; 168: 48: 4209—4212.
21. Balan V., Rosati M., Anderson M., Rakela J. Successful treatment with novel triple drug combination consisting of interferon-gamma, interferon alfacon-1, and ribavirin in a nonresponder HCV patient to pegylated interferon therapy. Dig Dis Sci 2006; 51: 5: 956—959.3
22. Katayama K., Kasahara A., Sasaki Y. Immunological response to interferon-gamma priming prior to interferon alpha treatment in refractory chronic hepatitis C in relation to viral clearance. J Viral Hepat 2001; 8: 3: 180—185.
23. Musch E., Hogemann B., Gerritzen A. Phase II clinical trial of combined natural interferon-beta plus recombinant interferon-gamma treatment of chronic hepatitis B. Hepatogastroenterology 2008; 45: 24: 2282—2294.

Статья поступила 21 октября 2024 г.

Информация об авторах

Дудко Анатолий Николаевич – профессор кафедры «Внутренних болезней» Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16. Тел.: + (12) 344-41-51. E-mail: contact@dnmu.ru

Хамрабаева Феруза Ибрагимовна – декан терапевтического факультета Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Тел.: +998 (71) 268-17-44. E-mail: info@tipme.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов, А.У. Рахимов

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Тел.: +998 (71) 268-17-44. E-mail: info@tipme.ru.

Аннотация. Обсуждается эффективность лапароскопических процедур по сравнению с лапаротомными при хирургическом вмешательстве по поводу кровотечения из дивертикула Меккеля (ДМ). Лечение подвергнуты 98 больных, из них 21 ребенку произведена лапаротомия, а 26 пациентам – лапароскопическое вмешательство. Отмечается уменьшение длительности времени оперативного вмешательства, кровопотери и болевого синдрома. Активация больных и уменьшение сроков госпитализации наблюдалось при лапароскопии. Делается вывод об эффективности лапароскопических вмешательств, позволяющих сократить время излечения и реабилитации больных.

Ключевые слова: Дивертикул Меккеля, кровотечение, лапароскопия, лапаротомия, ускорение излечения.

MEKKEL DIVERTIKULIDAN QON KETISHI BO'LGAN BOLALARDA LAPAROSKOPIK TEXNOLOGIYALARNING SAMARADORLIGI

Х.А. Oqilov, F.Sh. Primov, A.U. Rahimov

О‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O‘zbekiston, Toshkent sh., O‘zbekiston, E-mail: info@tipme.uz,

Annotatsiya. Mekkel divertikulidan (MD) qon ketishida jarrohlik uchun laparoskopik va laparotomiya usullarining samaradorligi muhokama qilinadi. 98 nafar bemor davolandi, shundan 21 nafar bolaga laparotomiya, 26 nafar bemorga laparoskopik aralashuv amalga oshirildi. Operatsiya vaqtining qisqarishi kuzatiladi aralashuv, qon yo'qotish va og'riq. Bemorlarning faollashishi va laparoskopiya vaqtida kasalxonaga yotqizish vaqtining pasayishi kuzatildi. Bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilish vaqtini qisqartirishi mumkin bo'lgan laparoskopik aralashuvlarning samaradorligi to'g'risida xulosa chiqariladi.

Kalit so‘zlar: Mekkel divertikulasi, qon ketish, laparoskopiya, laparotomiya, davolanishni tezlashtirish.

THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN CHILDREN WITH BLEEDING FROM MECKEL'S DIVERTICULUM

Kh.A. Akilov, F.Sh. Primov, A.U. Rakhimov

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru.

Resume. *The study examines the effectiveness of laparoscopic interventions (LI) for Meckel's diverticulum in children. A total of 174 patients were evaluated between 2006 and 2021. The pathology was primarily observed in children under 3 years of age, accounting for 38.8% of cases. Notably, 58% of these patients were hospitalized with suspected appendicitis. Indications for laparoscopy included an acute abdomen presentation and gastrointestinal bleeding.*

In the study, 98 laparoscopic surgeries and 76 laparotomies were performed. An increase in successful laparoscopic procedures (LP) and decreased conversion rates—transitioning from laparoscopy to open surgery—were observed. The laparoscopic approach resulted in reduced blood loss, less pain, quicker normalization of temperature, early patient mobilization, and a reduction in hospitalization time from an average of 9 days to 3 days. Overall, the findings demonstrate the high effectiveness of laparoscopic interventions in treating Meckel's diverticulum in children.

Key words. *Meckel's diverticulum, children, laparoscopy, laparotomy, bleeding, activation of patients.*

Актуальность

Дивертикул Меккеля (ДМ) у детей – порок развития тонкого кишечника, представляющий собой патологическое мешковидное выпячивание в нижней трети подвздошной кишки [2,3,11]. ДМ входит в число наиболее частых врожденных аномалий ЖКТ, выявляемых у 2-3% детей, чаще у мальчиков [6,9,12]. В половине случаев манифестация клинических проявлений развивается у детей до 10 лет [4,10]. ДМ у детей является довольно коварной патологией: он трудно диагностируется, может иметь бессимптомное течение на протяжении всей жизни либо заявлять о себе клиникой острого живота уже в раннем детском возрасте. Совершенствование диагностических и лечебных алгоритмов при дивертикуле Меккеля у детей является актуальной задачей детской абдоминальной хирургии и педиатрии в целом [5,8,10]. ДМ у детей относится к истинным дивертикулам, поскольку его стенка полностью повторяет морфологическое строение стенки подвздошной кишки. Однако в составе стенки дивертикула часто обнаруживается эктопированная слизистая желудка, способная вырабатывать соляную кислоту, или ткань поджелудочной железы. Наличие эктопического железистого эпителия желудка в ДМ у детей служит причиной изъязвления его стенки и вследствие этого желудочно-кишечного кровотечения [2, 6, 7].

Кровотечение из пептической язвы, как самое частое осложнение ДМ у детей, может быть острым, обильным или хроническим, скрытым.

Материал и методы: В основу настоящего исследования включены результаты обследования и лечения 98 детей, поступивших в отделение детской хирургии клиники РНЦЭМП, которым были выполнены оперативные вмешательства по поводу дивертикула Меккеля и его осложнений за период с 2006 по 2021 гг.

Ретроспективным и проспективным анализом были изучены архивные материалы и истории болезни детей. Возраст детей колебался от 1 месяца до 17 лет (таблица 1.). При этом мальчики составили подавляющее большинство (64,3%).

Таблица 1

Распределение обследованных больных по полу и по возрасту

Возраст/пол	1 мес. – 1 год	1-3 года	3-7 лет	7-13 лет	13-17 лет	Всего
Мальчики	6	23	14	10	9	63 (64,3%)
Девочки	3	15	9	5	4	35 (35,7%)
Всего	9	38	23	15	13	98
%	9,2%	38,8%	23,5%	15,3%	13,2%	100%

Также, в возрастном аспекте относительно большую часть составили дети раннего детства (1-3 года) – 38,8%, следующее по частоте были дети дошкольного возраста (3-7 лет) – 23,5%, дети школьного возраста (7-13 лет) составили 15,3% и меньше всего в нашем исследовании были младенцы (1 месяц – 1 год) – 9,2%.

Больные были направлены к нам со следующими предварительными диагнозами (рисунок 1): в большинстве (58,2%) случаев было подозрение на острый аппендицит, желудочно-кишечное кровотечение заподозрено в 26,5% (26 пациентов) случаев, дивертикул Меккеля был дифференцирован всего у 10,2% и меньше всего (5,1%) был выставлен предварительный диагноз острой кишечной непроходимости.

Можно отметить тот факт, что в подавляющем большинстве случаев диагноз дивертикул Меккеля не был подтверждён или даже не было подозрения на его возможное наличие при первичном осмотре пациента.

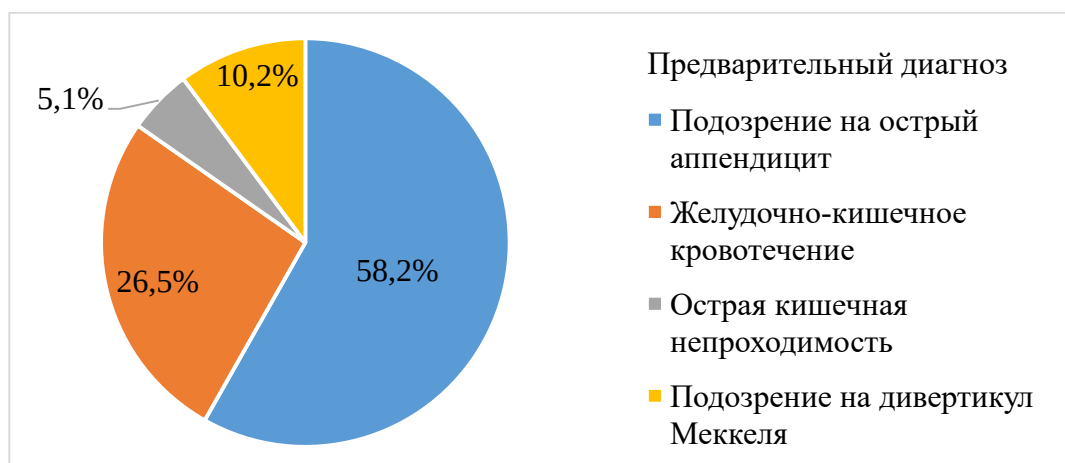


Рисунок 1. Распределение больных согласно предварительным диагнозам

Следующие клинические ситуации (таблица 2) послужили показаниями к лапароскопической операции при дивертикуле Меккеля: наличие симптомов острого живота ($n=60$), желудочно-кишечные кровотечения ($n=26$) и острая кишечная непроходимость ($n=12$).

Таблица 2

Симптоматика дивертикула Меккеля.

Синдром	<i>n</i>	%
Острый живот	60	61,22%
ЖКК	26	26,53%
ОКН	12	12,25%
Итого	98	100%

Процедура диагностической лапароскопии была проведена в условиях эндотрахеального наркоза с помощью специально оборудованной операционной. Подобные операционные оборудованы инструментарием фирмы Элепс (Россия). Положение больного на операционном столе горизонтальное лёжа на спине. Этапы диагностическая лапароскопия следующие: выполняется пункция брюшной полости по методу открытой лапароскопией далее производится ревизия брюшной полости и кишечных петель. После обнаружения дивертикула Меккеля производится его выделение, мобилизация с рассечением спаек. Далее оценивается интраоперационная ситуация и определяется оперативная тактика дивертикулэктомии, которая может быть выполнена открытым или жевала инвазивным путём.

Клиника. Основным симптом – внезапное появление кровавого стула у ребёнка, бывшего до этого вполне здоровым. Первые испражнения обычно тёмного цвета, в последующем появляется тёмная кровь без сгустков и слизи. В отличие от желудочно-кишечного кровотечения другого происхождения, при дивертикуле не бывает кровавой рвоты. Как правило, кровотечение бывает обильным и сопровождается быстрым уменьшением количества гемоглобина и числа эритроцитов. Одновременно развиваются бледность кожных покровов, тахикардия, а иногда и коллапс с потерей сознания. В более редких случаях кровотечение бывает необильным, а иногда и скрытым. Однако, периодически повторяясь (через 3-4 месяцев), оно обуславливает значительную анемию.

Проводя дифференциальную диагностику кровоточащего дивертикула Меккеля, исключали заболевания, сопровождающиеся кишечным кровотечением (ЯБЖ и ДПК, инвагинацию и новообразования кишечника, болезни крови, геморрагический капилляротоксикоз).

При кровоточащем ДМ по оптимизированной тактике всем поступившим с клиникой кишечного кровотечения проведены следующие этапы диагностики:

- ЭФГДС;
- колоноскопия – при не обнаружении источника вовремя ЭГДФС;
- диагностическая лапароскопия.

Как уже было показано выше, среди 98 больных, подвергшихся лапароскопии, в 26 случаях отмечалась клиника кишечного кровотечения. Интраоперационно обнаружены кровоточащие пептические язвы у 21 (80,8%) больного и перфоративные пептические язвы в остальных 5 (19,2%) случаях.

Таблица 3

Сравнительная характеристика кровоточащих дивертикулов Меккеля

Параметр	Лапаротомия при кровотоющем ДМ (n=21)		Лапароскопия при кровотоющем ДМ (n=26)		p
	n	%	n	%	
Кровотокающая пептическая язва	15	71,4%	21	80,8%	>0.05
Гангренозно-перфоративная пептическая язва	6	28,6%	5	19,2%	

При открытых операциях также были выявлены кровоточащие пептические язвы 15 (71,4%) детей и перфоративные у 6 (28,6%) пептические язвы. Всего за период исследования выполнено 21 лапаротомия при кровоточащих дивертикулах Меккеля (таблица 1).

Длительность операции при лапароскопических (44,4±2,2 мин) вмешательствах было короче, чем при лапаротомии (67,6±3,4 мин), за счет проведения предварительного диагностического поиска и идентификации источников кровотечения заранее (таблица 2).

В послеоперационном периоде только после лапаротомии были отмечены осложнения в виде инфильтрата в брюшной полости (14,3%), разрешенного консервативным путем.

По остальным критериям оценки послеоперационных результатов лечения кровоточащих дивертикулов были отмечены примерно схожие с общей группой показатели с отличием в пользу лапароскопических операций (таблица 4).

Таблица 4

Сравнительная характеристика интра- и послеоперационного периода при хирургии кровоточащих дивертикулов Меккеля у детей.

Осложнение	Группа лапаротомии, n=21		Группа лапароскопии, n=26		χ^2	P
Длительность операции, мин	67,6±3,4		44,4±2,2		-	< 0.05
Объем кровопотери, мл	142±6,2		13±1,4		-	< 0.01
Инфильтрат в брюшной полости, n, %	3	14,3%	0	0,0%	3.96	0.04
Раневая инфекция, n, %	0	0,0%	0	0,0%	-	-
Послеоперационная ОСКН	0	0,0%	0	0,0%	-	-
Реооперации, n, %	0	0,0%	0	0,0%	1.1	0.513
Болевой синдром, сутки	4,9±0,6		1,9±0,2		-	< 0,05
Гипертермия, сутки	3,0±0,4		1,6±0,2		-	< 0,05
Восстановление стула, сутки	3,0±0,2		1,8±0,2		-	< 0,05
Активация больных, сутки	2,3±0,4		1,5±0,2		-	< 0,05
Сроки госпитализации, сутки	7,7±1,0		4,2±0,8		-	< 0,05
Умерло, n, %	0	0,0%	0	0,0%	-	-

Клинический пример:

Дата поступления: 04.10.18 г.

Дата выписки: 20.10.18г.

Диагноз: Аномалия развития желточного протока. Пептическая язва дивертикула Меккеля осложненная кровотечением. Геморрагическая анемия 2 ст. Сопутствующее: острый обструктивный бронхит.

Со слов матери и дежурного педиатра на жидкий стул с кровью темно вишневой окраски, бледность кожных покровов, слабость, сонливость. Отказ от груди, кашель периодическое повышение температуры тела.

Из анамнеза: Ребенок находился в отделении I педиатрии с 04.10.2018 с диагнозом острый обструктивный бронхит, где получал симптоматическую терапию. 09.10.2018 ночью 03:00 часов стал беспокойным, плачет, запрокидывает голову, появилась бледность кожных покровов, отказывался от груди. Осмотрен дежурным педиатром - дан увлажненный кислород и сделан раствор магнезии 25%- 1.5мл с новокаином, дексометазон, после чего ребенок несколько успокоился. К утру 05:00 часов у ребенка отмечается отхождение стула с кровью темно вишневой окраски. Вызван ответственный хирург Примои Ф.Ш., сдан общий анализ крови, сделаны гемостатики, и ребенок 05:30 переведен в отделение хирургической реанимации с диагнозом кишечного кровотечения.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, он вялый, адинамичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовой окраски. Па ощупь теплые, влажные. Дыхание через нос, свободное, несколько учащено. Грудная клетка симметричная, участвует в акте дыхания. Пальпаторно – грудная клетка эластичная, христа ребер и подкожной эмфиземы нет. Перкуторно: над легкими ясный легочной звук. Аускультативно: жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердце приглушены. Пульс учащен, слабого наполнения и напряжения. АД- 80/10. Живот обычной формы, симметричный, не вздутый, участвует в акте дыхания. Пальпаторно - мягкий, ребенок на пальпацию не реагирует, напряжения мышц живота нет. Образование не пальпируется. Печень + 3.0 см. селезенка не пальпируется. Перкуторно - притупления в отлогах участках нет. Перистальтика кишечника прослушивается. Стул последний раз был 05:00 часов с кровью, темно вишневого окраски, жидкой консистенции. Мочеполовая система развита по мужскому типу и соответствует возрастной норме.

Осмотрен пер ректум. При этом кожа вокруг анального отверстие не гиперимирована, трещин слизистой прямой кишки нет. В ампуле прямой кишки образования - головки инвагината - не определяется, при удалении пальца начал поступать кровянистый стул темно вишневой окраски.

В анализах периферической крови-Пв- 79 г/л, Эр-2.8,13 (Л< н-3:35, к-4:10. Л-9.4.

Ребенку выставлен предварительный **Диагноз:**

Кишечное кровотечение неясной этиологии. Геморрагическая анемия 2 ст.

Рекомендовано: С целью проведение диф диагностики: С острой кишечной инвагинацией, некротическим энтероколитом, острыми язвами желудка и 12

п.к., грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, полипы толстой кишки: произвести обследование УЗИ органов брюшной полости на наличие образования, ЭФ ГД С на наличие стрессовых острых язв желудка и ДПК, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, колоноскопию на наличие полипов толстой кишки.

Ребенку в отделении ОАРИТ был установлен периферический катер начата инфузионная терапия, так же установлен назогастральный зонд с целью промывание желудка.

После предварительной подготовки - промывание желудка (при котором поступлении крови не выявлено), очистительных клизм отмечается поступление стула с кровью темно вишневой окраски. Под в\в седатацией в реанимации произведено ЭФГДС и колоноскопия. Эндоскопическими методами со стороны пищевода, желудка, ДНК и толстой кишки источник кровотечения не выявлен. При проведении УЗИ данных за образование брюшной полости также не выявлено.

Учитывая картину продолжающегося кровотечения, также характер стула с кровью, предположено, что источник кровотечения возможен в тонкой кишке. На основании вышеизложенного ребенку был выставлен предварительный Диагноз: Кишечное кровотечение. Дивертикул Меккеля?

Решено оперировать в экстренном порядке. Диагностическая лапароскопия 09.10.2018г 13:20 ч. Произведена операция: Лапароскопия. Мини лапаротомия. Дивертикулэктомия. Дренирование брюшной полости.

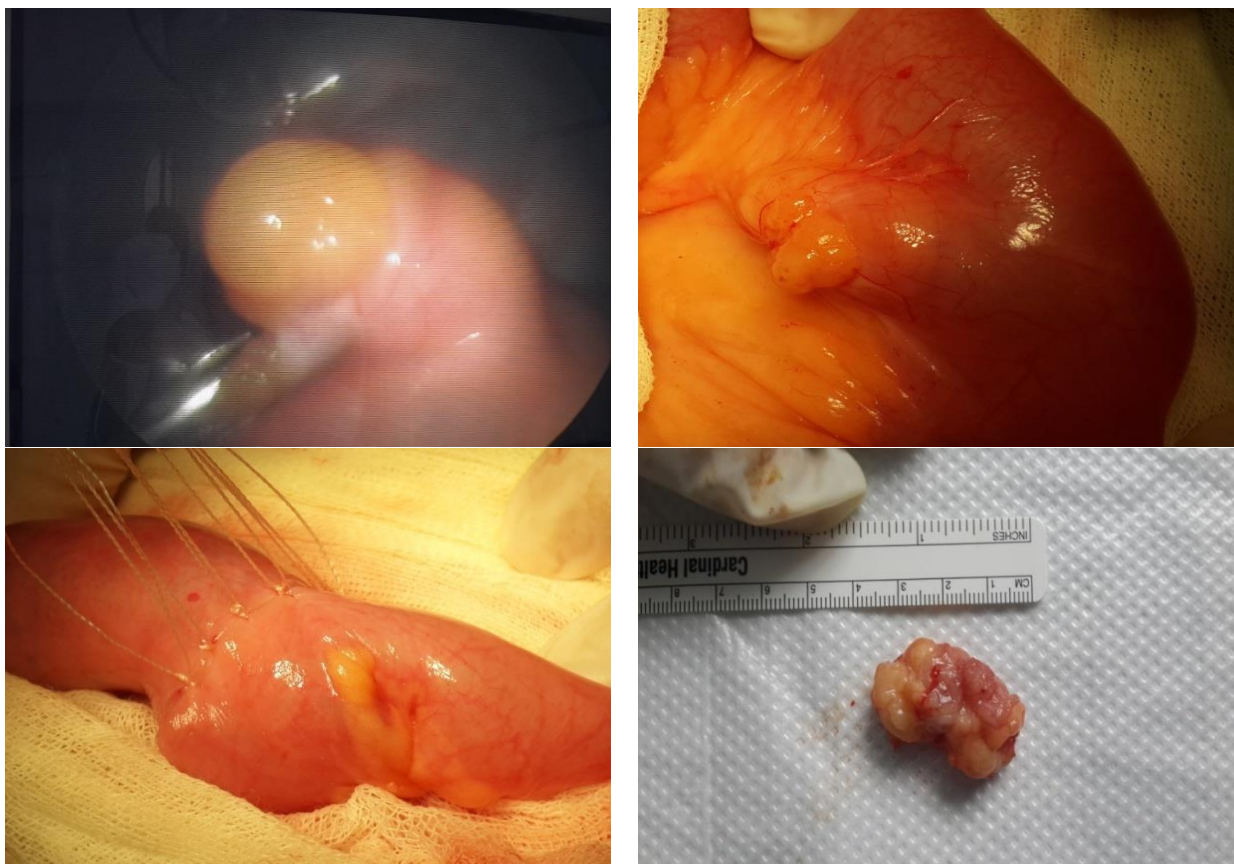


Рисунок 2. Этапы лапароскопической операции и макропрепарат при дивертикуле Меккеля, осложненном кишечным кровотечением

Интраоперационно основание Дивертикула Меккела до 3,0 см учитывая это, произведена минилапаротомия.

Диагноз после операции: Аномалия развития желточного протока. Пептическая язва дивертикула Меккеля. Осложнившаяся кровотечением. Геморрагическая анемия 2 ст.

Гистология - гетеротопированная ткань слизистой оболочки желудка.

После операции больной переведен в ОАРИТ для дальнейшей интенсивной терапии. Получал антибактериальную и инфузионную терапии.

11.10.18г. 10:00ч после стабилизации общего состояния переведен в отд. дет. хирургии.

Ребенок в отделении получал: Цефозолин 300,0мг x 3 раз в/в. С целью дезинтоксикации раствор Рингера 100,0 мл x 1 раз в/в. Глюкоза 5% 100,0мл+ Калий Хлорид 4% 5,0мл в/в x 1 раз. Ранитидин 0,5мл x 2 раз в/м. (Использованы стерильные одноразовые шприцы и перчатки).

20.10.18г. выписан ребенок домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Оптимизация лечебно-диагностической тактики при ведении детей с дивертикулумом Меккеля и клиникой кишечного кровотечения позволила сократить длительность операции, уменьшить объем кровопотери, частоту послеоперационных осложнений и соответственно сократить сроки госпитализации и период реабилитации.

Список использованной литературы

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 404 с.
2. Гераськин А.В., Смирнов А.Н., Дронов А. Ф. и др. Патология дивертикула Меккеля: современные подходы к диагностике и лечению // Анналы хирургии, 2007. № 2. С. 21-28.
3. Горемыкин И.В., Филиппов Ю.В., Турковский В.Б., Карпов С.А., Масевкин В.Г., Николаев А.В. 37-летний опыт лечения патологии желточного протока у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2014. № 1. С. 46-50.
4. Дмитриева Е.В., Буланов М.Н., Блинов И.А. и др. Ультразвуковая диагностика дивертикула Меккеля у детей // Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2015. № 2. С. 68-84.
5. Дмитриева Е.В., Буланов М.Н., Блинов И.А. и др. Ультразвуковая диагностика дивертикула Меккеля у мальчика 11 лет (клиническое наблюдение) // Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2015. № 3. С. 74.
6. Поддубный И.В., Дьяконова Е.Ю., Исмаилов И.У., Трунов В. О., Махаду А.Р., Ярустовский П.М., Бекин А. С., Толстов К.Н. Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля // Детская хирургия, 2015. № 5. С. 4-6.

7. Rangarajan M., Palanivelu C., Senthilkumar R., Madankumar M.V. Laparoscopic surgery for perforation of Meckel's diverticulum // Singapore Med.J. Case Report, 2007; 48 (4): e102.
8. Shalaby R. Y., Soliman S.M., Fawy M., Samaha A. Laparoscopic management of Meckel's diverticulum in children // J. Pediatr. Surg., 2005; 40:562-7.
9. Brian T. Kloss & Claire E. Broton & Anne Marie Sullivan. Perforated Meckel diverticulum // Int. J. Emerg. Med., (2010) 3:455-457.
10. A. Papparella, F. Nino, C. Noviello, A. Marte, P. Parmeggiani, A. Martino, G. Cobellis. Laparoscopic approach to Meckel's diverticulum // World J. Gastroenterol, 2014. July 7; 20 (25): 8173-8178.
11. Kin Wai Edwin Chan, Kim Hung Lee, Hei Yi Vicky Wong, Siu Yan Bess Tsui, Yuen Shan Wong, Kit Yi Kristine Pang, Jennifer Wai CheungMou, YukHim Tam. Laparoscopic excision of Meckel's diverticulum in children: What is the current evidence? // World J. Gastroenterol, 2014. November 7; 20 (41): 15158-15162.
12. Shiqin Qi, He Huang, Decheng Wei, Chengchao Lu (??), Yong Yang. Diagnosis and minimally invasive surgical treatment of bleed-ing Meckel's diverticulum in children using double-balloon enteroscopy // Journal of Pediatric Surgery, 50 (2015), 1610-1612.
14. Satoko Nose, Hiroomi Okuyama, Takashi Sasaki, Mika Nishimura. Torsion of Meckel's Diverticulum in a Child // Cas.Rep. Gastroenterol, 2013;7:14-18.

Статья поступила 21 октября 2024 г.

Информация об авторах

Акилов Хабибулло Атауллаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Узбекистана. Руководитель отдела детской хирургии Республиканского центра экстренной медицинской помощи. Заведующий кафедрой хирургии и детской хирургии ЦРПКМР.

Примов Фарход Шарипджанович – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии и детской хирургии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Узбекистана.

Рахимов Азамат Улугович – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии и детской хирургии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Узбекистана. Директор Навоийского филиала ЦРПКМР. Email: Azamat.rakhimov@mail.ru. Тел.: 998979231148.

ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА ГАНЗЕН КАСАЛЛАГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

А.К. Хамраев¹, И.Д. Палуанов, З.К². Нураддинова³

¹Тиббиёт ходимлари касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент шаҳри, Паркент кўчаси 51. Тел.: +998973583444. E-mail: atadjan@yandex.ru

²Қорақолпоғистон Республикаси Тахтакупир Туман Тиббиёт бирлашмаси.
Қорақалпоғистон Республикаси Тахтакупир тумани Дўстлик гузари 10.
Тел.: +99861 4352045. e-mail: taxtakopirrmb@gmail.com

³Қорақалпоғистон Республикаси Лепрозорияси, Қорақолпоғистон Республикаси, Нукус тумани, Шўркўл поселкаси, рақамсиз жой, Тел +99891 304 86 41. e-mail: n.zamira.kr@mail.ru

Резюме. Ушбу мақолада Жанубий Оролбўйи минтақасида Ганзен касаллиги билан касалланишининг кейинги 120 йил давомидаги эпидемиологик хусусиятлари ретроспектив таҳлил қилинган. Таҳлиллар бу касалликнинг минтақа ҳудудларида тарқалиши бир хил бўлмаганлигини, инфекциянинг оилавий ўчоқлари инфекция тарқалишидаги ўрни, инфекция манбаи билан мулоқатда бўлганлар ўртасида Ганзен касаллиги тарқалиши эндоген омилларга боғлиқ эканлиги баёни акс эттирилган.

Калит сўзлар: Ганзен (лепра) касаллиги, эпидемиология, ретроспектив таҳлил

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЕЗНИ ГАНЗЕНА В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

А.К. Хамраев¹, И.Д. Палуанов, З.К². Нураддинова³

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, улица Паркент кўчаси, дом 51. Тел.: +998973583444. E-mail: atadjan@yandex.ru

Тахтакупирское районное медицинское объединение Республики
²Қарақалпақстан/Ўзбекистан. Тахтакупирский район, ул Дустлик Гузари 10.
Тел +99861 4352045 e-mail: taxtakopirrmb@gmail.com

³Лепрозорий Республики Қарақалпақстан, Республика Қарақалпақстан, Нукусский район, посёлок Шуркуль, дом без номера, Тел +99891 304 86 41 e-mail: n.zamira.kr@mail.ru

Резюме: В данной статье описаны результаты проведенного ретроспективного анализа эпидемиологических особенностей заболеваемости болезни Ганзена в зоне Южного Приаралья за прошедшие 120 лет.

Проведенный анализ показал неоднородность распространенности данной болезни в разрезе регионов, высокий уровни распространённости его в семейных очагах, роль эндогенных факторов в развитии болезни Ганзена среди контактных лиц.

Ключевые слова: Болезнь Ганзена (лепра), эпидемиология, ретроспективный анализ.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE SPREAD OF LEPROSY IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.

A. K.¹Khamraev, I.D.²Paluanov, Z.K.³Nuraddinova

¹Center for the development of professional qualification of medical workers. Parkent street 51. Tashkent city. 100007. Republic Uzbekistan. Tel +99897 358 34 44 e-mail: atadjan@yandex.ru

²Takhtakupir district Medical association Republic of Karakalpakstan. Uzbekistan. Karakalpakstan. Takhtakupir. Dustlic guzari st 10. Tel +99861 4352045 e-mail: taxtakopirrmb@gmail.com

³Leprazorium of the Republic of Karakalpakstan, Republic of Karakalpakstan, Nukus district, Shurkul village, house without number, Tel +99891 304 86 41 e-mail: n.zamira.kr@mail.ru

Summary: *This article presents the findings of a retrospective analysis regarding the epidemiological characteristics of Hansen's disease incidence in the Southern Aral Sea region over the past 120 years. The analysis revealed a heterogeneous distribution of the disease's prevalence across different areas, significant prevalence within families, and the influence of endogenous factors on the development of Hansen's disease among individuals in close contact.*

Key words: *leprosy, epidemiology, retrospective analysis.*

Мавзунинг долзарблиги. Ганзен (Лепра) касаллиги сурункали инфекция касаллик бўлиб, бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб, жами қайд қилинган ҳолатларнинг 80% Бразилия, Ҳиндистон ва Индонезия улушига тўғри келади. Касалликнинг юқори эндемик ўчоқлари давлатларнинг баъзи минтақалари даражасида нотекис тақсимланган. 2019 йилда дунёнинг 100 дан ортиқ мамлакатларида 200000 яқин Ганзен касаллигининг янги ҳолатлари аниқланган. Ганзен касаллигини Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти эсдан чиқарилган тропик касаллик деб эълон қилган (14). Бу касалликни бутунлай йўқ қилиш ЖССТнинг учинчи минг йиллик барқарор ривожланиш дастурларида универсал мақсад сифатида белгиланган (8). Шунингдек, 2021-2030 йилларда лепра касаллигига қарши глобал стратегия доирасида “Лепра билан касалланишни ноллаштириш йўлида” номли дастури амалга ошириш бошланган (9). Бу стратегиянинг асосий элементлари сифатида а) дунёнинг 120 давлатида лепра касаллигининг автохтон ҳолатлари қайд қилинмаслиги, б) қайд қилинаётган минтақаларда касалланиш кўрсаткичларини 70% га камайитириш,

в) Лепра касаллиги оқибатидаги бирламчи ногиронлик ҳолатларини 90% га камайтириш ва г) болалар ўртасида лепра касаллиги билан касалланиш кўрсаткичларини 90 % га камайтириш белгиланган.

Ўзбекистонда Республикаси ҳудудида Ганзен касаллиги эндемик ўчоқлари унинг минтақалари ўртасида текис тақсимланмаган. Ушбу касалликнинг эндемик ўчоқлари асосан Қорақалпоғистон Республикасининг шимолий ва шимолий-ғарбий ҳудудларида қайд қилинган. Касаллик эндемик ўчоқларида ўтган асрнинг 40-60 йиллари давомида энг кўп қайд қилинган ва ўртача интенсив кўрсаткич 100000 аҳолига нисбатан 107.3 ни ташкил қилган. Собиқ совет иттифоқи ҳудудида аниқланган барча беморларнинг 20–25%и Қорақалпоғистон улушига тўғри келган [1]. Ўтган 100 йил давомида (1920 йидан 2020 йилгача) минтақада 4000 нафардан ортиқ беморлар қайд қилинган. Кейинги йилларда минтақада Ганзен касаллиги қайд қилиниши спорадик ҳолатаргача камайган бўлсада, инфекциянинг эски эндемик ўчоқларида мулоқатда бўлган шахслар ўртасида янги касаллик ҳолатлари қайд қилиниши ҳолатлари учрамоқда ва бу ҳолатлар камайиш тенденциясига эга эмас [3]. ЖССТ томонидан 2030 йилгача Ганзен касаллиги бўйича “ноллаштириш” стратегияси мақсадли кўрсаткичларига эришиш учун минтақадаги ушбу касалликнинг эски эндоген ўчоқларида инфекциянинг тарқалиш қонуниятларини аниқлаш ва касалликка чалиниш хавфи юқори гуруҳлар билан мақсадли профилактик тадбирларни амалга ошириш зарур [15].

Тақдиқот мақсади: Республикадаги Ганзен касаллиги бўйича эндемик минтақадаги касалликнинг эски ўчоқларидаги эпидемиологик вазиятни ретроспектив ўрганиш воситасида инфекциянинг юқиш хавф омилларини аниқлаш.

Тадқиқот объекти сифатида 1904 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда Қорақалпоғистон Республикасида қайд қилинган Ганзен касаллигига чалинган 3871 нафар беморлар тўғрисидаги расмий маълумотлар ретроспектив ўрганилди.

Тадқиқот материаллари ва уларни ўрганишда қўлланилган тадқиқот усуллари. Тақдиқот материаллари сифатида Қорақалпоғистон Республикасида 1900-2024 йиллар давомида Ганзен касаллиги билан қайд қилинган беморлар тўғрисидаги маълумотлар, уларнинг ёш, жинс ва миллий таркиби, минтақанинг туман ва шаҳарлари ҳамда ҳудудлари кесимида касалликнинг тарқалганлиги, жами ҳолатлардаги улуши ва кумулятив касалланиш кўрсаткичлари ретроспектив таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Минтақадаги Ганзен касаллиги ҳолатлари мутлоқ сонда энг кўп 1934-1964 йиллар давомида қайд қилинган (жами аниқланган беморларнинг 70%). Жами аниқланган беморларнинг 63% эркаклар, 37% ни аёллар ташкил қилган. Касалланиш ҳолатларининг 26% 18 ёшгача бўлган болалар, 19% 18-25 ёшлилар, 31% 26-45 ёшлилар, 19% 46-65 ёшлилар ва 5% ни 65 ёшдан катталар ташкил қилган. 1904-1914 йиллар давомида 3 нафар, 1914-1924 йилларда 56 нафар, 1924-1934 йилларда 494 нафар бемор қайд қилинган. Минтақада Ганзен касаллиги ўтган асрнинг дастлабки йилларида кам сонда аниқланиши, бу инфекция бўйича

эпидемиологик вазият ўша вақтда барқарор бўлган деган хулосага чиқаришга асос бўлмаслиги лозим. Чунки бу даврда минтақада Ганзен касаллигини расмий равишда қайд қилиш тизими мавжуд бўлмаган. Шу сабабли бу рақамлар ўша даврдаги эпидемиологик вазиятни тўла акс эттиради дея олмаймиз. Қорақалпоғистонда Ганзен (Лепра) касаллиги бўйича илмий тадқиқотлар олиб борган олимларимиз таъкидлашича, бу касаллик ўчоқлари тўғрисида XIX асрнинг охири XX асрнинг бошларида дастлабки маълумотлар олина бошланган. Қорақалпоғистон Республикасида Ганзен касаллигига чалинганлар XIX асрнинг охирида ва XX асрнинг бошида шу даражада кўп бўлганки, уларнинг сони бутун Россия Империяси босиб олган ўлкаларида аниқланган беморлар сонидан катта бўлган. Биргина Мўйноқ ва Тахтакўпир туманларида қайд қилинган беморлар улуши ўша даврдаги жами Туркистон ўлкасидаги беморларнинг 50% ни ташкил қилган” [2].

Ўрганилган давр мобайнида минтақада Ганзен касаллигига чалинган беморлар сонининг қарийб 70% и 1935-1964 йилларда қайд қилинган. Бу ўша даврга келиб касалликка чалинган сони ошиб кетганидан эмас, балки уларни аниқлаш тизими йўлга қўйилгани, касаллик ўчоқларидаги бемор билан мулоқатда бўлган шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш ҳисобига фаол аниқлаш натижасида юз берган. Ўтган асрнинг 70 йилларидан бошлаб қайд қилинган янги касаллар сонининг камайиши эса беморларни самарали даволаш, касаллик ўчоқларида мулоқатда бўлган шахслари тиббий назоратга олиш, профилактик даволаш, барча касалликка чалинган беморларни Лепрозорийларда изоляция қилиниши, аҳолининг иқтисодий ва ижтимоий турмуш шароитлари яхшиланиши натижасида минтақада инфекция манбаининг самарали элиминацияси ҳисобига юз берган. Кейинги 30 йилдан ортиқ муддат давомида 39 нафар бемор қайд қилинган. Қайд қилинган янги ҳолатларнинг барчаси касалликнинг эски эндемик ўчоқларида мулоқатда бўлган шахслар ўртасида аниқланган (1 жадвалга қаралсин).

Жадвал 1

Ўзбекистоннинг Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудидан 1904-2024 йиллар мобайнида Ганзен касаллигига чалинган беморлар тўғрисида маълумот.

Йиллар	Беморлар сони	Фоизларда
1904-1914	3	0,07
1915-1924	56	1,45
1925-1934	493	12,73
1935-1944	825	21,31
1945-1954	878	22,68
1955-1964	1009	26,06
1965-1974	421	10,87
1975-1984	114	2,94
1985-1994	33	0,85
1995-2004	19	0,5
2005-2014	4	0,1
2015-2024	16	0,41
ЖАМИ	3871	100,0

Туман ва шаҳарлар кесимида барча ўрганилган муддат давомида Ганзен касаллиги энг кўп қайд қилинган беморлар сони Мўйноқ туманига (жами аниқланган ҳолатларнинг 30%), Чимбой туманига (13,5%), Тахтақўпир ва Кегайли туманлари (12,9 ва 11,9% мос равишда) улушига тўғри келади. Худудлар кесимида энг кўп беморлар улуши шимолий (44,8%) ва шимолий-ғарбий (39,4%) худудларда қайд қилинган. Қонликўл, Эллиққалъа, Тахиатош ва Амударё туманларидла қайд қилинган беморлар улуши энг кам бўлган. Минтақанинг жанубий ва марказий худудларида беморлар нисбатан кам қайд қилинган. Ҳар 100 минг нафар аҳоли сонига Ганзен касаллиги билан кумулятив касалланиш кўрсаткичининг энг юқори даражаси Мўйноқ туманида (3704,4), Тахтақўпир (1247,6), Кегайли (516,4), Қораўзьяк (483,1), Нукус тумани (460) ва Чимбой (453,1) туманларида қайд қилинган. Энг паст кўрсаткичлар Эллиққалъа, Амударё ва Тўрткўл туманлари ва Нукус шаҳрида, худудлар кесимида энг паст кўрсаткич жанубий (19) ва марказий худудда (82,6) қайд қилинган (2 жадвалга).

Жадвал 2

Қорақалпоғистон Республикаси Ганзен касаллигининг худудлари (шаҳар ва туманлар) кесимида тақсимланиши

Худудлар, шаҳар ва туманлар	Аҳоли сони	Қайд қилинган беморлар сони	Ҳар 100000 нафар аҳолига кумулятив касалланиш кўрсаткичи	Жами ҳолатлардаги улуши
Тахтақўпир	39 916	498	1247,6	12,9%
Қораўзьяк	52 371	253	483,1	6,4%
Чимбой	115 210	522	453,1	13,5%
Кегайли	89 456	462	516,4	11,9%
Жами шимолий худудда	296 953	1735	584,3	44,8%
Нукус шаҳри	314 928	51	16,2	1,3%
Нукус тумани	49 126	226	460	5,1%
Хўжайли	121 160	165	136,2	4,2%
Тахиатош	72 823	19	26,1	0,58
Жами марказий худудда	558 037	461	82,6	11,9%
Мўйноқ	31 260	1158	3704,4	30,1%
Қўнғирот	128 335	301	234,5	7,6%
Қонликўл	50 316	8	15,9	0,2%
Шўманой	55 619	59	106,1	1,5%
Жами шимолий ғарбий худудда	265 530	1526	574,7	39,4%
Тўрткўл	210 299	42	19,9	1,1%
Беруний	187 638	57	30,4	1,5%
Эллиққалъа	156 077	13	8,3	0,3%
Амударё	195 248	37	18,9	0,9%
Жами жанубий худудда	749 262	149	19,9	3,8%
Қорақалпоғистон Республикасида	1 869 782	3871	207	100%

Мавжуд илмий адабиётларда Ганзен касаллигининг маълум бир ҳудуд аҳолиси ўртасида тарқалишида ижтимоий-иқтисодий омилларнинг, шу жумладан турмиш даражаси, санитар-гигиеник яшаш шароитлари, тиббий маданият даражаси билан чамбарчас боғлиқ бўлиши баён қилинган [1-3, 13, 15]. Лекин, Қарақалпоғистон Республикаси туманлари ва ҳудудлари кесимидаги Ганзен касаллиги билан касалланиш даражаси ўртасидаги кескин тафовутларни фақатгина ижтимоий-иқтисодий омиллар билан тушунтириб бўлмайди. Энг кўп касалланиш ҳолатлари қайд қилинган Мўйноқ туманидаги кўрсаткич (3701) дан энг паст кўрсаткич қайд қилинган Элликқалъа туманидаги кўрсаткич 446 марта юқори. Минтақанинг шимолий ҳудудидаги кўрсаткич (584) марказий ҳудуддаги кўрсаткич (82) дан 4 марта, шимолий- ғарбий ҳудуддаги кўрсаткич (574) жанубий ҳудуддаги кўрсаткич (19,9) дан 28 марта юқори.

Ганзен касаллиги қайд қилинган беморларнинг этник таркиби ретроспектив таҳлил қилинганида, минтақадаги жами касалланиш ҳолатларининг 69,9% қарақалпоқ миллатига мансуб шахсларда, 5,9 % ўзбек миллатига мансуб шахсларда, 21,4% қозоқ миллатига мансуб шахсларда, 1,4% рус миллатига мансуб шахсларда ва 1,3% бошқа миллатларга мансуб шахсларда қайд этилган. Агар касалланиш ҳолатларини шу миллатга мансуб ҳар 100 минг нафар аҳоли сонига нисбатан ҳисобланганда (ҳар 100 минг нафар шу миллатга тегишли аҳоли сонига кумулятив касалланиш кўрсаткичи) қарақалпоқ миллатига мансуб аҳоли ўртасида бу кўрсаткич 39,1 ни, ўзбек миллатига мансуб аҳоли ўртасида 3,04 ни, қозоқ миллатига мансуб аҳоли ўртасида 28,14 ни, бошқа миллатларга мансуб аҳоли ўртасида 29,67 ни ташкил қилган. Бир минтақада яшовчи турли этник гуруҳлардаги Ганзен касаллиги билан кумулятив касалланиш кўрсаткичларидаги бундай тафовутларни бир қатор омиллар билан тушунтириш мумкин. Биринчидан, Ганзен касаллиги юқумли касаллик бўлиб, асосан эндемик ўчоқларида юқади ва касаллик ривожланади. Энг кўп эндемик ўчоқлар айнан жами аҳоли таркибида қарақалпоқ ва қозоқ миллатига мансуб аҳоли улуши юқори бўлган ҳудудларда тўғри келади. Иккинчидан, Ганзен касаллиги аҳоли ўртасида кўп йиллардан бери мавжуд бўлган инфекцион касаллик бўлиб, аҳоли тарихан узок муддат давомида ўтроқ ҳолда зич яшаган аҳоли ўртасида бу касалликка ташхис қўйиш ва самарали даволаш йўлга қўйилмаган даврда кенг тарқалиш эҳтимоли юқори бўлган. Чунки инфекция юқиши учун тифиз ва давомли мулоқат бўлиши зарур. Ўзбек миллатига мансуб аҳолининг аксарияти шу минтақада узок тарихий давр давомида ўтроқ турмуш тарзини кечирган ва Ганзен касаллиги билан ўша даврда кўпроқ касалланиб, ушбу касалликка нисбатан табиий танланиш жараёнидан аввалроқ ўтган бўлиши мумкин. Қозоқ ва қарақалпоқ миллатига мансуб аҳоли асосан кўчманчи ва ярим кўчманчи турмуш тарзини кечириб, тарқоқ яшаган ва Ганзен касаллиги инфекцияси билан тарихан кеч мулоқат қилган бўлиши эҳтимоли юқори. Бундан ташқари, қарақалпоқлар бу эндемик ҳудудга XVIII аср ўрталарида, қозоқ ва бошқа миллат вакиллари эса асосан XX асрда кўчиб келган. Ганзен касаллигининг эндемик зоналари бўлган Жанубий Орол бўйи минтақасида қарақалпоқлар кўчиб келгунга қадар асосан чорвачилик ва овчилик билан шуғулланувчи кам сонли аҳоли вакиллари тарқоқ яшаган. Ўзбекистон ҳудудида

Ганзен касаллиги кўзгатувчисининг резервуари ҳайвонлар орасида аниқланмаган бўлсада, ўша даврда минтақада касалликнинг табиий ўчоқлари (зооноз) бўлган бўлиши ва кўчиб келган аҳоли ўртасида бу касаллик кейинчалик антрапоноз инфекция сифатида кенг тарқалишига сабабчи бўлган бўлиши мумкин.

Бир жойда яшовчи аҳоли популяцияларида микабактериозларга қарши иммун жавобни белгиловчи генетик омиллар ўхшаш гаплотипларнинг тез-тез учраши илмий адабиётларда келтирилган. Россиянинг Астрахан ўлкасида ўтказилган тадқиқотларда рус ва қozoқ миллатига мансуб аҳоли ўртасида Ганзен касаллигига мойилликни белгиловчи бир-биридан фарқли HLA-гаплотип маркерлари аниқланган [7]. Шу сабабдан ҳам минтақада яшовчи турли миллат вакиллари ўртасида Ганзен касаллигига мойилликнинг генетик омилларини ўрганишга қаратилган илмий тадқиқотлар олиб бориш зарурати мавжуд.

Ганзен касаллиги юқишида генетик омиллар роли юқорилиги илмий адабиётларда кенг муҳокама қилинади [8]. Ганзен касаллигининг юқишида генетик омилларнинг ролини билвосита баҳолаш учун Қорақалпоғистон Лепразориясида 1966 йилдан 2024 йиллар оралиғида Ганзен касаллиги оилавий ўчоқларда тарқалиш хусусиятлари ўрганилди. Шу муддат давомида минтақада жами 607 нафар бирламчи беморлар аниқланиб даволанган. Уларнинг 196 нафари касалликнинг оилавий ўчоқларида аниқланган. Бу эса Ганзен касаллигининг оилавий ўчоқларда тарқалиш даражаси юқори эканлигини кўрсатади. Уларнинг 107 нафари эркаклар, 89 нафари аёллар ташкил қилган. Жами 107 нафар эркак жинсли беморларнинг 30 нафари ва аёлларнинг ҳам 30 нафари касаллик дастлаб аниқлангунга қадар оила куришган, қолганлари турмушга чиқмаган ва уйланмаган шахслар бўлишган. Эпидемиологик нуқтаи назарда касаллик манбаи билан ўзоқ вақт ва тифиз мулоқатда бўлган шахсларда касалликнинг юқиш хавфи юқори. Мантиқан, эр ёки хотин касал бўлса, улар турмуш ўртоғига бу инфекцияни юқтириш хавфи юқори бўлиши керак. Шу ҳолатларда бирорта ҳолатда ҳам оилада яшовчи эр хотинлар (60 та ҳолат) ўртасида бир вақтнинг ўзида касалланиш ҳолатлари аниқланмаган. Шу муддат давомида бирламчи касаллик қайд қилинган оилавий ўчоқларда 23 нафар бирламчи беморнинг 36 нафар болалари, 4 нафар невараси, 23 ҳолатда ота-онаси, 43 нафар беморнинг ака-ука ва опа- сингиллари, 85 ҳолатда она томон яқин қариндошлари (хола, тоға) ва 79 ҳолатда ота томон яқин қариндошлари (аммалар, амакилар) ўртасида касаллик қайд қилинган.

Ганзен касаллигига чалинган беморлар ўртасида маълум HLA-гаплотипга эга шахслар кўпроқ учрашиши илмий адабиётларда қайд қилинганлигини юқорида келтирган эдик. Бизнинг юқорида келтирган Ганзен касаллигининг оилавий ўчоқларида касалланиш ҳолатларида эр-хотинлар ўртасида бир- бирига юқтириш ҳолатлари мавжуд эмаслиги, бу касалликка генетик мойиллик мавжудлигининг эмперик тасдиғи ҳисобланади.

Дарҳақиқат, касалликнинг юқиш даражаси, бемор билан узоқ мулоқотда бўлиш давомийлиги билан чамбарчас боғлиқдир. Эндемик ўчоқларда узоқ йиллар давомида яшаш беморлар билан мулоқот миқдорини ошириди. Шунинг учун ҳам, энг аввал беморнинг оила аъзолари, биринчидан болалари кўп

мулоқотда бўлганликлари сабабли улар кўпроқ зарарланадилар. Касалликнинг диагностикаси яхши йўлга қўйилган жойларда болалар ўртасида касаллик эрта аниқланади ва аксарият ҳолларда эса инкубацион давр узоқ давом этиши натижасида улар катта ёшга етканларида қайд қилинади [9-11].

Ганзен касаллигига барча ирқ ёки миллат вакиллари чалиниши мумкин, биронта халқ ёки миллатда бу касалликка қарши “махсус резистентлик” йўқ. Лекин аҳолининг ноқулай маиший яшаш шароитлари, оғир ижтимоий-иқтисодий вазият ва санитар ҳолатнинг қониқарсизлиги касаллик юқиш хавфини оширади. Ганзен касаллиги билан гўдаклардан ташқари барча ёшдаги одамлар касалланиши мумкин. Аҳоли ўртасида касалланиш даражаси, унинг лепроматоз шакли қанчалик кўп бўлса, болалар ўртасида касалланиш ҳолатлари ошиб боради [11-13].

Аҳолининг яшаш тарзи (кўчманчи ёки ярим кўчманчи) ҳам Ганзен касаллигига чалиниш хавфини оширади. Кўчманчи қабилалар орасида, жумладан нанай, қалмиқ, бурят ва мўғил оилаларида қадимдан Ганзен касаллиги кўп қайд қилинган ва кўплаган эндемик ўчоқларни юзага келтирган.

Хулосалар

1. Ганзен касаллиги бўйича эндемик минтақадаги кейинги 30 йил мобайнидаги эпидемиологик вазият барқарор бўлмаган элиминация босқичида.

2. Минтақасидаги Ганзен касаллиги бўйича эпидемиологик вазиятнинг ретроспектив таҳлилида унинг ҳудудлари кесимида ва ушбу ҳудудда яшовчи этник гуруҳлар ўртасида кумулятив касалланиш кўрсаткичларида кескин тафовутлар мавжудлиги аниқланди.

3. Минтақанинг шимолий ва шимолий-ғарбий ҳудудларида Ганзен касаллиги билан касалланишнинг кумулятив кўрсаткичларининг юқорилиги ушбу ҳудудда касалликка мойил аҳоли популяцияси улушининг юқорилиги, касалланиш кўрсаткичлари юқори этник гуруҳларда касалликка генетик мойиллик даражаси юқорилиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

4. Ретроспектив таҳлилда аниқланган минтақадаги Ганзен касаллиги билан кумулятив касалланиш кўрсаткичларидаги кескин тафовутлар сабабларини аниқлаш учун ҳудудда яшовчи аҳоли ўртасида ушбу касалликка мойилликнинг генетик омилларини чуқурроқ ўрганишни тақозо қилади.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Ещанов Т. Б. Специфическая реакция ГЗТ у контактных по лепре в РеспубРеспублике Каракалпакстан // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 70-летию Каракалпакского лепрозория – Нукус: Билим, 2004. – С. 68-70.

2. Ещанов Т.Б., Абдиров Ч.А., Ющенко А.А., Урляпова Н.Г. Организация и научные основы ликвидации лепры в каракалпакской эндемической зоне – Нукус: Каракалпакстан, 2003. – 168 с.

3. Нажимов Б. Об инвалидности среди диспансерных больных лепрой в Республике Каракалпакстан: материалы конференции // Международная юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию

противолепрозной службы Республики Казахстан: сборник научных трудов. – Кызыл-Орда, 2009. – С. 79-81.

4. Ниязов Х. А. Бухоро ва Навоий вилоятларида аниқланган моховга (лепрага) чалинган беморларнинг ретроспектив таҳлили // Проблемы биологии и медицины. - 2010. -№2(61). - С. 98-99.

6. Файзиев. Я. М. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида аниқланган моховга чалинган беморларнинг миллати бўйича таҳлили ва жинси бўйича тақсимооти // IX Республиканской съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей инфекционистов Узбекистана: тезисы научных работ. – Ташкент, 2010. – С.154 .

7. Сароянц Л.В., Болдырева М.Н., Гуськова И.А. [и др.]. Иммуногенетические маркеры предрасположенности к лепре у русских жителей Астраханского региона // Иммунология. – 2005. – № 5. – С. 263-267.

8. Сароянц Л.В., Болдырева М.Н., Гуськова И.А. [и др.] Иммуногенетические маркеры предрасположенности к лепре // Рос. жур. кож. вен. болезней. – 2008. – № 1. – С. 47-49.].

9. Руководство по диагностике, лечению и профилактике лепры. – Женева: ВОЗ, 2018. – 106 с.

10. Руководство по диагностике, лечению и профилактике лепры. – Астрахань: Всемирная организация здравоохранения, 2019. - 105 с.

11. Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Худойназаров С.Қ., Ниязов Х.А. Мохов (лепра) этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, давоси, профилактикаси ва патоморфологияси: услубий қўлланма. - Тошкент, 2020. – 23 б.

12. Ющенко А. А. О некоторых проблемах современной лепрологии // Тезисы научных работ X Всероссийской конференции дерматовенерологов «Организация оказания дерматовенерологической помощи в современных условиях». - М., 2006. - С. 52.

13. Chandler D, Hansen K, Mahato Bet al. "Household Costs of Leprosy Reactions (ENL) in Rural India" // PloS Negl Trop Dis. -2015. – Vol. 9(1)

14. Finnerup N et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Neurology. - 2015. – Vol. 14(2). - P. 162-173.

15. World Health Organization. Global leprosy: situation 2016-2020. – 2016. – P. 1-20.

BOLALAR VA O'SMIRLARDA SURUNKALI GINGVITLARNING KLINIK-FUNKSIONAL TASHHISINI ASOSLASH

S.A. Gafforov¹, N.T. Nurmatova²

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston, Toshkent sh., O'zbekiston, E-mail: info@tipme.uz

¹<https://orcid.org/0000-0002-5084-336X>

²<https://orcid.org/0009-0000-5853-4062>

Rezyume. Etiofaktorlarning xilma-xilligiga qaramay, parodont to'qimasi (PT) yallig'anishi to'qimalardagi metabolik gomeostazni ta'minlovchi – mikrotsirkulyatsiya mexanizimining buzilishi oqibatida namoyon bo'lishi ta'kidlangan. Tadqiqotlarda bolalar va o'smirlar orasida PT qon tomiri reaktivligi va mikrotsirkulyatsiya jarayonlari o'rganilganligi, hamda jarayonning buzilishi PTda patologik holat shakllanishi uchun ogohlantiruvchi patofiziologik jarayonligini ta'kilashsada, davolash va profilaktika uchun samarali yutuqlarga erishilmaganligi qayd etilgan.

Tadqiqot usullari va materiallar. Jami 360 nafar bolalar va o'smirlar tekshirilgan, jumladan; - 195 nafari (54,2%) CKG va 165 nafari (45,8%) SGG bilan og'rigan. Ularda umumiy klinik-laborator va stomatologik tekshiruvlar o'tkazildi

Natijalar. CKG va CGG kechishi bilan yuzaga keluvchi bir qator funksional va klinik xususiyatlar natijalariga ko'ra, 98,6% bemorlar milkida qon aylanishning lokal buzilish, qon tomir tonusi taranglashuvi, pereferik qon oqimi qarshiligi pasayishi, qon tomir elastikligi xamda qon reologiyasida salbiy natijalar qayd etilishini statistika tasdiqladi.

Xulosalar. Shunday qilib, olingan natijalar CKG va CGG tashhisi qo'yilgan bolalar va o'smirlarning boshlang'ich holati, yosh kattalashishi bilan ortuvchi OBDagi qoniqarsiz gigiyena fonida yuzaga kelishini yana bir bor tasdiqlaydi. O'rganilgan klinik-funksional jarayonlar kelajakda davo-profilaktika chora-tadbirlari uchun ilmiy asos bulaib xizmat kiladi.

Kalit so'zlar: surunkali gingivitlar, parodont to'qimasi yallig'lanishi, stomatologiya, prikus anomalialari, gingivitlarni davolash.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.А. Гаффоров, Н.Т. Нурматова

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан, E-mail: info@tipme.ru

Резюме. Несмотря на большое разнообразие этиофакторов, было отмечено, что воспаление пародонтальной ткани (ПТ) проявляется нарушением механизма микроциркуляции, обеспечивающего метаболический гомеостаз в тканях. В исследованиях изучались процессы сосудистой реактивности и микроциркуляции ПТ у детей и подростков, а также отмечалось, что, нарушение процесса является патофизиологическим процессом, стимулирующим формирование патологического состояния в ПТ, эффективных достижений в лечении и профилактике не было достигнуто.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 360 детей и подростков, в том числе; - 195 (54,2%) страдали ХКГ и 165 (45,8%) с ХГГ. Проведены общие клинико-лабораторные и стоматологические методы исследования.

Результаты. По результатам ряда функциональных и клинических особенностей, возникающих при ХКГ и ХГГ, статистика подтвердила, что у 98,6% пациентов отмечаются локальные нарушения кровообращения в деснах, напряжение сосудистого тонуса, снижение периферического сопротивления кровотоку, ухудшением эластичности сосудов и отрицательные результаты в реологии крови.

Выводы. Таким образом, полученные результаты еще раз подтверждают, что исходное состояние детей и подростков с диагнозом ХКГ и ХГГ возникает на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта, которая увеличивается с возрастом. Изученные клинико-функциональные процессы служат научной основой для будущих лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: хронические гингивиты, воспаление тканей пародонта, стоматология, аномалии прикуса, лечение гингивитов.

RATIONALE FOR CLINICAL AND FUNCTIONAL DIAGNOSIS OF CHRONIC GINGIVITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

S.A. Gafforov, N.T. Nurmatova

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers
under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
Tashkent city, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru

Resume. Despite the great variety of etiological factors, it has been noted that periodontal tissue (PT) inflammation is manifested by a disruption of the microcirculation mechanism that provides metabolic homeostasis in tissues. Studies have investigated the processes of vascular reactivity and microcirculation of PT in children and teenagers, and it has been noted that, disturbance of the process is a pathophysiological process that stimulates the formation of a pathological state in PT, effective advances in treatment and prevention have not been achieved

Materials and Methods of the Study. A total of 360 children and adolescents were examined, including; - 195 (54.2%) suffering from CCH and 165 (45.8%) with

CHG. General clinical, laboratory and dental methods of investigation were performed

Results. *According to the results of a number of functional and clinical features occurring in CCH and CGH, statistics confirmed that 98.6% of patients have local circulatory disorders in the gums, tension of vascular tone, decreased peripheral resistance to blood flow, impaired vascular elasticity and negative results in blood rheology.*

Conclusions. *Thus, the obtained results once again confirm that the initial condition of children and adolescents diagnosed with CCH and CGH occurs against the background of poor oral hygiene, which increases with age. The studied clinical and functional processes serve as a scientific basis for future therapeutic and preventive measures.*

Key words: *chronic gingivitis, inflammation of periodontal tissues, dentistry, bite anomalies, treatment of gingivitis.*

Долзарблиги. Узоқ ва яқин хорижий мамлакат адабиётларини ўрганиш - болалар ва ўсмирлар орасида пародонт касалликлари (ПК) аҳамиятли даражаларда – 65% дан 100 % гача учраши [6, 19], шунингдек, бошқа муаллиф, [9] болалар орасида аниқланган ПКнинг 80-85% сурункали катарал гингивит (СКГ) шаклида; 12-15% сурункали гипертрофик ва атрофик гингивит (СГГ ва САГ) шаклида; 3-5% ҳолатда 15 ёшли ўспиринлар орасида пародонтит ривожланишини таъкидлайди. Бошқа муаллифлар эса [17], СКГ ва СГГ 69,6%; - 2,8% мос равишда учрашини; шунингдек, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши, жадаллиги, кечишининг оғирлиги болалар ва ўсмирларда соматик касалликлар ва маҳаллий салбий омиллар – тиш-жағ тизимидаги (ТЖТ) салбий ўзгаришларга боғлиқлигини [1, 3] кўрсатиб ўтишган.

Маълумки, ПК яллиғланишининг патогенетик механизми асосида тўқима шикастланиши ётади; жумладан - тиш-жағ тизими аномалиялари (ТЖТА) ва тиш-жағ тизими деформациялари (ТЖТД) оқибатида пародонт тўқималари (ПТ) таянч фаолиятининг ортқча юкланмаси натижаси билан боғлиқ бўлиши мумкин [5, 11]. Этиофакторларнинг хилма-хиллигига қарамай, уларнинг барчасида - ПТ яллиғланишининг кўзғалиши натижасида орган ва тўқималардаги метаболик гомеостазни таъминловчи - микроциркуляция тизимида бузилиши кузатилади. Қатор тадқиқотлар ПТдаги микроциркуляция ҳолатини [2, 4] ҳамда болалар ва ўсмирлар орасида ПТ қон томири реактивлиги ўрганилганлигини [13, 14] кўрсатади.

Муаллифлар, [16] ПТда яллиғланиш жараёнини клиник акс этиши – тўқимада қон айланиши бузилиши индикоси сифатида милкдаги ҳароратнинг ўзгаришини, ҳароратни (t°) баҳолашда электротермометрдан (ТЭПМ-1) фойдаланишни, шунингдек, милк тўқимасида микроциркуляцияни баҳолашда реоплетизмографдан (РПГ-2-02) [7] фойдаланиш самарасини айтиб ўтишган. ПТ функционал ҳолати ҳақида информатсион индекслар - реографик индекс (РИ); қон томир тонуси кўрсаткичи (ҚТТК), периферик қаршилиқ индекси (ПҚИ), эластиклик индекси (ЭИ) кабилар ҳисобланади. Муаллифлар, лазер доплер флоуметрия (ЛДФ) ёрдамида ПТни клиник белгиларини аниқлаш

мақсадида[10] ёруғлик кабелли лазер нурланиш қуввати учун камида 0,3 МВт [18] бўлган гелий-неон лазер (ЛГН-207 Б) қурилмасидан фойдаланишни ва бунинг учун капилляр қон оқими лазер анализатори ЛАКК-01 (НПП "Лазма") кенг қўлланиллишини кўрсатишди. Шундай қилиб, юқорида келтирилган муаллифлар фикрларининг таҳлили, болалар ва ўсмирлар орасида ПТ яллиғланиш жараёнларининг кенг тарқалиб бораётганлигини, айтилиши вақтда, стоматологик ёрдамни тўғри ташкиллаштириш ва самарали натижани таъминлаш учун замонавий асбоб-анжом ҳамда технологиялардан кенг қўлланилиш зарурлигини шунингдек, инсоният саломатлигини яхшилаш орқали мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий кўрсаткичларидан бири ҳаёт сифатини (ХС) [12] яхшилаш мақсадида изланишларни давом эттириш муҳимлигини кўрсатиб берди.

Тадқиқотнинг мақсади. Болалар ва ўсмирлар орасида ПТ клиник-функционал ҳолатини махсус физик усуллар ёрдамида самарали эрта ташхислашнинг афзалликларини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллар. Тадқиқотимиз учун, жами 360 нафар болалар ва ўсмирлар, жумладан; - 195 нафари (54,2%) СКГ ва 165 нафари (45,8%) СГГ билан; ёш гуруҳлари ва жинси бўйича гуруҳланди. Шунингдек, ўғил болалар орасида СКГ (59%) қизларга нисбатан (51%) кўпроқ; СГГ эса аксинча, ўғил болалар орасида 41%, қизларда 49,1% кузатилиши қайд этилди (№1-жадвал).

1-жадвал

Тадқиқотдагиларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимооти ($M \pm m$ %)

Ташхис ёш гр.	СКГ				СГГ			
	195/54,2	Улардан			165/45,8	Улардан		
Жами 360/100%		6-9 ёш	10-13 ёш	14-18 ёш		6-9 ёш	10-13 ёш	14-18 ёш
		44/22,6	88/45,1	63/32,3		33/20,0	67/40,6	65/39,4
Ўғил болалар - 144/40,0	85/59,0	Шунингдек			59/41,0	Шунингдек		
		18/21,2	34/40,0	33/38,8		14/23,7	23/39,0	22/37,3
Қиз болалар - 216/60,0	110/50,9	Шунингдек			106/49,1	Шунингдек		
		26/23,6	54/49,1	30/27,3		19/17,9	44/41,5	43/40,6

ПТ объектив клиник ҳолатини баҳолаш учун, умумий клиник-лаборатор ва стоматологик текширувлар ўтказилди: - КПО+КП ва КПО индекслари ёрдамида кариес жадаллиги; ОБ гигиенаси ҳолати - ОГИ-С индекси, гингивит жадаллиги ва оғирлиги (РМА индекси (С.Рамта, 1960)) ҳамда СРІ индекслари натижалари асосида баҳоланди.

Жумладан, СКГ ва СГГ ташхисидаги 90 та беморда (ҳар бир ёш гуруҳидан 15 тадан) ПТ функционал ҳолатини баҳолаш учун: ПТнинг ҳарорати (t°); беморнинг бурун нафаси пайтидаги сезгирлиги электротермометр ТЭПМ-1 ёрдамида юқори (ю/ж) ва пастки жағ (п/ж) курак ва кичик озиқ тишлар соҳасидаги милк шиллиқ қаватиға (ШҚ), ўнг ва чап томондан қўйилган датчик

ёрдамида; милкдаги микроциркуляцияни реопародонтография (РПГ) - РПГ-2-02 универсал кўп каналли полиграфли реоплетизмограф ёрдамида [8, 20] ўрганилди [15]. Олинган кўрсаткичлар асосида инфорацион индекслар - РИ, ҚТТК, ПКҚ, ЭИ баҳоланди. ЛДФ тадқиқотлари ЛАКК-01 капилляр қон оқими лазер анализатори ёрдамида [10, 18] амалга оширилди. Натижалар умумий қабул қилинган статистик усуллар билан қайта ишланди: Excel MS Office -2013 дастуридан фойдаланган ҳолда арифметик ўртача (X), квадрат оғиш (a), ўзгарувчанлик коэффициенти (V), фарқларнинг ишончилиги (Стьюдент мезони) ҳисоблаб чиқилган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси

СКГ билан оғриганлар милкдан қон кетиш 124 (63,6%) ҳолатда; жумладан 12 (6,1%) болада тишларни ювиш вақтида кузатилади; оғиздан ёкимсиз ҳид ва ёстикдаги қон излари 68 (34,9%) беморда; 38 (23,03%) беморда тиш тошлари (ТТ) мавжудлиги кузатилди.

Тадқиқот гуруҳимизнинг СГГ билан оғриган 112 (67,9%) бемор милкида яллиғланиш; 55 (33,3%) да милк шиши ва қалинлашиши; 133 (80,1%) да тишни ювганда оғриқ ва қонашдан шикоят; 69 (35,4%) сида ТТ кузатилди. Ўтиборлиси шундаки, СКГ ва СГГ билан оғриган ПТ да жароҳатланган секстантлар сони ёш катталашушига туғридан-туғри боғлиқ; ТТ интенсивлиги ошади; жараён 10-13 ёшдагилар гуруҳида яққол намаён бўлади.

СКГ ли беморлар орасида прикус аномалиялари 115 (58,9%) та; фронтал соҳа тишлар зичлашуви 82 (42%) та беморда; СГГ ли беморнинг 85 (51,5%) ва 53 (32,1%) мос равишда қайд этилди. СКГ гуруҳидаги 56 (28,7%) сида юганча бирикишида аномалия ҳолати ҳамда оғиз дахлизи чегараси кичрайиши кузатилди; жумладан, 33 (16,9%) сида юқори лаб юганчаси, 44 (22,5%) тасида тил юганчаси калталиги; 22 (11,3%) сида дахлиз чегаси кичиклиги кузатилди. СГГ беморларнинг 58 (35,1%) тасида бу аномалиялар - 14 (8,5%); - 18 (10,9%); и -16 (9,7%) мосликда кузатилди.

Ўрганилаётган беморларда вақтинчалик ва доимий тишларнинг ОНІ-S, РЛІ индекслари ва кариес кўрсаткичлари бўйича олинган натижалар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳидагиларда ОНІ-S, РЛІ индекслари ва кариес кўрсаткичлари. (M±m в %).

кўрсаткич ташҳис		Ўртача ОНІ-S кўрсаткичи	Ўртача РЛІ кўрсаткичи	Сут тишлари		Доимий тишлар	
				абс.	нис. %	абс.	нис. %
СКГ 195/54,2	6-9 ёш	2,6±0,5	2,74±0,57	2	4,54	4	9,09
	10-13 ёш	3,0±0,1	2,97±0,53	-	-	10	11,36
	14-18 ёш	2,8±0,5	2,85±0,45	-	-	11	17,46
	Жами	2,8±0,3*	2,86±0,52	2	4,54	25	12,82
СГГ 165/45,8	6-9 ёш	1,5±0,22	1,78± 0,48	2	6,06	5	15,15
	10-13 ёш	1,42±0,01	1,34± 0,46	-	-	12	17,91
	14-18 ёш	1,3±0,33	1,56± 0,45	-	-	11	16,92
	Жами	1,4±0,40	1,57±0,47	2	6,06	28	16,96

СКГ- сурункали катарал гингивит; СГГ - сурункали гипертрофик гингивит; * – $p < 0,05$ ёш гуруҳлари билан ўртача солиштирганда

Тадқиқотдаги СКГ ва СГГ аниқланганлар орасида: ўртача - 4 (12,2%) беморда гипоплазия; тишлар чиқишининг бузилиши - 25 тада (6,9%); бирламчи адентия - 88 да (24,4%); тишлар тўлиқ аномалиялари - 48 (13,3%); тишлар эндемик флюорози – 18 та (5%); тиш қаттиқ тўқималарининг едирилиши - 19 (5,3%); тиш жароҳатлари - 32 (8,9%); эмал некрози - 39 (10,8%); эмал эрозияси - 12 (3,3%) беморда кузатилди. Шунингдек, болалар ва ўсмирлар орасида оғиз суюқлигининг (ОС) ностимул ҳолатдаги микдори - СКГ ($0,27 \pm 0,03$ *); - СГГ ($0,40 \pm 0,07$ *) га қараганда 1,7 мартагача кам ажралган. Шунингдек, ОБ ГИ ва ОНІ-S, РМА индекслари ўртасидаги турли йўналишли ўзаро муносабатлар; масалан, СКГ беморлар орасида кариес тарқалиши $62,4 \pm 1,22$; СГГда - $58,8 \pm 1,64$ *; бунда, кариес (К) пломбаланган (П) ва олинганган (О) тишларнинг гуруҳлар бўйича ўзаро боғлиқлиги кузатилмайди.

Тадқиқот давомида, - милк ҳарорати (t°); СКГ билан $-33,8^\circ$ дан $-32,6^\circ\text{C}$ гача; СГГ эса $-35,4^\circ\text{C}$ дан $-33,4^\circ\text{C}$ гача пасайиши кузатилди; шу билан бирга, ҳар иккала ёш гуруҳлари катталашиб боришига қарама-қарши, милк t° пасайиши кузатилади.

РПГнинг визуал тавсифи учун – милк t° ҳарорати турли зоналарда $0,2-0,8^\circ\text{C}$ га пасайиш тенденциясига хослигини статистик натижалар тасдиқлади. СКГ гуруҳида микдорий кўрсаткич ўртача: РИ - $0,04 \pm 0,06$; ИЭ - $59,2 \pm 1,98$; ПТ - $11,6 \pm 1,2$; ИПС - $98,9 \pm 3,2$, шунингдек, СГГ да ўртача РИ билан - $0,05 \pm 0,01$; ИЕ - $57,2 \pm 2,04$; ПТ - $12,4 \pm 1,18$; ва ИПС - $99,4 \pm 3,2$ мосликни тасдиқлади. Бу ҳолат милкларда маҳаллий қон айланишининг бузилишидан далолат бериши билан бирга, ёш катталашиб боришига тесқари ўзгаришини кўрсатади.

3-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида РПГ, ЛДФ ҳамда милкнинг t° ва қон оқими регуляциясининг динамикадаги кўрсаткичлари ($M \pm v$ %).

Ташҳис		СКГ				СГГ			
t°	ёш. гр. кўрсат-р	Ўртача n=45	6-9 ёш n=15	10-13 ёш n=15	14-18 ёш n=15	Ўртача n=45	6-9 ёш n=15	10-13 ёш n=15	14-18 ёш n=15
	ёш. гр. кўрсат-р	Ўртача n=45	6-9 ёш n=15	10-13 ёш n=15	14-18 ёш n=15	Ўртача n=45	6-9 ёш n=15	10-13 ёш n=15	14-18 ёш n=15
t° ю/ж	ўнг	$33,8 \pm 0,48$	$35,2 \pm 0,54$	$34,1 \pm 0,46$	$32,1 \pm 0,44$	$35,4 \pm 0,48$	$36,5 \pm 0,54$	$35,3 \pm 0,46$	$34,4 \pm 0,44$
	марказ	$33,4 \pm 0,44$	$34,4 \pm 0,51$	$33,6 \pm 0,43$	$32,2 \pm 0,38$	$33,8 \pm 0,14$	$35,1 \pm 0,19$	$33,9 \pm 0,15$	$32,4 \pm 0,08$
	чап	$32,6 \pm 0,28$	$33,9 \pm 0,35$	$32,5 \pm 0,29$	$31,4 \pm 0,20$	$33,4 \pm 0,31$	$34,7 \pm 0,39$	$33,3 \pm 0,32$	$32,2 \pm 0,22$
t° п/ж	ўнг	$33,6 \pm 0,18$	$35,1 \pm 0,28$	$33,3 \pm 0,19$	$32,4 \pm 0,07$	$33,8 \pm 0,14$	$35,2 \pm 0,21$	$33,5 \pm 0,13$	$32,7 \pm 0,08$
	марказ	$32,8 \pm 0,24$	$34,3 \pm 0,31$	$32,9 \pm 0,23$	$31,2 \pm 0,18$	$33,8 \pm 0,12$	$35,1 \pm 0,18$	$33,7 \pm 0,11$	$32,6 \pm 0,07$
	чап	$33,1 \pm 0,44$	$34,9 \pm 0,51$	$33,3 \pm 0,43$	$31,1 \pm 0,38$	$33,8 \pm 0,14$	$35,1 \pm 0,19$	$33,6 \pm 0,13$	$32,7 \pm 0,10$
РИ (Ом)		$0,04 \pm 0,006$	$0,06 \pm 0,08$	$0,05 \pm 0,06$	$0,01 \pm 0,04$	$0,05 \pm 0,01$	$0,07 \pm 0,01$	$0,04 \pm 0,01$	$0,04 \pm 0,01$

ЭИ (%)		59,2±1, 98	67,1±2, 29	60,6±1, 87	50,2±1, 78	57,2±2, 04	66,7±2, 76	56,4±2, 13	48,5±1, 23
ПТ (%)		11,6±1, 24	14,3±1, 98	11,7±1, 19	8,8±0,5 5	12,4±1, 18	15,8±1, 54	12,1±1, 11	9,3±0,8 9
ПҚИ (%)		98,9±3, 22	110,1±3 ,86	97,3±3, 15	89,3±2, 65	99,4±3, 24	112,3±3 ,86	98,7±3, 28	87,2±2, 58
ЛД Ф	ПМ(пе)	10,2±0, 22	13,1±0, 27	10,3±0, 21	7,2±0,1 8	12,8±0, 44	14,9±0, 64	12,6±0, 43	10,9±0, 25
	Q(пе)	1,3±0,0 2	1,9±0,0 3	1,1±0,0 2	0,9±0,0 1	1,6±0,0 7	2,2±0,0 9	1,5±0,0 6	1,1±0,0 6
	KV (%)	11,8±0, 34	13,9±0, 51	11,6±0, 33	9,9±0,1 8	11,4±0, 81	14,2±0, 98	10,9±0, 74	9,1±0,7 1
АМ Ф	Вазома ци	113,4±3 ,1	120,7±4 ,9	112,3± 3,2	107,2± 1,2	111,0± 3,1	119,7±4 ,3	110,5± 2,9	102,8± 2,1
	Қон- томир тонуси	86,8±0, 7	96,7±0, 9	85,6±0, 6	78,1±0, 6	89,9±0, 2	94,7±0, 3	88,6±0, 2	86,4±0, 1
ПМ Ф	ЮЧФ	54,2±0, 6	61,1±0, 8	53,7±0, 6	47,8±0, 4	52,4±0, 2	58,3±0, 3	51,7±0, 2	47,2±0, 1
	ПФ	44,3±0, 4	49,7±0, 5	43,2±0, 4	40,0±0, 3	48,4±0, 4	52,6±0, 5	47,5±0, 4	45,1±0, 3
ИФ		1,06±0, 4	1,28±0, 5	1,12±0, 4	0,78±0, 3	0,92±0, 4	1,13±0, 5	0,91±0, 4	0,72±0, 3
ТИҚ		3,38±0, 26	4,08±0, 39	3,27±0, 25	2,79±0, 14	3,88±0, 22	4,27±0, 37	3,91±0, 21	3,46±0, 08

СКГ- сурункали катарал гингивит; СГГ - сурункали гипертрофик гингивит; РИ - реографик индекс, ҚТК – қон томир тонуси кўрсаткичларив, ПҚИ- периферик қаршилик индекси, ЭИ - эластиклик индекси; ЛДФ - лазер доплер флоуметрияси; ФАМ -Флаксмонийнинг актив механизми; ФПМ - Флаксмонийнинг пассив механизми; ЮЧФ- юқори частотали флуктуация; ПФ- Пульсли флуктуации; ИФ – Индекс флаксмоций; ТИҚ-томир ичи қаршилиги; * – $p<0,05$ ёш гуруҳлари билан ўртача солиштирилганда.

СКГ ва СГГ кечиши билан юзага келувчи бир қатор функционал ва клиник хусусиятлар натижаларига кўра, 98,6% беморлар милкида қон айланишнинг локал бузилиши, қон томир тонуси таранглашуви, периферик қон оқими қаршилиги пасайиши ҳамда қон томир эластиклиги ва оқаётган қон реологиясида салбий натижалар қайд этилишини статистика тасдиқлади.

Хулоса.

Шундай қилиб, СКГ ва СГГ ни ўз вақтида аниқлаш, шунингдек, муружъатлар сони ва ундаги ГСШ улушига қараб касалланиш таркибини баҳолаш болалар ва ўсмирларга стоматологик ёрдамни тўғри ташкил этиш – яъни тўғри ва ўз вақтида ташхисни тўғри қўйишда жуда муҳимдир. Тадқиқотлар таҳлили ҳозирги кунгача бу масала бўйича маълумотлар етарлича илмий асосланмаганини кўрсатмоқда. Шунингдек, СКГ ва СГГ ташхиси қўйилган болалар ва ўсмирларнинг бошланғич ҳолати, ёш катталашиши билан ортувчи ОБдаги қониқарсиз гигиена фонида юзага келишини тасдиқлайди. Гингивит

билан оғриган барча болаларда ўрта ва оғир даражадаги милк тўқималарининг яллиғланиш реакцияси кузатилади, бу клиник хусусиятлар маҳаллий гемодинамика бузилишида акс этади.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Барер Г.М., Лемецкая Т.И. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение. НУчеб. нособ. М. 1996. 85.
2. Бородулина И.И., Ермольев С.И., Белояцсова А. Особенности гемодинамики тканей пародонта у лиц с мелким преддверием полости рта. Методы исследования регионального кровообращения и микроциркуляции в клинике. Спб. 2003.
3. Горбатова Т.Л. Влияние топографии отделов десны, преддверия полости рта, прикрепления уздечек губ на формирование патологических изменений в пародонте. Автореф.к.м.н. М. 2004. 22.
4. Джумаев З.Ф., Гаффоров С.А. Способ оценки эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита при пузырчатке. Метод. Реком. Утвержд. МнЗдрав Уз. 15.03.2021 протокол №221. Ташкент 2021.
5. Жолудов С.Е., Назаров У.К., Гаффоров С.А. Изучение уровня функционально-структурного состояния тканей органов полости рта у лиц, занятых на алмалыкском и Нижнетагильском металлоперерабатывающих производствах. Уральский Медицинский журнал. Россия 2019. 12. 5-8.
6. Канкянян А.П., Леонтьев В.К. Болезни пародонта: новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, профилактике и лечении. Ереван: Тигран Меу. 1998. 6-9: 229.
7. Козлов В.И., Корси Л.В., Соколов В.Г. Анализ флуктуаций капиллярного кровотока у человека методом лазерной доплеровской флоуметрии. Латер. первого Всерос. симпоз. Применение лазерной доплеровской флоуметрии в медицинской практике. М., 1996, 38-47.
8. Козлов В.И., Кречина Е.К., Терман О.А. Состояние гемомикроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите. Новое в стоматологии. - 1993, 4, 31-36.
9. Колесов А.А., Жилина В.В. Стоматология детского возраста. Высшая школа. М., 1991, 292.
10. Миргазизов М.З., Халитова Н.Х., Мамаева Е.В. Лазерная доплеровская флоуметрия в стоматологии детского возраста. Метод. Рекомендации, Казань, 1998, 29.
11. Назаров У.К., Гаффорова С.С., Беленова И.А., Гаффоров С.А. Обоснования морфоструктурных изменений органов полости рта у лиц, занятых в горнометаллургических производствах. Сборник трудов 12 междунар. Научно-прак-й конф Стоматология славянских государств. Белгород 2019.101-103.
12. Нутова Ш.Н., Беленова И.А., Митронин А.В., Гаффоров С.А. Комплексный подход к диагностике, профилактике и лечению зубочелюстных

аномалий у детей с хроническим тонзиллитом и хроническим бронхитом. Журнал Кафедра. Россия 2019. 69. 18-22.

13. Рузуддинов Н.С., Алтынбеков К.Д., Рузуддинова К.Н., Гаффоров С.А. Определение микробиологической обсемененности и проницаемости медицинских перчаток стоматологическом приеме. *Stomatologiya* 2-3, Ташкент. 2022 (87-88) 5-9.

14. Рузуддинов Н.С., Рузуддинов С., Фазылова А.Р., Рузуддинова К.Н., Гаффоров С.А. Новый прибор в стоматологии для определения болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта. *IDMFS Integrative dentistry and maxillofacial surgery*, 2022. 100-104.

15. Френкель Г.М., Френкель А.Г. Опыт использования метода реопародонтографии для оценки результатов грязелечения болезней пародонта на курорте. Тр. ЦНИИ стоматол. 1984. 14. 64-65.

16. Шукурова У.А., Гаффорова С.С., Бадриддинов Б.Б., Гаффоров С.А. Выборы пломбировочного материала и влияние их биохимическую и иммунной-микробиологического состояние ткани и состава жидкости ротовой полости. *Тиббиётда янги кун» науч-практ журн. Бухара-2019. 3. 77-81.*

17. Яриева О.О., Гаффоров С.А. Сравнительная оценка состояния полости рта у детей различных возрастных групп. Метод. Рекоменд. утверждена Минздраву от 07.10.19. Ташкент-2019.

18. Bongard O., Fagrell B. Variations in laser Doppler flux and flow motion pattern in the dorsal skin of the human foot. *Microvasc. Res.*, 1998. 39. 212-222.

19. Kopczyk R.A., Lenox J.A. Periodontal health and disease in children. *Dental. Clin. North. Amer.* 1973. 17. 25-33.

20. Williams R.S. Periodontal diseases: gingivitis, juvenile periodontitis, adult periodontitis. *Curr. Clin. Top. Infect Dis.* 1993, 13, 146-163.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЁГКИХ И УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Б.Г. Гафуров, Н.А. Аликулова

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Тел.: +998 (71) 268-17-44, E-mail: info@tipme.ru

Аннотация: Проблема когнитивных нарушений в старших возрастных группах является актуальной, поскольку вследствие этого общество теряет интеллектуальный потенциал людей с богатым профессиональным и жизненным опытом. Лечение и реабилитация при когнитивных нарушениях в старшем возрасте ставит перед врачом большие проблемы, поскольку у пожилых лиц помимо основного заболевания встречается много сопутствующих и коморбидных болезней. Это затрудняет выбор лекарственной терапии. В связи с этим важно обратиться к народной медицине, в частности к фитотерапии, которая имеет минимум противопоказаний и нет негативных свойств лекарственного взаимодействия. С учётом этого авторы провели исследование эффективности препаратов лечебного грибка ганодермы Малозийской Корпорации GANO EXCEL. Эффективность лечения оценивалась клинически, с помощью тестов MMSE и MoCA, а также методом ЭЭГ. Результаты показали эффективность препарата ганодермы при лёгких и умеренных формах когнитивных нарушений у пожилых. Исследование продолжается.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, фитотерапия, ганодерма

HERBAL MEDICINE FOR MILD AND MODERATE COGNITIVE IMPAIRMENT

B.G. Gafurov, N.A. Alikulova

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51, Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru

Abstract: The problem of cognitive impairment in older age groups is relevant, because as a result, society is losing the intellectual potential of people with rich professional and life experience. Treatment and rehabilitation for cognitive impairment in old age poses great problems for the doctor, since in addition to the underlying disease, there are many concomitant and comorbid diseases in the elderly. This makes it difficult to choose a drug therapy. In this regard, it is important to turn

to folk medicine, in particular to phytotherapy, which has a minimum of contraindications and no negative properties of drug interaction. With this in mind, the authors conducted a study of the effectiveness of preparations of the therapeutic fungus *Ganoderma* of the Malaysian Corporation GANO EXCEL. The effectiveness of the treatment was evaluated clinically using MMSE and MoCA tests, as well as the EEG method. The results showed the effectiveness of the ganoderma drug in mild and moderate forms of cognitive impairment in the elderly.

Keywords: cognitive impairment, herbal medicine, ganoderma

YENGIL VA O'RTA DARAJADAGI KOGNITIV BUZILISHLARDA FITOTERAPIYA

B.G. Gafurov, N.A. Alikulova

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi, 51-uy,
Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

Annotasiy: Katta yoshdagi guruhlarda kognitiv buzilishlar muammosi dolzarbdir, chunki natijada jamiyat boy kasbiy va hayotiy tajribaga ega odamlarning intellektual salohiyatini yo'qotadi. Keksa yoshdagi kognitiv buzilishlarni davolash va reabilitatsiya qilish shifokor uchun katta muammolarni keltirib chiqaradi, chunki keksa odamlarda asosiy kasallikdan tashqari ko'plab komorbid va komorbid kasalliklar mavjud. Bu dori terapiyasini tanlashni qiyinlashtiradi. Shu munosabat bilan xalq tabobatiga, xususan, minimal kontrendikatsiyaga ega bo'lgan va dori vositalarining o'zaro ta'sirining salbiy xususiyatlariga ega bo'lmagan Fitoterapiyaga murojaat qilish muhimdir. Shuni hisobga olgan holda, mualliflar Malosiyaning Gano EXCEL korporatsiyasining Gano-dermis dorivor qo'ziqorini preparatlarining samaradorligini o'rganishdi. Davolash samaradorligi klinik jihatdan mmse va MoCA testlari va me-tod EEG yordamida baholandi. Natijalar Ganoderma preparatining keksa yoshdagi kognitiv buzilishlarning engil va o'rtacha shakllarida samaradorligini ko'rsatdi. Is-sledan

Kalit so'zlar: kognitiv buzilishlar, fitoterapiya, ganoderma

Введение

В последние годы большое внимание уделяется когнитивным расстройствам, которые подразделяются на легкие и умеренные. В рамках «нормального старения» могут наблюдаться лёгкие когнитивные нарушения и часто протекают незаметно, вызывая лишь субъективный дискомфорт. Умеренные когнитивные нарушения представляют собой клинически очерченный синдром, который выходит за рамки возрастной нормы, вызывают субъективное беспокойство и подтверждаются объективными (нейропсихологическими) методами исследования, но не достигают выраженности деменции. При этом пациент сохраняет независимость и

самостоятельность в повседневной жизни, но может испытывать некоторые затруднения в сложных видах активности. Подобные когнитивные нарушения затрудняют продуктивную интеллектуальную деятельность и негативно влияют на трудоспособность и качество жизни многих людей, особенно лиц старшего возраста [1, 2].

У лиц старшего возраста часто наблюдается выраженная коморбидность, что ставит необходимость назначения ряда препаратов и создать угрозу возможного лекарственного взаимодействия, что создаёт риск нежелательных побочных реакций и осложнений. Выходом из этой ситуации является использование лекарственных средств растительного происхождения. Исторический опыт показывает, что фитотерапия обладает минимумом побочных эффектов и хорошо сочетается с другими лекарственными средствами, не вступая с ними в нежелательные взаимодействия.

Одним из средств фитотерапии, завоевавших огромную популярность в мире является продукция Малазийской Корпорации GANO EXCEL на основе 100% экстракта лечебного гриба GANODERMA LUSIDUM. Название *Ganoderma* имеет греческое происхождение и означает «сияющая кожа» (*ganos*-сияние, *derma*-кожа). В натуральном виде это красивый блестящий гриб, растущий на древесине. Целебные его свойства обнаружены еще в XVIII веке и в народной медицине применялся при многих болезнях (опухоли, болезни печени, желудка, поджелудочной желез, лёгких, суставов и других заболеваниях). Современные исследования показали, что в основе такого широкого спектра лечебных свойств ганодермы лежит его уникальный состав. Установлено, что он содержит: углеводы, аминокислоты, пептиды, белки, тритерпены, включая стероиды, липиды, алкалоиды, гликозиды, летучие эфирные масла, витамины, микроэлементы, такие как магний, марганец, молибден, кальций, цинк, калий, натрий, железо, медь, сера, германий и еще порядка 200 соединений. Малазийская Корпорация GANO EXCEL создала на основе ганодермы несколько лекарственных водорастворимых форм в виде капсул для приёма внутрь. Каждая разновидность капсул имеет в основе экстракт ганодермы с различными добавками для лучшего усвоения с учётом индивидуальных особенностей организма пациента. Для широкого производства используется ганодерма, культивируемая в тепличных условиях, которая полностью сохраняет целебные свойства натурального гриба. Следует отметить, что ганодерма входит в Американскую фармакопею фитопрепаратов и рекомендуется к использованию при многих заболеваниях. В мире уже накоплен большой опыт успешного применения ГАНО-терапии при целом ряде клинических направлений (гастроэнтерология, онкология, пульмонология, ревматология и пр.). Относительно применения ГАНО-терапии в неврологии серьёзные научные исследования пока ещё очень редки, хотя ещё в глубокой древности было замечено, что гриб омолаживает не только кожу, но и умственные способности. Ганодерму в древнем Китае называли «грибом бессмертия».

Материал и методы. Учитывая вышеизложенное, мы провели исследование эффективности лекарственных средств на основе ганодермы при

когнитивных нарушениях в рамках дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). В исследовании участвовали 30 человек. Критериями включения в исследование были ДЭ I и (или) II стадии заболевания, диагностированным по общепринятым правилам, отсутствие деменции и активной соматической патологии, возраст от 50 до 75 лет, независимо от пола. Информированное согласие пациента. Клинико-психологические исследования выявили наличие у всех больных легких (ЛКН, 8 больных) и умеренных (УКН, 22 пациента) когнитивных нарушений. Проводилось комбинированное лечение препаратами ганодермы, которые были предоставлены Малазийской компанией «GANO EXCEL». Это следующие разновидности капсул, содержащих экстракт ганодермы: *рейши голд, экселиум голд, корди голд и рояль*.

Проводилась трёхмесячная терапия, в течение первого месяца больные принимали по одной капсуле 2 раза в день (утром и вечером), начиная со второго месяца доза составила по 2 капсулы 2 раза в день. Базисную терапию составляли по мере необходимости антиагреганты, гипотензивные и гиполипидемические средства. На время исследования исключались нейропротекторы и психотропные средства.

Контроль эффективности и переносимости терапии ганодермой проводился на основе контроля общего самочувствия больных, динамики ЧСС и АД, клинико-лабораторных (общие анализы крови и мочи) и биохимических исследований (глюкоза, липиды, свёртываемость крови). Основными методами исследования состояния когнитивной сферы явились нейропсихологические тесты (MMSE, БЛД, ТРЧ) а также объективные исследования церебральных функций: ЭЭГ в покое и умственной нагрузке (вычитание от 100 по 7 в условиях дефицита времени) и РЭГ с вычислением реографического и дикротического индексов, отражающих кровенаполнение и тонус мозговых сосудов.

Результаты

В ходе клинических наблюдений установлено, что ГАНО-терапия хорошо переносится, не возникает субъективных и объективных побочных явлений ни в одном случае. Субъективно испытуемые ощущали прилив бодрости, улучшение настроения, регресс утомляемости и сонливости. Этот субъективный эффект особенно проявился на третьем месяце лечения. На фоне гипотензивной терапии у больных с артериальной гипертензией ГАНО-терапия способствовала более ускоренной нормализации АД, без влияния на ЧСС.

Клинико-лабораторные и биохимические исследования показали, что ГАНО-терапия не изменяет нормальную картину анализов крови и мочи. Выявлена тенденция к гиполипидемическому и гипогликемическому эффекту у лиц с атеросклерозом и диабетом, что отмечено и другими исследователями.

Наиболее информативные данные получены при нейропсихологических и нейрофизиологических исследованиях (табл. 1 и 2), объективно отражающих состояние систем мозга, обеспечивающих когнитивные функции.

Как видно из таблицы 1, по всем исследованным нейропсихологическим шкалам выявлена нарастающая тенденция к улучшению когнитивных функций, со статистической достоверностью к концу лечения. По тесту MMSE наиболее динамичными оказались субтесты на память и внимание.

Таблица 1

Нейропсихологические показатели в динамике ГАНО-терапии.

<i>Тест</i>	<i>До лечения</i>	<i>Первый месяц</i>	<i>Второй месяц</i>	<i>Третий месяц</i>
ММSE	24,4	24,5	25,6*	27,1**
БЛД	14,5	15,9	16,2*	17,9**
ТРЧ	7,1	7,6	7,8	8,8*

*ММSE-краткая шкала оценки психического статуса; БЛД-батарея лобной дисфункции; ТРЧ-тест рисования часов. * – достоверные различия по сравнению с исходными данными до лечения. Одна - $P \leq 0,05$; две - $P \leq 0,01$*

Большой интерес представляют данные по БЛД, которые показывают, во-первых существенный вес лобной дисфункции в структуре ЛКН и УКН, а во-вторых при этих формах когнитивных нарушений они носят под влиянием ГАНО-терапии обратимый характер. Наиболее простым, но информативным является ТРЧ, отражающим нарушения памяти и пространственной ориентации. Как видно из таблицы, эти когнитивные функции также улучшаются под влиянием ГАНО-терапии.

Результаты нейрофизиологических исследований (таблица 2) позволяют оценить системные механизмы положительной динамики со стороны когнитивных функций под влиянием ГАНО-терапии. Как видно из таблицы, функциональное состояние мозга и объёмный кровоток имеют тенденцию к положительной динамике по ходу ГАНО-терапии, с достоверными различиями с исходными данными к третьему месяцу лечения. Нарастание альфа-индекса на ЭЭГ объективно отражает процесс релаксации функционального состояния мозга. Интересным оказались данные по реактивности альфа-ритма на фоне умственной нагрузки. Уровень активации мозга, которая отражается на степени десинхронизации ЭЭГ (регресс альфа-индекса) идёт параллельно с улучшением продуктивности мозговой деятельности. Исходя из этого, полученные нами данные свидетельствуют о активирующем влиянии ГАНО-терапии на умственную деятельность.

РЭГ отражает состояние церебрального объёмного кровотока и тонус сосудов мелкого и среднего калибра. Кровенаполнение мозга отражается на величине реографического индекса, а тонус сосудов – это показатели дилятационного индекса. Из табл 2 видно, что под влиянием ГАНО-терапии достоверно улучшается объёмный кровоток мозга и снижается тонус сосудов.

Таблица 2

Нейрофизиологические показатели в динамике ГАНО-терапии

<i>Исследование</i>	<i>До лечения</i>	<i>Первый месяц</i>	<i>Второй месяц</i>	<i>Третий месяц</i>
ЭЭГ: α -индекс	33,5%	36,7%	38,2%	41,0%*
Реактивность α -ритма при УН	-15%	-20,1%	-35,0%*	-50,6%**
РЭГ: реографический индекс	0,8	0,87	0,92*	0,98**
РЭГ: дилятационный индекс	0,7	0,63	0,61	0,54*

** – достоверные различия по сравнению с исходными данными до лечения.
Одна - $P \leq 0,05$; две - $P \leq 0,01$*

Заключение

Таким образом, проведённое нами исследование убедительно свидетельствует о улучшении когнитивных функций при ГАНО-терапии. В основе эффективности данной фитотерапии лежит многогранный механизм как на молекулярно-биохимическом, так и на системном уровнях. При этом следует подчеркнуть огромные преимущества фитотерапии в плане фармакодинамики и фармакокинетики.

Список использованной литературы:

1. Захаров В.В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений к пожилых. Москва, 2021, 156 с.
2. Яхно Н.Н. Проблемы лечения когнитивных нарушений в старших возрастных группах. Москва. Неврологический журнал. 2000. № 5, с. 23-30

Статья поступила 21 октября 2024 г.

Информация об авторах

Профессор Б.Г. Гафуров – заведующий кафедры неврологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан

Профессор Н.А.Аликулова – профессор кафедры неврологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан

QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYALARIDA OPERASIYA OLDI TAYYARGARLIGI VA ANESTEZIYA SAMARADORLIGINI QIYOSIY BAHOLASH

A.U. Raximov¹, S.Sh. Joniyev²

¹O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi, 51-uy,
Tel.: +998 (71) 268-17-44, E-mail: info@tipme.uz

²Samarqand Davlat tibbiyot universiteti, Tel.: +998901921860,
E-mail: jonievssh@mail.ru

***Annotasiya.** Maqolada qalonsimon bez patologiyasi: notoksik bo'qoq bilan bemorlarni xirurgik davoalanish davomida operatsiya oldi tayyorgarligi, anesteziyasi natijalari ko'rsatilgan. Operatsiyaga tayyorlashning yangi usuli tasvirlangan. Operatsiya oldi tayyorgarlikla stress-protector sifatida sibason va droperidolning ishlatilish samaradorligi va anesteziya davomida ketaminning birgalikda ishlatilishi boshqa usullarda ustunligi yoritilgan.*

***Kalit so'zlar:** Operatsiya oldi tayyorgarligi, anesteziya, qalonsimon bez, notoksik bo'qoq*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.У. Рахимов¹, С.Ш. Жониев²

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51-дом,
Тел.: +998 (71) 268-17-44, E-mail: info@tipme.ru

²Самаркандский государственный медицинский университет,
Тел.: +998901921860, E-mail: jonievssh@mail.ru

***Аннотация.** В статье представлены результаты предоперационной подготовки, анестезии и хирургического лечения больных, оперированных по поводу зоба. Описывается новый подход к предоперационной подготовке. Показана эффективность в предоперационном периоде применения стресс-протекторной подготовки с использованием сибазона и дроперидола и анестезиологического пособия с использованием кетамина и преимущества данного метода по сравнению со другими методами общей анестезии*

***Ключевые слова:** предоперационная подготовка, анестезия, щитовидная железа, нетоксический зоб.*

COMPARATIVE ASSESSMENT OF PREOPERATIVE PREPARATION AND EFFECTIVENESS OF ANESTHESIA IN THYROID GLAND PATHOLOGIES

A.U. Rakhimov¹, S.Sh. Joniyev²

¹Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street, 51,

Phone: +998 (71) 268-17-44, E-mail: info@tipme.ru

²Samarkand State Medical University, tel.: +998901921860,
E-mail: jonievssh@mail.ru

Abstract. *The article discusses preoperative preparation, anesthesia, and surgical treatment outcomes for patients undergoing surgery for non-toxic nodular goiter. It introduces a new approach to the preoperative preparation for thyroid surgery. The effectiveness of a modified preoperative preparation method-utilizing sibazon and droperidol-alongside anesthesia with ketamine is highlighted. The article also compares this method to other general anesthesia techniques, emphasizing its advantages.*

Key words: modified preoperative preparation, anesthesia, thyroid gland, nontoxic nodular goiter.

Dolzarbligi

Ekologiya, ovqatlanish va yashash sharoitining buzilishi ko'pgina kasalliklar bilan bir qatorda qalqonsimon bez kasalliklarini ko'payishiga olib keladi. Butunjaxon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra endemik bo'qoq bilan dunyoning 300 mln dan ortiq axolisi kasallangan, ya'ni bu yer yuzi axolisining 7% ini tashkil qiladi [1, 3]. O'zbekiston Respublikasi endemik bo'qoq zonasida joylashganini inobatga olsak, bu ko'rsatkichlar yanada oshishi mumkin. Qalqonsimon bezda turli patologiyalar mavjud, ularni davolashda konservativ va operativ usullar qo'llanilishi bo'yicha juda ko'plab ilmiy izlanishlar olib borilgan. Lekin shu bilan bir qatorda qalqonsimon bez tugunli hosilalaridan biri bo'lgan diffuz notoksik bo'qoq (DNB)ning yuqori darajasini kamaytiruvchi moyillik hanuzgacha aniqlanmagan. Diffuz notoksik bo'qoqning uchrashi darajasi kundan-kunga oshib borishi bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolashning ko'payishiga olib kelmoqda [2]. DNB bo'lgan bemorlarda diagnostika masalalari, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va og'riqsizlantirish usullarini ishlab chiqish bo'yicha yutuqlarga erishildi. Oxirgi 10 yillikda chet elda va yurtimizda qalqonsimon bez jarroxligi sezilarli darajada rivojlandi. Dori-dormonlar va jarroxlik usuli bilan qalqonsimon bez patologiyasi bulgan jumladan diffuz notoksik va tugunli buqoqni davolashning samaradorligi ko'pgina tekshirishlar bilan asoslagan, bunda toksik buqoq kabi tireoid gormonlar biosintezi almashinuvi va ta'sir mexanizimi o'rganilgan [4, 6, 10]. Diffuz notoksik va tugunli buqoqi bor bemorlarni anesteziyasi soxasida sezilarli yutuqlarga erishilgan bulsada, operatsiya davridagi va operatsiyadan keyingi davrda mumkin bo'lgan qon aylanishining buzilishi bilan

kechadigan asoratlarni uchrashi kuzatilmoqda. Yurak-qon tomir sistemasidagi yaqqol o'zgarishlarni aniqlanishi esa jarroxlik yo'li bilan davolash samaradorligini kamaytiradi. Rossiyalik olimlarning izlanishlariga ko'ra bunday patologiyasi bor bemorlarni operatsiyadan keyingi davrdagi asoratlar 1-4%ni [5, 8, 18], chet ellik tadqiqotchilarning ma'lumotlariga ko'ra 5-10% ni tashkil etgan. Diffuz notoksik va tugunli buqoqni operatsiyadan oldingi davrda aniq ishlab chiqilgan ma'lumotlar yo'q. Shunisi ma'lumki, bemorlar yod qabul qilgungacha bo'lgan davrda, ya'ni maxsus tayyorgarliksiz operatsiya qilinganda, operatsiya davrida va operatsiyadan keyingi davrda ko'pgina asoratlarni uchrashi kuzatilgan [7, 17, 20]. Kombinasiyalashgan operatsiya oldi tayyorgarligi uzoq yillar davomida qo'llanilib kelinmoqda, natijada erta operatsiyadan keyingi davrdagi asoratlar miqdori sezilarli kamaygan[9, 11, 12]. Diffuz toksik buqoqi bo'lgan bemorlarda tireostatiklar qo'llanishi natijasida kuzatiladigan asoratlar: AQB oshishi, aritmiyalarning kuzatilishi, ko'p qon ketishini oldini olish maqsadida yodoterapiya va antiaritmik preparatlar xamda yurak glikozidlarini qo'llanilmokda [13, 15]. O'z navbatida operatsiya oldi tayyorgarligi diffuz notoksik va tugunli bo'qoq bilan kasallangan bemorlarda xam xirurgik davolashda muxim axamiyatga ega. Keraklicha operatsiya oldi tayyorgarligi bo'lmagan tireotoksikoz alomatlari qisman bor bemorlarning operatsiya vaqtida va erta operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, ular yuqori xavf guruh bemorlari hisoblanadi[14, 16, 19]. To'g'ri va tizimli o'tkazilgan operatsiya oldi tayyorgarligi operatsiyadan keyingi asoratlar uchrash ehtimolini kamaytiradi.

Ishning maqsadi: Qalqonsimon bez kasalliklari operatsiyalaridan oldin tayyorgarlik variantlarining samarasini baholash va gemodinamik buzilishlar oldini olish maqsadida anesteziologik qo'llanma usulini tanlash.

Tekshirish materiallari va usullari: Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasi xirurgiya bo'limi, Samarqand shahar tibbiyot birlashmasi xirurgiya bo'limi, RIEIATM Samarqand filiali endokrin xirurgiya bo'limlarida 156 ta diffuz notoksik bo'qog'i bo'lgan bemorlarni tekshiruviga asoslangan: barcha bemorlarda mavjud bo'lgan qalqonsimon bez kattaligi hisobiga nafas kisishi, markaziy asab tizimi(MAT) funksiyasining (ta'sirchanlik, bosh og'rig'i, ish qobiliyatining pasayishi, uyquning buzilishi), yurak-qon tomir tizimi (yurak o'ynashi, yurak tez urishi, yurak chegaralarining kengayishi) buzilish belgilari, miokardning diffuz zararlanish belgilari (EKG da), shuningdek hazm kilish tizimining zararlanish belgilariga (ozish, ishtaxaning oshishi yoki pasayishi,) kabi o'zgarishlar aniklandi. Barcha bemorlarga to'liq kliniko - diagnostik tekshirish, zarur paraklinik va bioximik tekshirishlar o'tkazildi. Barcha bemorlarga qalqonsimon bez palpasiyasi, qalqonsimon bez ultratovush tekshirishi (UTT), tireotrop gormon miqdorini aniqlandi. Ushbu tadqiqotning maqsadi va vazifalariga muvofiq operatsiya oldi tayyorgarlik (premedikasiya) usullari va qo'llanilgan anesteziologik qo'llanma turiga qarab, bemorlar ikki guruhga bo'lingan. I guruh (nazorat), (n=76) – standart operatsiya oldi tayyorgarligi va premedikasiya qabul qilgan va umumiy vena ichi anesteziyasi qo'llangan bemorlar; II guruh (asosiy), (n=80) – operatsiya oldi tayyorgarligi (premedikasiya)ga organizmni stressdan himoya qiluvchi va adaptogen ta'sirga ega bo'lgan droperidol va sibazon bilan uzaytirilgan premedikasiya va umumiy vena ichi

va ingalyasion anesteziyasi o'tkazilgan bemorlar kiritilgan. Bemorlarda mavjud bo'lgan xavotirlikni tahlili ularni psixoemosional holatini differensiyalash imkonini beradigan xavotirlikni integrativ testi (XIT) yordamida aniqlangan.

Bemorlarda o'tkazilgan premedikasiya samarasini aniqlash imkonini beradigan modifikasiyalashtirilgan Ramsay shkalasi ishlatilib (Joniye S.Sh. va hammualif., 2023), bu premedikasiyadan 40 daqiqa o'tgandan so'ng baholandi (1-jadval).

Jadval 1

Premedikasiya samarasini takomillashtirilgan shkala yordamida baholash shkalasi.

№	Ko'rsatkichlar nomlanishi	Ballar
R _I	1. Bemor xushi o'zida	0
	2. Bezovtalik	1
	3. Hayajon	2
	4. Betoqatlik	3
	5. Qo'rquvchanlik	4
R _{II}	1. Xushi saqlangan	0
	2. Vrach bilan muloqotga kirishadi	1
	3. Tashqi muhitga oriyentasiya saqlangan	2
	4. Bemor tinch, sust	3
	5. Bemor tinch, uyquchan	4
R _{III}	1. Bemor uyquchan	0
	2. Ovozga ko'zini ochadi	1
	3. Taktil ta'sirga ko'zini ochadi	2
	4. Ta'sirotda qo'l va oyoqlarni bukish tez	3
	5. Ta'sirotda qo'l va oyoqlarni bukish sekin	4
R _{IV}	1. Bemor uyquchan	2
	2. Taktil ta'sirotda javob beradi	1
	3. Ovoz ta'sirotda javob beradi	0
R _V	1. Bemor uyquchan	2
	2. Taktil ta'sirotlarga sust javob beradi	1
	3. Ovoz ta'sirotlarga sust javob beradi	0
R _{VI}	1. Bemor uxlayapti	2
	2. Tashqi ta'sirotlarga javob bermaydi	1
	3. Ovozga javob bermaydi	0

Premedikasiya samarasini aniqlash shkalasi har bir bemorga individual qo'llanilgan holda olingin ballar yig'indisi o'rganildi.

Markaziy va periferik qon aylanishi kardiomonitor va ExoKG yordamida baholanadi: sistolik arterial qon bosimi (sAQB, mm.sm.ust.), diastologik arterial qon bosimi (dAQB, mm.ust.st.), yurak urish soni (YuUS, zarb/dak) dinamikada «Agilent-M3046A» monitori bilan o'rganildi. Puls arterial qon bosimi (PAQB mm.sm.ust.), o'rtacha dinamik arterial qon bosimi (O'AQB, mm.sm.ust.), yurakning zarb hajmi (YuZH, ml), yurakning daqiqalik hajmi (YuDH), umumiy periferik qon tomirlarning qarshiligi (UPQTQ, din.sek.sm-5), yurakning zarb indeksi (YuZI, ml/m²) va yurak indeksi (YuI, ml/daq/m²). Shuningdek, qon plazmasidagi stress gormon (kortizol) va prolaktin miqdori immunoferment usulida (IFA) 2 bosqichda tekshirildi.

Olingan natijalar va ularning muhokamasi: Bizning tekshirishlarimiz shuni ko'rsatdiki, ikkala guruhda xam stasionarga kelgan davrda gemodinamikasida

farqlovchi belgilar aniqlanmagan. Gemodinamikadagi o'zgarishlarni bosqichma-bosqich kuzatganda, nazorat guruhidagi bemorlarda operatsiyadan oldingi davrda, anesteziya induksiyasini boshlagungacha bo'lgan davrda sAQB, dAQB, O'AB va YuUS birinchi bosqichdagiga nisbatan (8%ga) oshishini kuzatildi.

Bemorning umumiy ahvolini baholovchi gemodinamik o'zgarishlar jadvalda keltirilgan (2-jadvalga qarang).

1-bosqichda 1 va 2 guruxlarda gemodinamik ko'rsatkichlar bir xil kursatkichlar atrofida bulib bemorlarni shifoxonaga kelib tushishidagi stress bilan bog'lash mumkin.

2-bosqichda bemorlar guruxlarda boshlangan operatsiya oldi tayyorgarlik jarayoni natijasida gemodinamik ko'rsatkichlar farqlanishi kuzatildi. Ya'ni 1 –guruh sis.AQB dastlabki kursatkichlarga nisbatan 7-8%gacha, dias.AQB 6-7%gacha, o'rt.AQB 7-8%gacha, YuKS 7 %gacha tushishi kuzatildi. 2-guruhda bu kursatkichlar 2-3 % atrofida buldi. Bu esa operatsiya oldi tayyorgarlik chora tadbirlarini ta'sirini va bemorni psixoemosional xolatini mo'tadillashganini ko'rsatadi.

3-bosqichda 1-guruhda gemodinamik ko'rsatkichlar: sis.AQB(mm.sm.ust.) deyarli normal kursatkichlarga tushib $120,9 \pm 1,3$, dias.AQB $87,1 \pm 0,7$, o'rt.AQB $98,4 \pm 1,0$, YuUS(ta/min) $78,5 \pm 0,8$ ga teng bo'ldi. 2-guruhda sis.AQB $138,9 \pm 1,3$, dias.AQB $97,1 \pm 0,9$, o'rt.AQB $111,3 \pm 1,2$, YuUS (ta/min) $84,3 \pm 0,7$ tani tashkil etdi. 5-bosqichda 1-guruhda sis.AQB $111,3 \pm 1,2$, dias.AQB $72,4 \pm 0,8$, o'rt.AQB $85,4 \pm 0,8$, YuUS (ta/min) $76,6 \pm 0,7$ tani tashkilettdi. 2-guruhda sis.AQB $128,3 \pm 1,2$, dias.AQB $86,4 \pm 0,9$, o'rt.AQB $100,4 \pm 0,9$, YuUS (ta/min) $85,3 \pm 0,8$ tani tashkil etdi. Keyingi bosqichlardagi o'zgarishlar gemodinamik va kondagi stress gormonlarni bir xil darajaga kelishini ko'rsatib, operatsiya oldi tayyorgarligi va anesteziya jarayonini asoratlarsiz kechishini ta'minladi.

Qalqonsimon bez kasalligi bor 1-guruh bemorlarda o'rganilayotgan gemodinamik ko'rsatkichlar 5- bosqichgacha stabil qoldi. Jumladan 1-guruhdagi bemorlarda AQB ni normallashtirishi, yurak qisqarishlar sonining stabillashishini kuzatildi va uning umumiy ahvoli ijobiy tomonga o'zgarishini aniqlandi. 2-guruhdagi bemorlarda gemodinamik ko'rsatkichlarning oshiganligini kuzatildi.

Bemorni plazmasida biximik tekshirishlar natijasida glyukoza va kortizolni miqdori aniklanganda asosiy gurux bemorlarida glyukoza miqdori va kortizol deyarli o'zgarmasdan qoldi. Bu bemorlarga o'tkazilgan operatsiya oldi tayyorgarligida kompleks preparatlarni qo'llanishi va operatsiya vaqtida adekvat anesteziya usulidan foydalanganligini kursatdi. Ikkinchi gurux bemorlarida qondagi glyukoza va kortizol miqdori operatsiyadan keyingi davrda oshganligini kursatib, operatsiya oldi tayyorgarligi samarasini pastligini va o'tkazilgan anesteziya tulaqonli bo'lmaganligini ko'rsatadi.

Tekshirilgan ko'rsatkichlar operatsiyadan oldingi ko'rsatkichlardan ishonarli farqlandi. Asosiy guruxdagi bemorlarda yurak urishlar soni va AQB normal ko'rsatkichlarga pasayishi aniqlandi. Operatsiyadan keyingi erta davrda yuqoridagi kursatkilar normaga yaqin kelganligi aniqlandi. Bemor o'zidagi bosh og'rig'i, yurak sohasidagi og'riq, AQBning ko'tarilishi yo'qligiga e'tibor qaratdi.

Jadval 2

Qalqonsimon bez kasalligi bilan operatsiya qilingan bemorlarda perioperasion davrning asosiy bosqichlaridagi gemodinamik o'zgarishlar.

Tekshirish bosqichlari	sis.AQB		dias.AQB		o'rt.AQB		YuUS ta/min	
	1 guruh	2 guruh	1 guruh	2 guruh	1 guruh	2 guruh	1 guruh	2 guruh
1-bosqich – stasionarga kelganda	157,5± 1,6	156,3± 1,3	107,5 ± 1,0	105,5 ± 1,3	124,2 ± 1,0	122,4 ± 1,1	89,7 ± 1,1	94,6 ± 1,2
2-bosqich – operatsiyada n 2 kun oldin	137,2± 1,6 p >0,05	145,2± 1,6 p >0,05	95,3 ± 0,9r>0,0 5	102,3 ± 0,8r>0,0 5	109,3 ± 0,8r>0,0 5	116,6 ± 0,9r>0,0 5	81,8 ± 0,9r>0,05	88,5 ± 0,8r> 0,1
3- operatsiyada n 1 kun oldin	120,9± 1,3	138,9± 1,3	87,1 ± 0,7	97,1 ± 0,9	98,4 ± 1,0	111,3 ± 1,2	78,5 ± 0,8	84,3 ± 0,7
4- premedikatsiyadan keyin	118,5± 1,3 r>0,05 r1>0,05	135,5± 1,3 r>0,05 r1>0,05	79,1 ± 0,7 p<0,05 r1>0,05	89,1 ± 0,8 r>0,05 r1>0,05	92,2 ± 0,8 p<0,05 r1>0,1	104,5 ± 0,9 p<0,05 r1>0,1	75,3 ± 0,7 p<0,05 r1>0,05	82,4 ± 0,8 p<0,05 r1>0,05
5- operatsiyada n keyingi 1 sutkada	111,3± 1,2 p>0,001 r1>0,05	128,3± 1,2 p>0,001 p1>0,05	72,4 ± 0,8 p<0,001 r1>0,2	86,4 ± 0,9 p<0,001 r1>0,2	85,4 ± 0,8 p<0,01 r1>0,1	100,4 ± 0,9 p<0,01 r1>0,1	76,6 ± 0,7 p<0,05 p1>0,3	85,3 ± 0,8 p<0,05 p1>0,3

p- birinchi bosqichdagi tekshirish bilan solishtirgandagi ishonchlilik ko'rsatkichi; p1- oldingi bosqichdagi tekshirish bilan solishtirgandagi ishonchlilik ko'rsatkichi.

Jadval 3

Qalqonsimon bez kasalligi bilan operatsiya qilingan bemorlarda perioperasion davrning asosiy bosqichlaridagi bioximik o'zgarishlar.

Tekshirish bosqichlari	Kondagi glyukoza mikdori(mmol/l)		Kortizol(mkmol/l)	
	1 guruh	2 guruh	1 guruh	2 guruh
1-bosqich–stasionarga kelganda	4,5±0,6	4,8±0,7	0,69±0,4	0,49±0,1
5- operatsiyadan keyingi 1 sutkada	5.6±0,3	8,5±0,4	0,71±0,2	0,89±0,8

Xulosalar

1. Qalqonsimon bez kasalliklari xususan diffuz notoksik bo'qoqi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi davrda psixoemosional xolati yuqori shaxsiy xavotirlik darajasi nomoyon bo'ladi va bu xolat organizmning kutilmagan gemodinamik(67%), vegetativ(65%) va neyroendokrin(74%) reaksiyalarini boshdan kechirib operatsiya va anesteziya vaqtida 77,7% bemorlarga salbiy ta'sir qiladi.

2. Operatsiyadan oldingi davrda qo'llaniladigan uzaytirilgan premedikasiya usulida ishlatiladigan preparatlar(sibazon va droperidol)ning organizmga stress proyektor va adaptogen ta'siri nafaqat laringoskopiya, traxeya intubasiyasi va operatsiyaning asosiy bosqichlarida kuzatiladigan gipertoniya va taxikardiya epizodlaridan(55.4%) bartaraf qilmay, balki yurak faoliyatini(44.3%) va periferik qon oqimini(84%) sezilarli darajada yaxshilaydi, miokardda kislorod iste'molini 33.4%ga kamaytiradi va yurakning mexanik faoliyatini 37,4%ga yaxshilaydi.

Manfatlar to'qnashuvi:- *Ushbu maqolani tayyorlashda manfaatlar yo'qnashuvi bo'lmadi.*

Har bir avtorning qo'shgan xissasi:

Joniye S.Sh. - *barcha birlamchi matetaillar tayyorlash, ma'lumotlarni qayta ishlash, maqolani rasmiyalshtirish.*

Raximov A.U. - *maqolani taxriyalash, dizayn, tekshirishlar uslublarini aniqlash.*

Maqolani xarakteri: - *maqola mualliflar tomonidan o'zlarini tashabbusi bilan tayyorlandi.*

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Raximov A. U., Joniye S. Sh. Qalqonsimon bez patologiyalari operatsiyalarida umumiy anesteziya usullarining samaradorligini baholash [Tekst] / A. U. Raximov, S. Sh. Joniye // Problemi biologii i medisini. — 2022. — № 4,1(138). — S. 118-125.

2. Joniev S.Sh. Features of preoperative preparation and anesthesia in thyroid pathology [Tekst] / Joniev S.Sh. // British Medical Journal. — 2022. — № Volume-2, No 4. — S. 212-215.

3. Joniye S. Sh., Pardayev Sh. K. Qalqonsimon bez operatsiyalarida umumiy anesteziyaning qo'llanilishi [Tekst] / S. Sh. Joniye, Sh. K. Pardayev // Biomedicina va amaliyot. — 2021. № 4. — S. 59–67.

4. Joniye S. Sh., Pardayev Sh. K., Sharipov I.L. Qalqonsimon bez operatsiyalarida umumiy ko'p komponentli anesteziyaning qo'llanilishi [Tekst] / S. Sh. Joniye, Sh. K. Pardayev, I.L. Sharipov // Tibbiyotda yangi kun. — 2021. № 6 (38/1). — S. 443–479.

5. Joniev S.Sh., Pardaev Sh.K., Muhammadiyeva U., Analysis of methods of general anesthesia in thyroid surgery based on hemodynamic parameters [Tekst] / Joniev S.Sh., Pardaev Sh.K., Muhammadiyeva U., // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation. — 2021. — № 32(3). — R. 7136-7140.

6. Joniev S.Sh., Pardaev Sh.K., Akramov B.R., Hushvakov U.O., Monitoring and Evaluation of Hemodynamic Parameters During Anesthesia in Endocrine Surgery [Tekst] / Joniev S.Sh., Pardaev Sh.K., Akramov B.R., Hushvakov

U.O., // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. — 2020. — № 2(12). — S. 40-46.

7. Joniyev S. Sh., Xushvaktov, U. O. Endokrin xirurgiyasida anesteziya davomida gemodinamik ko'rsatkichlarni baholash [Tekst] / S. Sh. Joniyev, U. O. Xushvaktov // Tibbiyotda yangi kun. – 2020. № 4. – S. 150–154.

8. Жониев С. Ш., Бабажанов А. С., Рахимов, А. У. Анализ эффективности вариантов предоперационной подготовки и анестезии в лечении заболеваний щитовидной железы [Текст] / Жониев С. Ш., Бабажанов А. С., А. У. Рахимов // Проблемы биологии и медицины. — 2017. — № 1. — С. 93-95.

9. Жониев С.Ш., Рахимов А.У., Давлатов С.С. Программа для проведения количественной оценки факторов риска анестезии и показаний к различным видам обезболивания при проведении оперативного вмешательства по поводу патологии щитовидной железы // Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturning rasmiy ro'yxatdan o'tkazilganligi to'g'risidagi Guvohnoma. O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligi, № DGU . – Toshkent: Intellektual mulk agentligi, 2016. – S.1

10. Joniyev S.Sh., Raximov A.U., Babajanov A.S., Axmedov A.I. Qalqonsimon bez kasalliklari operatsiyalarida anesteziya uchun o'tkazilgan premedikatsiya samarasini baholashning modifikatsiyalashtirilgan shkalasi // Elektron hisoblash mashinalari uchun yaratilgan dasturning rasmiy ro'yxatdan o'tkazilganligi to'g'risidagi Guvohnoma. O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligi, № DGU32003. - Toshkent: Intellektual mulk agentligi, 2023. - S. 1.

11. Жониев С.Ш., Рахимов А.У., Бабажанов А.С. Предоперационная подготовка, анестезия и послеоперационный период в лечении заболеваний щитовидной железы // Методическая рекомендации. - Ташкент: "Тиббиёт кузгуси", 2021. - С. 27.

12. Жониев С.Ш., Ражабов Ё. Показатели центральной гемодинамики как критерии адекватности анестезии у пациентов с узловым нетоксическим зобом во время оперативного вмешательства // International Scientific Journal Cardiology In Belarus. - Минск: "Профессиональные издание", 2022. - С. 35-36.

13. Жониев С.Ш., Ражабов Ё. Количественная оценки факторов риска анестезии и показаний при операциях щитовидной железы // Вестник Национального детского медицинского центра. - Ташкент: 2022. - С. 52.

14. Joniev S.Sh., Rajabov Yo. Determination of perioperative risk in patients with nontoxic goiter // Xirurgiya Uzbekistan. - Tashkent: "VS Print Center", 2022. - S. 159.

15. Жониев С.Ш., Онарбаев Д.А. Определения уровня предоперационной подготовки с помощью шкалы Ramsay у больных с патологиями щитовидной железы // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд: Типография СамГМУ, 2022. - С. 454-455.

16. Жониев С.Ш., Юсупов Ж.Т., Акрамов Б.Р., Ражабов Ё., Кодиров А.Э. Изучение состояния кровообращения у больных с узловым нетоксическим зобом во время анестезиологического пособия и оперативного вмешательства //

Сборник научных трудов форума «Ошибки, опасности и осложнения в анестезиологии и реаниматологии». - Москва: 2022. - С. 19-21.

17. Жониев С.Ш. Особенности предоперационной подготовки и анестезии при патологии щитовидной железы // Сборник научных трудов XXIII Всероссийской конференции с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях». - Москва: "Триалог", 2021. - С. 81-83.

18. Жониев С.Ш. Количественная оценка факторов риска анестезии при операциях на щитовидной железе // Сборник научных трудов XXIV Всероссийской конференции с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях». - Москва: "Триалог", 2022. - С. 101-102.

19. Жониев С.Ш. Оценка эффекта премедикации с помощью шкалы Ramsay у больных с диффузным нетоксическим зобом // Сборник научных трудов XXV Всероссийской конференции с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях». - Москва: "Триалог", 2023. - С. 31.

20. Жониев С.Ш., Рахимов А.У. Способ пролонгированного метода премедикации перед оперативным вмешательством на щитовидной железе // Сборник трудов «VI съезд анестезиологов и реаниматологов Узбекистана с международным участием». - Самарканд: Типография СамГМУ, 2023. - С. 41.

**ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОРТОПЕДИК
СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШДАГИ САМАРАДОРЛИГИГА
ТИШ ПРОТЕЗЛАРИ ТУРЛАРИ ВА ХОМАШЁЛАРИНИНГ
АХАМИЯТИНИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АСОСЛАРИ**

Р.С. Пулатова¹, С.А. Гаффоров², Д.Н. Хен²

¹Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро тиббиёт институти, Бухоро шаҳар,
Гиждувон кўчаси 23. 200126

²O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot
xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O‘zbekiston,
Toshkent sh., O‘zbekiston, E-mail: info@tipme.uz

РЕЗЮМЕ

Долзарблиги. ОИВ-инфицирланган инсонлар беморларга стоматологик ёрдам кўрсатиш ўзига хос қийин ва муаммоли вазиятдир. Касаллик клиник кечиши, хусусиятлари, айниқса юқори даражада юқиш хавфи мавжудлиги билан инсонлар орасида ижтимоий-рухий зўриқишининг шаклланиши ҳозирги кунда касалликнинг таъхиси ва даволашда аҳамиятли муаммоларни келтириб чиқармокда. Охирги беш йилда фақатгина Ўзбекистонда 49.000 га яқин инсонга ВИЧ-инфицирланганлиги, провардида уларнинг аксарияти 29-50 ёш оралигидалиги албатта стоматолог мутахасисларнинг ушбу тоифадаги беморлар билан тўғридан-тўғри алоқада бўлишини кўрсатмокда. Айнан ихтисослашган стоматологик ёрдам кўрсатиш - замонавий сунъий тиш протезлари (СТП) қўллаш, пародонт тўқимасини функционал ҳолатини яхшилаш орқали, тиш қаторларидаги чайнов босимида чидамлилик самараси яхшилашга қаратилган ҳамда этиопатогенетик механизмларни инобатга олган даво-профилактика чора-тадбир алгоритми зарурати мавжуд.

Тадқиқотнинг мақсади: ВИЧ-инфицирланганларда пародонт ва ОБШҚ тўқималаридаги патологияларнинг ўзига хос клиник-морфологик хусусиятларига муқобил тиш протезлари конструкциялари ва хомашёларининг самарадорлигини илмий-амалий асослаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллар: Республикада “Орттирилган иммунитет танқислиги синдромига қарши кураш” маркази ва Бухоро филиалида диспансер назоратда бўлган ОИВ-инфицирланган 384 нафар бемор (асосий гуруҳ – А/Г) ва назорат гуруҳи (Н/Г) сифатида 258 нафар (ретроспектив) инсонлар, ҳамда 134 нафар (А/Г-1); жумладан А/Г-2 дан 68 ва таккослаш гуруҳи (Т/Г) дан - 66 нафар, Н/Г дан 38 нафар инсонга “Vertex termo sens” “Фторакс” ва “Gluta Comfort Bond” маҳсулотлари қўлланилиб 12 ой давомида клиник-стоматологик, лаборатор, функционал ва гистоморфологик тадқиқотлар утказилди.

Натижалар. ОИВ-инфицирланган беморлар оғиз бўйлиги (ОБ) тўқима ва аъзоларининг патологияларининг клиник ўзига хос хусусиятларини инобатга олиб таклиф қилинган “Vertex termo sens” хомашёли СТПлари нинг “Gluta

Comfort Bond” қоплангани сифати “Фторакс”ни бондли қопламасидан устунлигини кўрсатиши билан бир вақтда “Фторакс” СТП лари ижтимоий-иқтисодий мақбуллиги асосланиши қаторида тадқиқот давригача мавжуд бўлган СТПнинг таклиф қилинган протезлардан сезиларли камчиликлари билан фарқланиши асосланган.

Хулосалар. ОИВ-инфицирланган беморлар орасида пародонт тўқимасининг яллиғланишли жараёнлари ва тиш қаторидаги нуқсонларни бартараф этишида – чайнов самарадорлигини яхшилашда “Vertex термо сенс” “Фторакс” хомашёсидан тайёрланган СТПларини “Gluma Comfort Bond” адгезивига тўйинтириб тиш қаторларини тиклаш учун ишлаб чиқилган даво-профилактика алгоритми ҳозирги кунда энг ютуқли эканлигини кўрсатди.

Калит сўзлар: стоматологик касалликлар, ОИТС, ОИТВ, пародонт тўқимаси яллиғланиши, стоматология, прикус, сунъий тиш протезлари, оғиз бўйлиги шиллиқ қавати, сўлак таркиби, гнатодинамометрия.

УДК: 616.31-77:616.98-097

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАЧЕНИЯ ВИДОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

Р.С. Пулатова¹, С.А. Гаффоров², Д.Н. Хен²

¹Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, г. Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан, E-mail: info@tipme.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Оказание стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам представляет собой сложную ситуацию. Клиническое течение заболевания, особенно высокий риск инфицирования, формирование социального и психологического стресса у людей, в настоящее время вызывают важные проблемы в диагностике и лечении заболевания. Тот факт, что только в Узбекистане за последние пять лет ВИЧ инфицировано около 49 тысяч человек, большинство из них в возрасте от 29 до 50 лет, определенно показывает, что стоматологи имеют прямой контакт с этой категорией пациентов. Возникает необходимость в специализированной стоматологической помощи - использовании современных искусственных зубных протезов (ИЗП), улучшающих функциональное состояние тканей пародонта, повышающих эффект устойчивости жевательного давления в зубных рядах и учитывающих этиопатогенетические механизмы.

Цель исследования: научно-практическое обоснование эффективности альтернативных конструкций зубных протезов при специфических клинико-

морфологических особенностях патологий в тканях пародонта и слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Методы и материалы исследования: Клинико-стоматологические, лабораторные, функциональные и гистоморфологические исследования были проведены 384 ВИЧ-инфицированных больных (основная группа - О/Г) и 258 человек контрольной группы (К/Г), находящихся на учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом и в его бухарском филиале и 134 человека (О/Г-1); в том числе 68 человек из О/Г-2 и 66 человек из группы сравнения (С/Г), 38 человек из К/Г получали лечение препаратами «Вертекс термосенс», «Фторакс» и «Глюма Комфорт Бонд» в течение 12 месяцев.

Результаты. Учитывая клинические особенности патологий тканей и органов полости рта (ПР) ВИЧ-инфицированных пациентов, качество покрытия «Глюма Комфорт Бонд» ИЗП «Вертекс термосенс» показывает превосходство «Фторакс» над адгезивом социально-экономической приемлемости ИЗП, он основан на отличии ИЗП, существовавших до периода исследований, от предложенных протезов, имеющих существенные недостатки.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных пациентов разработан лечебно-профилактический алгоритм восстановления зубных рядов путем пропитки ИЗП из «Вертекс термосенс» «Фторакс» адгезивом «Глюма Комфорт Бонд» при устранении воспалительных процессов пародонта, тканей и дефектов зубного ряда – повышение эффективности жевания оказалось успешным.

Ключевые слова: стоматологические заболевания, СПИД, ВИЧ, воспаление тканей пародонта, стоматология, прикус, искусственные зубные протезы, слизистая оболочка полости рта, состав слюны, гнатодинамометрия.

UDC: 616.31-77:616.98-097

SCIENTIFIC AND PRACTICAL FOUNDATIONS OF THE IMPORTANCE OF TYPES OF DENTAL PROSTHESES FOR THE EFFECTIVENESS OF ORTHOPEDIC DENTAL CARE FOR HIV-INFECTED PATIENTS

R.S. Pulatova¹, S.A. Gaffarov², D.N. Xen²

¹Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara city, 23 Gijduvan street. IN: 200126

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru

Resume.

Relevance. Providing dental care to HIV-infected patients is a complex situation. The clinical course of the disease, especially the high risk of infection, and the formation of social and psychological stress in people, currently causes important problems in the diagnosis and treatment of the disease. The fact that only in

Uzbekistan over the past five years, about 49 thousand people have been infected with HIV, most of them aged 29 to 50 years, clearly shows that dentists have direct contact with this category of patients. There is a need for specialized dental care - the use of modern artificial dentures, improving the functional state of periodontal tissues, increasing the effect of chewing pressure resistance in the dentition, and taking into account etiopathogenetic mechanisms.

The purpose of the study. Scientific and practical substantiation of the effectiveness of alternative designs of dentures for specific clinical and morphological features of pathologies in the periodontal tissues and oral mucosa in HIV-infected patients.

Materials and methods. Clinical, dental, laboratory, functional, and histomorphological studies were conducted on 384 HIV-infected patients (main group - M/G) and 258 people in the control group (Cont/G) registered at the Republican AIDS Center and its Bukhara branch and 134 people (M/G-1); including 68 people from M/G-2 and 66 people from the comparison group (Comp/G), 38 people from Cont/G received treatment with Vertex Thermosens, Ftorax and Gluma Comfort Bond for 12 months.

Results. Taking into account the clinical features of pathologies of tissues and organs of the oral cavity of HIV-infected patients, the quality of the coating "Gluma Comfort Bond" removable dentures "Vertex Termosens" shows the superiority of "Ftorax" over the adhesive of socio-economic acceptability of removable dentures, it is based on the difference between removable dentures that existed before the study period and the proposed prostheses, which have significant drawbacks.

Conclusions. In HIV-infected patients, a therapeutic and preventive algorithm for restoring dentition by impregnating IZP from "Vertex Termosens" "Ftorax" with the adhesive "Gluma Comfort Bond" was developed to eliminate inflammatory processes of the periodontium, tissues, and defects of the dentition - increasing the efficiency of chewing was successful.

Keywords: dental diseases, AIDS, HIV, inflammation of periodontal tissues, dentistry, bite, artificial dentures, oral mucosa, saliva composition, gnathodynamometry

Долзарблиги. Маълумки, одам иммунитет танқислиги вируси билан касалланган беморларда касалликни юктиришда алоқа механизмларининг устунлиги, иммунитет танқислик аломатларини шакллантирувчи генетик омилларнинг прогрессив шикастланиши, организмда оппортунистик касалликлар шаклланиши, кечиши ва оқибати ўлимга сабаб бўлади. Шу жихатлари билан ОИВ-инфицирланган беморни қабул қилишда стоматолог мутахасислар маълум бир маънода рухий муаммоларга дуч келишади, шу ўринда стоматологик муолажа самарадорлиги беморнинг асосий (соматик) касаллигининг клиник даражаси ва босқичларига боғлиқ бўлса, охирги беш йилда Ўзбекистонда 49.000 га яқин ОИВ-инфицирланган инсонлар қайт этилиши стоматолог мутахасислар ушбу беморлар билан контактда бўлиши муаммо ечимини кескинлаштиради. Шунингдек, маълумки сунъий тиш протезларининг (СТП) хомашёлари сифати, биологик мослиги, биофизик,

механик жиҳатлари; жумладан, акрилат, полиметилметакрилат бирикмалари оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати (ОБШҚ) протез ости ва чегара майдони тўқималарида патологик ўзгаришларни келтириб чиқаради; СТП асослари синиши, тайёрланган умумий СТП сонининг ўртача 80%ни ташкил қилиши ҳам мутахасислар олдида ОИВ-инфицирланган беморлар учун ОБШҚ ва пародонт тўқимаси учун мукобил даво-профилактика усуллари ва хомашёларини қўллашга ёндошув муаммоларини долзарблигини англатади.

Тадқиқотнинг мақсади: ОИВ-инфицирланганларда пародонт ва ОБШҚ тўқималаридаги патологияларнинг ўзига хос клиник-морфологик хусусиятларига мукобил тиш протезлари конструкциялари ва хомашёларининг самарадорлигини илмий-амалий асослаш.

Тадқиқот объекти ва усуллари: Республика ОИТСга қарши маркази ва унинг Бухоро вилояти филиалида 2022-2024 йиллар давомида тиббий диспансер назоратида булган 18-59 ёшдаги 384 нафар бемор (А/Г) ва ТХКМРМ стоматология клиникасига мурожаат этган 258 нафар инсонда (Н/Г) ретроспектив ва проспектив ёндошув асосида ижтимоий, клиник, стоматологик, лаборатор ва қатор махсус-функционал текширувлар ўтказилди. Тадқиқотда иштирок этганларнинг жинси, ёши ва ижтимоий ҳолати 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Тадқиқотдаги инсонларнинг ёши, жинси ва ижтимоий тавсифи

Кўрсаткич	ОИВ-инфицирланган n=384	Назорат гуруҳи n=258	χ^2 Пирсон P
Жинси: эркаклар	255/66,41	175/67,83	$0,65 \geq 0,05$
аёллар	129/33,59	83/32,17	$1,25 \geq 0,05$
Ёши 18-24	35/9,11	19/7,36	$0,65 \geq 0,05$
25-34	66/17,19	44/17,05	$0,31 \geq 0,05$
35-44	191/49,74	134/51,94	$0,33 \geq 0,05$
45-54	61/15,89	41/15,89	$0,44 \geq 0,05$
>59	31/8,07	20/7,75	$0,52 \geq 0,05$
Ижтимоий-иқтисодий ҳолати			
Ишчи	104/27,08	72/27,91	$0,65 \geq 0,05$
Олий маълумотли	155/40,36	103/39,92	$0,71 \geq 0,05$
Ўрта маълумотли	125/32,55	83/32,17	$0,45 \geq 0,05$
Умумий n=384	Ишсиз	142/55,04	$0,25 \geq 0,05$
	Ишлайди	116/44,96	$0,41 \geq 0,05$

Тадқиқотнинг проспектив қисмида 134 та ОИВ-инфицирланган ва оғиз бўшлиғида (ОБ) тадқиқот давригача мавжуд булган қисман ва тўлиқ олиб қўйиладиган СТП (ҚОҚСТП ва ТОҚСТП) ҳолати ўрганилди ва янги СТП қўйиш учун; 2 гуруҳга - асосий гуруҳ – 68 (А/Г-2), жумладан 33 нафари “Vertex termo sens” (А/Г-2а) ва 35 нафари “Gluma Comfort Bond” (А/Г-2б) билан қопланган “Vertex termo sens” протезланганлар, ҳамда таққослаш гуруҳи – 66 (Т/Г) нафар, жумладан - 32 нафар “Фторакс” акрил пластмассаси (Т/Г-1); - 34 нафар «Фторакс» протезининг юзаси “Gluma Comfort Bond” адгезив тизимида қопланганларга (Т/Г-2) ажратилди. Н/Гдан ОБ аъзо ва тўқималари ҳаётий

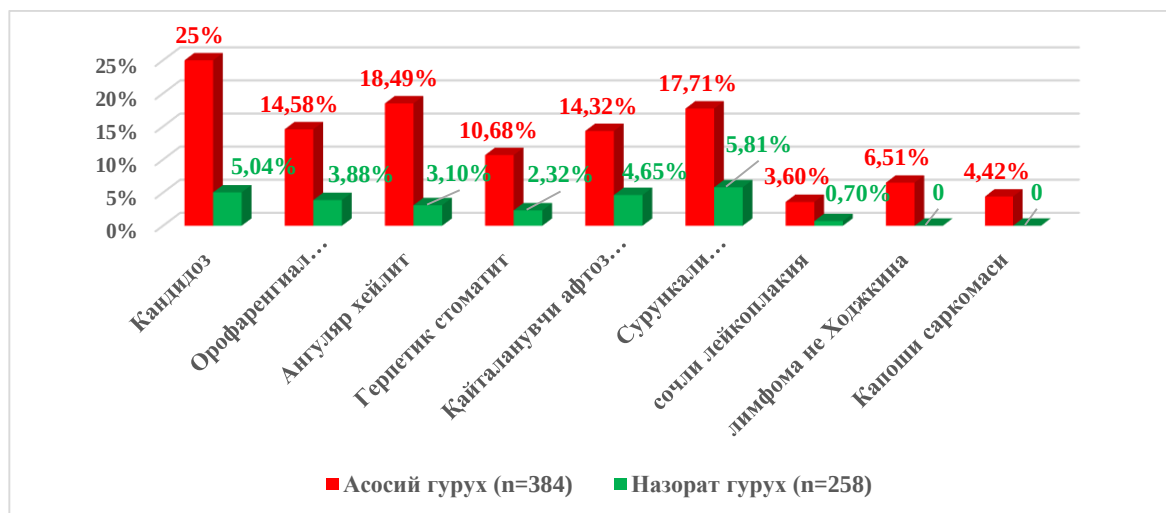
фаолиятини баҳолаш ва солиштириш учун 38 нафар беморга «Vertex termo sens» хомашёсидан СТП қўйилди ва протез юзалари рельефи морфологик (Hitachi C 405a электрон микроскопи ва фотокамерда), тадқиқотдаги беморлар ОБШҚ тўқималарининг протез ости ва чегараси қисмлари морфологияси интравитал микроангиоскопия ҳамда люминесцент фотодиагностик (model-178) ва immersion микроскопдан фойдаланиб ўрганилди.

Тадқиқотда, клиник-стоматологик – ОБ гигиеник индекси ((ГИ) Грин-Вермилъон – ОНІ-s, 1969 й.), пародонтал индекс ((PI), Russel, 1956 й.), милк қонаши симптомини баҳолаш ((Muhlleman, 1971 й., ва Cowell, 1975 й.), пародонт (ПТ) тўқимаси ҳолати (СРІТN (ВОЗ)), юмшоқ тўқима ҳаётийлигини баҳолаш, ПТдаги горизонтал (г/б) ва вертикал (в/б) босим даражаси (гнатодинамометрик усулда (Бекметов М.В., ва бошқ., № 1637782 патент), ОБ сулакдаги иммун тизим (J.Mancini усули, 1965 й.), тиш ва тиш қаторлари нуқсонлар (кариес тарқалганлиги, КПО (кариес-пломба-олинган) -индекси, тиш қаторларининг протезга муҳофизлиги, рентгенологик (R) (ортопантомографида (ОПГ)) тадқиқотлар утказилиб, натижалари Microsoft Excel ва Статистика-6 компьютер дастурлари ёрдамида таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: Дастлабки клиник-стоматологик текширишлар, А/Г беморларда кариес тарқалганлиги 100% (Н/Г- 80%); КПО интенсивлиги - 15,4% (Н/Г-8,6%); - КПО элементлари – К - 60% (Н/Г-38,5%); П – 9,5% (Н/Г-40%); О – 31,5% (Н/Г- 21,5%) ташкил қилишини, ВИЧ-инфицирланганларда соғлом ПТ кузатилмади (Н/Г 15,5% ($\chi^2=12,31$; $P\leq 0,05$)); ва мавжуд ПТ патологияларининг оғир даражали яллиғланиши (ПОЯ) - 63,5% (Н/Г - 13,18% ($\chi^2=21,1$; $P\leq 0,01$)); урта оғир даражали яллиғланиши (ПУЯ) 47,29% (Н/Г-21,6% ($\chi^2=17,32$; $P\leq 0,01$)); енгил даража яллиғланиши (ПЕЯ) 24,1% (Н/Г 14,8% $\chi^2=11,12$; $P\leq 0,05$) қайд этиладиган бўлса, СРІТN-индекси - учраш интенсивлиги; - милк қонаши кучли кечиши, тиш тошлари ва қарашлари ҳажми ва муддати жихатидан устунлиги, тиш-милк патологик чўнтақлари чуқурлиги, ноодатий морфологик шакли, текшириш синама ва даво воситаларига бефарқликда, қуюқ тусли шиш ва ёрқин рангли дескваматив милк қирралар зондлаганда шиддатли қонаши билан тавсифли бўлиб, РІ-индекс -0,87 (Н/Г-1 0,18), ГИ – 0,92 (Н/Г-0,84) $n<0,01$, кўриб турганимиздек А/Г ва Н/Г ларидаги ПТнинг ҳолати ўртача - 4,32 балл ва - 0,33 балл; ПТ патологиясининг кечиш (4,3 балл) Н/Г (0,33 балл) солиштирилганда 12-14 мартаба шиддатлироқ, тўқималардан қонаши (2,32 балл) Н/Гдан (1,33 балл) 1,8-2 баробар, тиш юзаси бляшқалари (1,73 балл) Н/Гдан (0,88 балл) 2,2 баробар, тиш-милк патологик чўнтақ (1,58 балл) Н/Гдан (0,77 бал) 2,4 баробар чуқур қурсаткичлар қайт этилди.

Тадқиқотдаги инсонлар орасида ОБШҚ ОИТС мавжуд инсонларда Н/Гдан кўрсаткичлардан устунлигини 1-расмда кузатишимиз мумкин: Кандидоз – 25% ($\chi^2=17,26$; $P\leq 0,01$); - орофарингел кандидоз - 14,58% ($\chi^2=12,11$; $P\leq 0,01$); ангуляр хейлит – 18,49% ($\chi^2=14,27$; $P\leq 0,01$); герпетик стоматит – 10,68% ($\chi^2=10,32$; $P\leq 0,01$); қайталанувчи афтоз стоматит – 14,32% ($\chi^2=12,31$; $P\leq 0,01$); сурункали ноодатий сиалоденит 17,71% ($\chi^2=14,25$; $P\leq 0,01$); тукли лейкоплакия - 3,6% ($\chi^2=4,85$; $P\leq 0,01$); нон Ходжкин лимфома – 2,86% ($\chi^2=7,81$; $P\leq 0,01$) ва

Капоши саркомалари - 4,42% ($\chi^2=4,21$; $P\leq 0,05$). ОИВ-инфицирланган 21 бемор (1-расм) ОБда ҚОҚСТП ва ТОҚСТП мавжуд булиб, протез ости ва чегара ОБШҚ тўқималари стоматоскопда текширилганда – куплаб кератинизация ўчоқлари, турғун жароҳат ўзгаришлар, ПТнинг юмшоқ танглай ўтишида қон томир нақшлари, кичик тармоқлар, оч сарғиш шаклда шаффоф веноз томирларда ўзгаришлар, ёрқин қизил гиперплазия, ўткир жароҳат қисмларида некрозли ўчоқлар, тиш-милк соҳаси сурункали қонаши асоратлари кузатилди.



Расм 1. Тадқиқотдаги инсонларда ОБШҚ патологияларининг тавсифи.

Тадқиқот давомида ОИВ-инфицирланган 134 беморларда мавжуд протезлар ҳолати ва СТП муҳтожликни баҳолаганимизда - 14,12% олиб қўйилмайдиган; - 76,12% беморларда ҚОҚСТП ва 23,8% ТОҚСТП муҳтожлик кузатилди (2-жадвал).

Жадвал 2

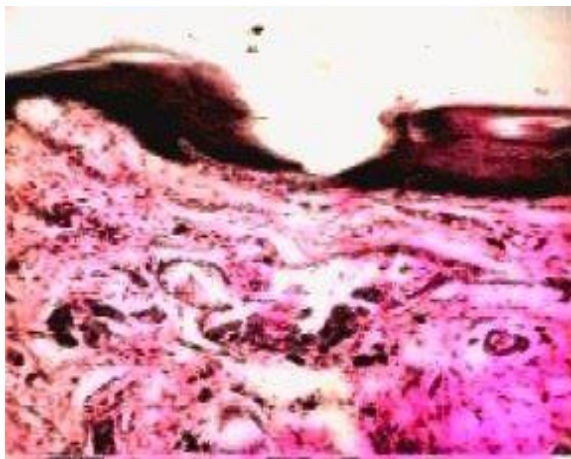
ВИЧ-инфицирланган беморларнинг ортопедик статуси.

Тоифа	СТП фойдаланади ёки муҳтож беморлар %						Жами беморлар		
	ТОКСТП		ҚОКСТП		Қўприксимон				
	abs	M±m,%	Ab s	M±m,%	abs	M±m,%	abs	M±m, %	P
Фойдаланувчи лар	8	16,3 ±0	13	26,5 ±0	28	57,16±0	49	100±0	$\chi^2 = 17,894;$
Муҳтожлар	32	23,8±4,98	10 2	76,12±7,5 4	19	14,12±6,61	134	100±0	
P	Пирсон Хи-квадрати = 19,644; p = 0,007								

Шунингдек ушбу А/Г-1 (n=134) ва Н/Г-1 (n=38) нафар инсонда гнатодинамометрик тадқиқот; – вертикал юкламага (В/Ю) ва горизонтал юкламага (Г/Ю) чидамлилиқ 2-4 баробаргача Н/Г-1 инсонларга нисбатан салбий натижа қайд этилди: А/Г-1 инсонлар В/Ю; кесув тишлар - 7,32±0,13*; козик тишлар - 9,5±0,12*; премоляр тишлар - 8,45±0,13*; моляр тишлар - 8,14±0,19*: Г/Ю; кесув тишлар - 0,99±0,04*; қозик тишлар - 1,05±0,04*;

премоляр тишлар - $1,15 \pm 0,04^*$; моляр тишлар - $1,26 \pm 0,05^*$ барчаси Н/Г даги пародонтни интакт тишларга нисбатан статистик ишонарли натижани кузатдик.

Тадқиқот давригача ОБда «Фторакс» хомашёсидан СТП мавжуд беморлар протез ости ва чегараси юмшок тўқимаси морфологиясида - шиллиқ қобикда юпқа шоҳдор қатлам, 4-5 қатор хужайралар ва протез соҳаси эпителий қатлам ва юзаси юпқалашгани, кам сонли кератогиалин ва донатор қатламнинг ёмон ифодаланиши, тиканли қатламда, кариопикноз ва акантолиз хужайраларда гипохром ядролар қайд этилиб, базал мембра ва базал қатлам цилиндр шаклли хужайралар, митотик шаклда купрок учрайди. Туташ бириктирувчи тўқима чуқур қатламларга ажралган ва унда лимфогистиоцитар инфильтрация аниқланган (2-расм). Айнан шу беморлар рентгенологик суратлари юқори (ю/ж) ва пастки жағ (п/ж) суяк кортикал пластинкасида деструкция, остеопороз ва алвеоляр суяк сургичларининг дистрофиясини, горизонтал ва вертикал комбинацияли атрофия, йирик суяк чўнтаклари, дистрофик ўзгариш ўчоқларининг тартибсизлик ҳамда периодонт тузилмаларнинг йўқолиб кетганини кўрсатди.



Расм 2 . «ФТОРАКС» хомашёсидан СТП ости шиллиқ кават морфологияси. Гематоксилин ва эозин. СЭМда 100 марта катталаштирилган



Расм 3. «Фторакс» хомашёли СТП юзаси рельефининг СЭМда 400 марта катталаштирилган холати

“Фторакс” хомашёсидан тайёрланган ТОҚСТП ва ҚОҚСТПнинг шиллик каватига кантакт кисми микрорельефи - хаотик, тўлиқ пишиб қуйилмаган кичик-кичик бўшлиқ ва жароҳатловчи ўткир қирралар ҳамда дизайни жизатидан протез юзасининг қолдиқлар билан ифлосланганини кузатиш мумкин (расм 3).

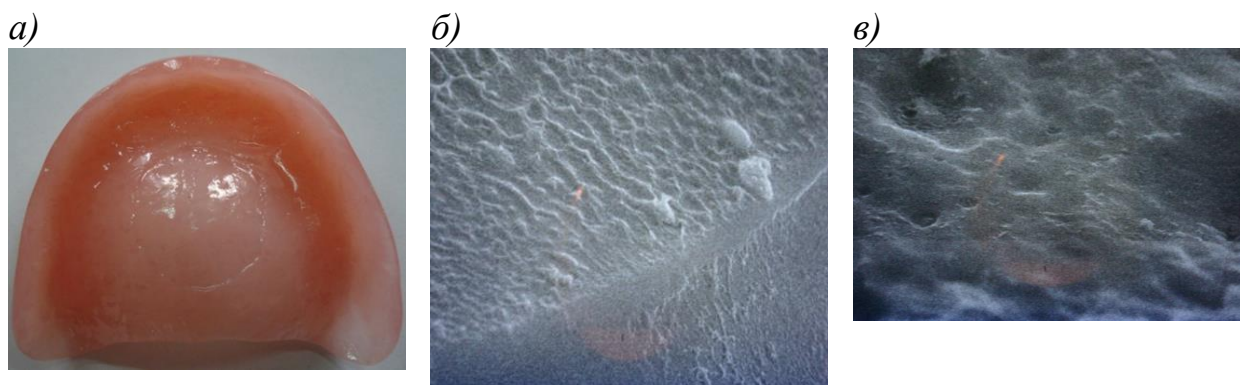
ВИЧ-инфицирланган (А/Г-1) беморлар сўлагиди, sIgA - $1,24 \pm 0,08^{***}$ (н/г- $1,42 \pm 0,2^{**}$), лизоцим - $11,2 \pm 0,5^{**}$ (н/г- $10,6 \pm 0,8^{**}$) кўрсаткичлари ҳам маҳаллий иммун тизим фаоллигининг пасайганини тасдиқлади.

Тадқиқот натижаларининг илмий-амалий тахлили ва ОИВ-инфицирланган беморлар учун халқаро стандарт ва протоколларга амал қилиб; режали вирусга қарши кучайтирилган давога (ВКД – АРВТ) қушимча стоматолог сифатида, маҳаллий даволаш қўллади: А/Г-2 - 68 беморда стоматологик санація – оғиз гигиенаси яхшиланди, некротик қарашлар олинди, кюретаж, жароҳатли окклюзиялар бартараф этилди ва иммобилизацияланди, некротик тўқималар тозаланди ва “Метрогил Дента” маздан боғлам (0,025% ли хлоргексидин ва 0,3%ли трипсин эритмасида ишлов бериш) қилинди; ўткир яллиғланиш регрессияга ўтгач ҳимоя-маҳкамловчи боғлам остига “Секстофаг” эритмасини қўлланилди. Қўшимча - 14 кун давомида 100 мг дан “Флуконазол”, ОБШҚ патологияларида кунига 3 маҳал 400 мг дан «Ацикловир», тукли лейкоплакияда - А витаминнинг 0,1%ли ёгдаги эритмаси қўлланди. Т/Г - 66 беморда пародонтитнинг ўртача оғирликдаги шаклларида (ПУЯ) анъанавий даво усли қулланилди. Пародонт ва ОБШҚ патологиялари бартараф этилишидан кейин тиш қаторлари курсатма асосида ТОҚСТП ва ҚОҚСТП билан юқорида келтирилган; А/Г-2а, А/Г-2б, Т/Г-1, Т/Г-2 ва Н/Г-1 урухлар буйича “Vertex termo sens”, «Фторакс» хомашёлари ва “Gluma Comfort Bond” коплмасини турли камбинациялари буйича СТП беморларга фойдаланишга топширилди.

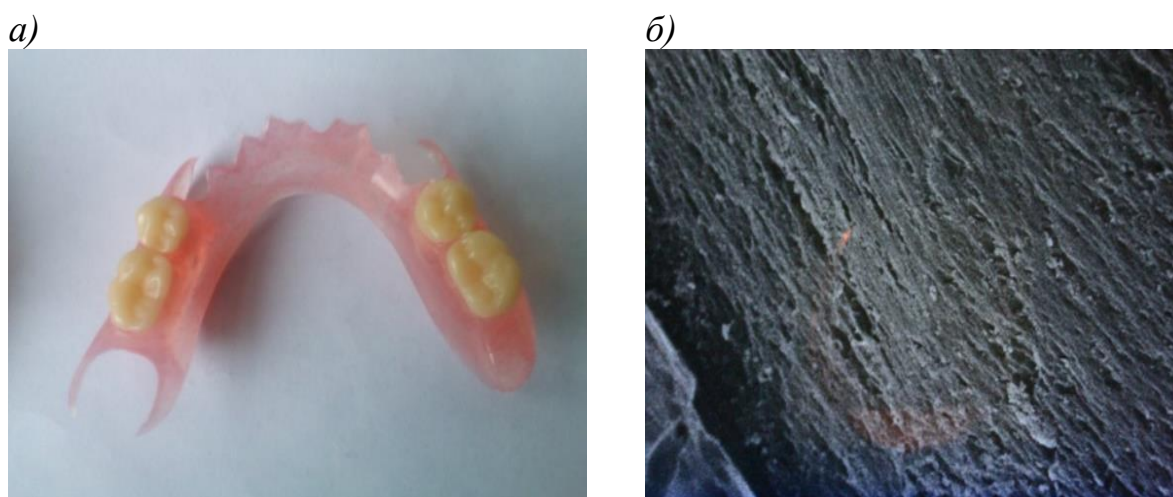
Тадқиқот давомида “Фторакс” хомашёсидан ТОҚСТП тайёрланиб юзаси “Gluma Comfort Bond” билан тўйинтирилган протез (4а -расм) ва унинг микрорельеф (4б ва 4в -расмлар) сифати яхшиланди: адгезив протез ички юзаси ғовақларини тўлдирди, ингредиентларни изоляция қилди, силлиқлик хисобига овқат қолдиқлари ва микроорганизмлар тўпланиши учун мухит йўқолди. Беморлар протезнинг қулайлиги, ўткир қирралари йўқлиги, функционал ҳаракатларда ва чайнаш самарасида ижобий фикрларни билдиришган булса мутахасис сифатида курикда - протез ости ва чегарасида жароҳатлар кузатилмаганини, протезга мослашувчанлик даври қисқарганини, клиник жихатидан дизайнидаги устунлиги қайт этилди.

“Vertex termo sens” хомашёсидан тайёрланган ҚОҚСТП (5а ва 5б-расмлар) клиник-морфологик жихатидан биологик мослиги ва дизайни жихатидан “Фторакс” хомашё СТПдан ҳам устунлигини кўрсатди. Ушбу СТП беморларни, айниқса ўзининг бежиримлиги, функционаллиги ва мослашиш даври талаб қилинмаслиги, ОБШҚга контакт юзаси янада аниқ силлик ёпишиши, микроорганизмлар яшаши учун деярли мухит йўқлиги, хомашё таркибидан кимёвий ингредиентлар ажралмаслиги ва шикастланиш ҳавфи бартараф этилганини кўришимиз мумкин. ОБШҚни жароҳатламаслиги, овқат қолдиғи ва

аралаш сўлак таркибидаги қолдиқ хужайраларнинг протезга ёпишмаслиги жихатлари ҳам айникса беморлар томонида ижобий баҳоланди.



4a – расм. “Фторакс” хомашёсидан тайёрланган протез. 4б – расм. СТП ички юзаси СЭМ да 200 марта ва 4в – расм СЭМда 400 марта катталаштирилган ҳолати



Расм 5a. Пастки жағ учун “Vertex termo sens” хомашёсидан ҚОҚСТП, расм 5б. Юзасини СЭМда 400 маротаба катталаштирилгани.

“Vertex termo sens” ва “Фторакс” хомашёсидан тайёрланган СТПларининг юзаси “Gluma Comfort Bond” адгезиви билан копланиб беморга фойдаланиш учун топширилгандан 6 ва 12 ой муддат ўтгандан кейин ҳам протез юзаси силлиқлигини, шаффофлигини, гигиеник жихатидан тозаллиги, биомеханик, биофизик, клиник-функционал, морфологик хусусиятларини сақланиб қолганлиги ва синиш ҳолатининг қайт этилмаганлиги билан ахамиятлидир.

ВИЧ-инфицирланган беморлар орасида ТОҚСТП ва ҚОҚСТП беморларга топширилгандан кейин 6 ойдан кейин такрорий қатор клиник-функционал текширишлар ўтказилганда санация натижасида КПО элементлар муносабати – А/Г-2а – К-15%; П-55; О-30%; А/Г-2б – К-10%; П-60%; О-30%; Т/Г-1 – К-25%; П-40%; О-25%; Т/Г-2 – К-20%; П-45%; О-35%; Н/Г-1- К-25%; П-50%; О-25% кўрсаткичларда бўлиб П элементлари ва К элементлари курсаткичларида ижобий натижа қайт этилди.

ВИЧ-инфицирланганларда ПТ ўткир яллиғланишли ҳолатлар кескин камайди ва аниқланган патологиянинг оғир даражаси - А/Г-2а – 25%; А/Г-2б – 18%; Т/Г-1 - 45%; Т/Г-2 – 35% ва Н/Г-1 – 10%: ўрта оғир даражаси юқоридаги мосликда; -20%; -25%; -30%; -25% ва 15%: енгил даражаси -65%; -67%; -25%; -40% ва 25% мунсабатда бўлиб милк анатомик шакли яхшиланди, қонаш аломатлари камайди, тиш тошлари ва карашлари кам микдорда, тиш-милк патологик чўнтаклари бартараф этилди ва функционал синамалар: РІ-индекс А/Г-2а – 0,87; А/Г-2б - 0,67; Т/Г-1 – 1,04; Т/Г-2 – 0,92 Н/Г- 0,83: ГИ А/Г-2а - 0,92, А/Г-2б да -0,88; Т/Г-1 - 0,84, Т/Г-2 - 0,86 ($n<0,01$; $n<0,05$): СРТИН- индекси – 1,82; - 1,84; -1,02; -1,22 ва 1,62 мосликда протезлашдан олдинги кўрсаткичлардан 0,04 дан 0,18 гача ($n=0,01$; $n<0,05$) фарқда ижобий ўзгариш кузатилди Курсаткичлар 12 ойдан кейинги такрорий текширишларда деярли юқоридаги ижобий силжишлар барча кўрсаткичларда сезиларсиз сақланиб қолди (3-жадвал).

Жадвал 3

ОБ аъзо ва туқималаридаги клиник-функционал курсаткичларнинг даво-профилактика натижасининг динамикада кўрсаткичлари (сон ва %)

Балл ва муддати гурухлар		Яхши 4 балл		Сезиларли яхши 3 балл		Сезилмас яхши 2 балл		Ўзгаришсиз 1 балл	
		6 ой	12 ой	6 ой	12 ой	6 ой	12 ой	6 ой	12 ой
Н/Г-1 n=38		22/58	25/66	14/36,8	10/26	2/5,2	3/7,9	-/-	-/-
А/Г-1 n=68	А/Г-2а n=33	7/21,2	22/66	17/51,5	8/24	9/27,3	3/9,0	-/-	-/-
	А/Г-2б n=35	9/25,7	26/74	20/57,1	5/14	6/17,1	3/8,0	1/2,8	-/-
Т/Г n=66	Т/Г-1 n=32	4/12,5	8/25	10/31,2	10/31,2	14/43,7	12/37	4/12,5	2/6,2
	Т/Г-2 n=34	6/17,6	15/44	16/47,1	12/35	12/35,3	6/17,6	-/-	1/2,9

Н/Г-1 – назорат гурух, А/Г-1 – асосий гурух, Т/Г-таккослаш гурух.
Сурада – тегишли баллга эга бўлган беморлар сони; махражда – фоизи (%)

ОБШҚда кератинизация камайди, юмшоқ тўқимада рельефи сезиларли тикланди, гиперемия камайди, жароҳат ўчоқлари ва оғиз куриб қолиши камайди, тилдаги бляшкалар йўқолди ёки сезиларли даражада камайди. Тиш-милк қисм ПТ соҳасида қизариш йўқолгани, веноз турғунлик ҳодисаларининг пасайишига ва қон томир кўринишидаги ижобий натижа кузатилди. R-суратда суяк тўқималарда барқарорлашув қайд этилди – ю/ж ва п/ж ҳолати сезиларли ижобий ўзгаришлар – айниқса 12 ойдан сўнг суяк зичлашуви кузатилди.

Ортопедик даволашнинг турли усуллариининг гнатодинамометрик параметрлари тахлили шуни кўрсатдики, Т/Г барча тиш гурухларининг даволашдан 6 ой ва 12 ой ўтгандан кейин дастлабки кўрсаткичларга нисбатан Ю/Ю ва Г/Юда ҳам ижобий натижалар кайт этилди (4-жадвал).

Тадқиқот гуруҳидаги беморларда даво-профилактикадан кейинги гнатодинамометрик улчов кўрсаткичлари

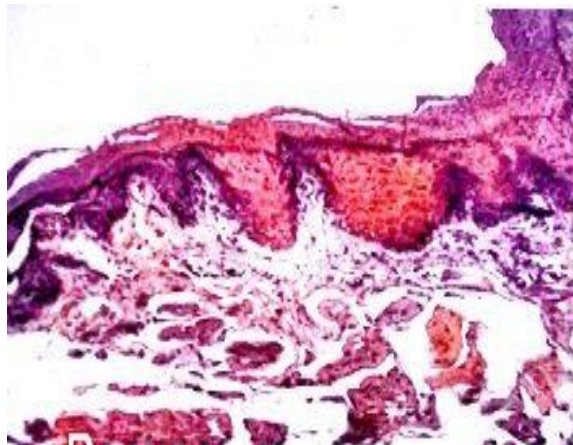
Ўрганилаётган гуруҳлар		Кесувчи тишлар	Қозиқ тишлар	Премолярлар	Молярлар
		Вертикал юкланишлар			
Интакт пародонт		16,3±0,64	24,8±0,76	23,7±0,78	32,5±1,33
А/Г-1 n=68	6-ойдан кейин	11,28±0,06 ^{*Δ}	12,5±0,08 ^{*Δ}	12,66±0,08 ^{*Δ}	11,59±0,11 ^{*Δ}
	12 ойдан кейин	10,08±0,03 ^{*Δ}	11,3±0,05 ^{*Δ}	10,45±0,04 ^{*Δ}	11,33±0,15 ^{*Δ}
Т/Г N=66	6 ойдан кейин	9,25±0,03 ^{*x}	11,12±0,32 ^{*x}	11,71±0,04 ^{*x}	10,05±0,06 ^{*x}
	12 ойдан кейин	8,15±0,03 ^{*x}	10,02±0,12 ^{*x}	10,41±0,05 ^{*x}	9,15±0,05 ^{*x}
		Горизонтал юкланишлар			
Интакт пародонт		2,3±0,12	3,3±0,13	3,25±0,12	4,55±0,11
А/Г-1 n=68	6 ойдан кейин	1,53±0,01 ^{*Δ}	1,42±0,01 ^{*Δ}	1,53±0,05 ^{*Δ}	1,92±0,05 [*]
	12 ойдан кейин	1,02±0,03 [*]	1,25±0,03 [*]	1,35±0,04 [*]	1,46±0,05 [*]
Т/Г N=66	6 ойдан кейин	1,24±0,03 ^{*x}	1,38±0,03 ^{*x}	1,4±0,05 ^{*x}	1,55±0,06 ^{*x}
	12 ойдан кейин	1,12±0,03 ^{*x}	1,24±0,03 ^{*x}	1,32±0,05 ^{*x}	1,4±0,06 ^{*x}

Н/Г-1 – назорат гуруҳ, А/Г-1 – асосий гуруҳ, Т/Г-таккослаш гуруҳ: * - соғлом шахслар гуруҳи билан таққослаганда фарқлар ишончлилиги қайд этилган (** - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; * - $P < 0,001$); ^x – даволашдан олдинги натижалар билан таққослаганда фарқлар ишончлилиги қайд этилган (^{xxx} - $P < 0,05$; ^{xx} - $P < 0,01$; ^x - $P < 0,001$); Δ - А/Г-1 гуруҳ ОИВ даволанганидан сўнги ҳолат билан таққослаганда фарқлар ишончлилиги қайд этилган (^{ΔΔΔ} - $P < 0,05$; ^{ΔΔ} - $P < 0,01$; ^Δ - $P < 0,001$)

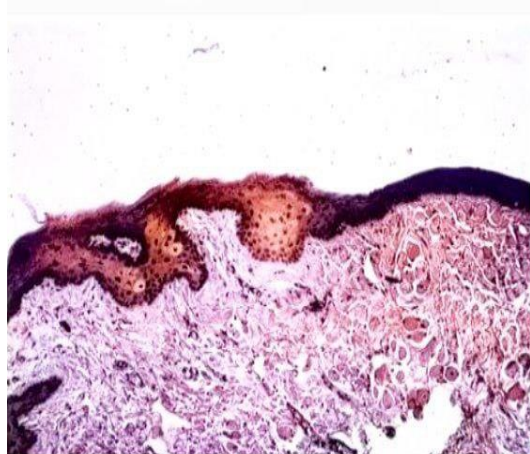
Маҳаллий иммунологик текшириш натижаларида 6-ойдан кейин ўртача сўлақда; sIgA – А/Г-2а -2,05±0,04***; лизоцим - 16,7±0,8**; А/Г-2б - sIgA - 2,25±0,02***; лизоцим - 17,4±0,6**; Т/Г-1 - sIgA -1,88±0,02**г/л; лизоцим - 13,4±0,4** г/л; Т/Г-2 да sIgA -2,48±0,04**г/л; лизоцим - 17,2±0,6** г/л; Н/Г-1 - sIgA -1,88±0,2**; - лизоцим - 14,6±0,8** кўрсаткичлари ҳам маҳаллий иммун тизимда ижобий узгаришлар кузатилди: 12 ойдан кейин; – А/Г-2а sIgA - 2,45±0,02***; лизоцим - 18,4±0,8**; А/Г-2б - sIgA - 2,44±0,08***; лизоцим - 17,6±0,6**; Т/Г-1 - sIgA -1,66±0,02**г/л; лизоцим - 12,6±0,4** г/л; Т/Г-2 да sIgA -2,55±0,08**г/л; лизоцим - 15,2±0,6** г/л; Н/Г-1 - sIgA -1,98±0,4**; - лизоцим - 15,6±0,68** натижа кузатилиб Т/Г-1 да кўрсаткичларда ижобий натижа кузатилмади. Натижалар яна бир бор СТПлари туфайли юзага келувчи ОБ суюқлигидаги дисбиотик ҳолатларни СТПни қобиқлаш бартараф этиши ва маҳаллий иммун кўрсаткичлар яхшиланганлигини кўрсатди.

Тадқиқотдаги А/Г-2а ва 2б беморларнинг “Vertex termo sens” хомашёси ва унинг қобиқланган СТП ости ва чегараси шиллиқ қобиқ тўқималари 6 ойдан кейин 4-5 микрон қалинликдаги тўқимасининг морфологияси ўрганилганда

яққол ижобий ўзгаришлар; - базал мембрана нисбатан ингичкалашган, силлик, қисман буришган, заиф кератинизация аломати, кератогиалин доналари мавжудлигидан қалинлашиш, шохли ва аниқ донатор қатламли қалин эпителия қатлам билан алмашилиш босқичида ва 2-3 қатор бошоқсимон ҳужайралар кузатилади.



Расм 6. “Vertex termo sens” хомашёсидан тайёрланган протез ости майдони шиллик қавати соҳаси (100 марта катталаштирилган)



Расм 7. “Фторакс” хомашёсидан тайёрланган СТП ости шиллик қавати соҳаси. Гематоксилин ва эозин (100 марта катталаштирилган)

Тадқиқотдаги Т/Г-2 “Фторакс” хомашёсининг “Gluma Comfort Bond” билан копланган СТП соҳаси ОБШҚ тўқималари гистоморфологик натижалари; эпителия нисбатан катта майдонда юпқалашган ва ингичкалашган шохдор қатламли, базал мембранада ижобий узгариш кузатилган, строма шиши камайган, семиз ҳужайралар сони камайган ва сўлак безлар сони купайган. Бирок А/Г-2а ва 2б гуруҳдаги СТП ости шиллик қаватидаги ижобий узгаришлар Т/Г-2 дагига нисбатан устунлигини курсатади.

Хулосалар.

ВИЧ-инфицирланган беморлар учун ОБ тўқима ва аъзоларида кечаётган патологик ўзгаришлар, ноодатий клиник хусусиятлари, учраш даражасининг частотаси ва кечишининг ўзига хослиги билан фарқ қилади; кўп миқдордаги тиш қаторидаги нуксон, стоматологик ортопедик ёрдамга муҳтожликнинг юқорилиги: - ҚОҚСТП (76,04% га қарши - 22,41% (н/г) ($\chi^2=7,11$ - $P\leq 0,05$)), ва

ТОҚСТПга 23,95% га карши 3,87% ни (н/г) ($\chi^2=8,25$; $P\leq 0,05$): Чайнаш босими юкламасига чидамлилиги салбий ўзгаришлар - ПТда мўътадил г/ю ($>29,63$) ва в/ю га ($>28,76$) чидамлилики 2-4 баробар (Н/Г га нисбатан) камайишида, ПТ индексларидаги салбий ўзгариш ҳамда ОБ мавжуд протез ости ва чегараси шиллиқ қавати контакт юзасидаги тўқималардаги салбий морфологик ўзгаришларда акс этиши билан сўлак таркибидаги маҳаллий иммунитет кўрсаткичлари ҳам салбий ўзгаришга учрайди.

ВИЧ-инфицирланган беморлар оғзида мавжуд СТП ости ва чегара соҳаси шиллиқ қавати тўқималарида чегара-мугуз қатлам қалинлашиши, ҳужайралар 8-9 қаторлашуви, тиканаксимон қатлам чегараси аниқланмаслиги ва кўплаб акантолиз ҳужайраларнинг пайдо бўлишида, ю/ж ва п/ж суяк кортикал пластинкаси дистрофияси, остеопорози ва алвеоляр суяклар атрофияси кучли намаён бўлади.

ВИЧ инфицирланган беморлар учун таклиф қилинган ихтисослашган даво-профилактика усулининг мезонинг самараси - беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишида, жумладан ОБ аъзо ва тўқималари функционал ҳолатини яхшилашга таклиф қилинган СТП - "Vertex термо сенс" хомашёси, ҳамда анъанавий тиш протезлари - "Фторакс"дан тайёрланган ТОҚТП ва ҚОҚТПларини "Gluma Comfort Bond" адгезивига тўйинтириш билан пардозлаш, силлиқлаш босқичларидан вос кечиб, мономерлардан протез юзаси говакларини ёпиш оркали химоялаш протезларнинг биокимёвий, биофизикавий ҳамда функционал хусусиятларини яхшилайдди.

ВИЧ-инфицирланган беморлар учун даво-профилактикада таклиф қилинган ТОҚСТП ва ҚОҚСТПнинг конструкцияси ва қўлланилган хомашёлари – маҳаллий иммун тизимни қайта тиклаш оркали даволаш-профилактика чораларини самарадолигини ошириши, ОБда маҳаллий иммунитетни яхшиланишига, ОБдаги патологик жараёнларнинг бартараф этилишига, гигиеник индекс кўрсаткичлари ва ПТ ҳолатини яхшиланишига, гнатодинамометрик кўрсаткичларнинг яхшиланишига (54,4%, $p<0,01$) ҳамда ОБШҚ ҳужайраларида гистоморфологик муҳитнинг муқобиллашувида акс этди.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати:

1. Алимов А.С., Гаффоров С.А., Алимов А.А. Оптимизация ортопедической стоматологической терапии у ВИЧ-инфицированных больных с учетом состояния пародонта // Сб. трудов по матер. меж-науч-прак. конференц. «Медиц-я наука в эру цифровой трансформации». 10.12.2021.

2. Астанов О.М., Гаффоров С.А. Тиш катори ва чайнов юзаси нуксонлари асоратидан шаклланган чакка пастки жаг бугими фаолиятидаги огрикли синдромларни ташхис куйишни мукаммаллаштириш // Метод. Реком. Утвержд. МнЗдрав Уз. 23.10.2021 протокол №968.

3. Белякова С., Базикян Э.А., Пчелин И. В. Обоснование исследования по оптимизации системы оказания хирургической стоматологической помощи пациентам с вич-инфекцией. Аналитический обзор литературы // Журнал

Инфектологии, 2018. Т. 10, № 3, Doi:<https://doi.org/10.22625/2072-6732-2018-10-3-45-53>.

4. Гаффоров С.А., Пулатова Р.С. Клинико-функциональная оценка состояния твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта ВИЧ-инфицированных больных // O'zbekiston tibbiyot jurnali. 2023. № 2, С 20-31.

5. Гаффоров С.А., Пулатова Р.С. Сравнительная оценка состояния тканей и органов полости рта ВИЧ-инфицированных пациентов // Integrative dentistry and maxillofacial surgery. Т. 2, № 4, С 65-73. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2023.2.2.009>.

6. Джумаев З.Ф., Каюмов Г. О., Гаффоров С.А., Хен Д.Н.,Тожиев Ф.И. Восстановление дефектов челюстно-лицевой области после онкологических операций // Journal of Medicine and innovations. 2023, № 12, С 104-127.

7. Назаров У.К., Гаффоров С.А. Бириктувчи тукима дисплазиясида чакка-пастки жаг бугими ва тиш катори шаклланишидаги нуксонларни башоратлашда замонавий текшириш усуллари куллашнинг ахамияти // Метод. Реком. Утвержд. МнЗдрав Уз. 16.01.2023 протокол №8н-р/88.

8. Aitken-Saavedra J. P., da Silva Barboza A., Ferreira M. L., Fábio Aranha A. M., and Lund R. G. Are propolis extracts potential pharmacological agents in human oral health? - A scoping review and technology prospecting. J. Ethnopharmacol., 2021, vol. 271, p. 113846, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2021.113846>.

9. Gafforov S.A., Pulatova R.S. Comparative estimates of the morphological structure of the surface of removable dentures made of different materials for the replacement of dentition defects. Science and innovation international scientific journal, 2023, 2(12): 918-924| Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10405778>.

10. Gafforov S.A., Pulatova R.S. Clinical and laboratory studies of basic materials «ftorax» and «vertex termosens» used in dental prosthetics of hiv-infected patients. Practice Oriented Science: UAE – RUSSIA – INDIA Materials of International University Scientific Forum. 2023. 131-140. Doi: <https://doi.org/10.34660/INF.2023.80.56.059>.

11. Ubaydullayev K.A., Gafur-Akhunov M.A., Gafforov S.A. Metod of Rehabilitation Treatment and Ortopedic Prosthetics of Oncological Patients with Postoperative Defects in Maxillofacial Area. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 11(2): 95-98. Doi: <https://doi.org/20211102.05>

12. Glick M. and Williams D. M. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Int. Dent. J. 2021. 71(1), 3–4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.026>

13. Jain P. et al. Outcomes of patients with chronic lymphocytic leukemia after discontinuing ibrutinib. Blood. 2015. 125(13), 2062–2067, Doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2014-09-603670>

14. Mustafaeva D.A., Pulatova R.S. Methods of Testing the Condition of the Oral Cavity in Patients with Hiv Infection. Research journal of trauma and disability studies. 2024. 3(1). 83-86.

15. Nikou S.A. et al. Candida albicans Interactions with Mucosal Surfaces during Health and Disease. Pathogens. 2019. 8(2), Doi: <https://doi.org/10.3390/pathogens8020053>

16. Nurmatova N.T., Pulatova R.S., Gafforov S.A. Clinical Evaluation of the Effectiveness of Thermoplastic Materials Used in the Dental Prosthetics of HIV-Infected Patients. *Journal of Chemical Health Risks*. 2023. 13(4), 484-495.

17. Pekiner F. N. Keser G., Yılmaz G., and ‘Assessment of Knowledge Level and Awareness About Human Papillomavirus Among Dental Students’, *J. Cancer Educ*. 2021. 36(4), 664–669. Doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01683-3>.

IMPACT OF PHYSICAL FACTORS ON MORPHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

F.I. Khamrabaeva

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers
under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city, Mirzo
Ulugbek district, Parkentskaya street, 51,
Phone: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru
orcid.org/0000-0002-4872-5356

Resume. The study involved 57 patients diagnosed with *Helicobacter pylori*-associated duodenal ulcers (DU) and intestinal dysbacteriosis (ID), comprising 22 women and 35 men, aged between 18 and 65 years. All participants were prescribed eradication therapy and were subsequently divided into three groups based on the physiotherapy they received. The findings indicated that treatment regimens incorporating SMV and TES therapy significantly outperformed standard eradication therapy regimens in terms of their morphological effectiveness.

Key words: *H. pylori*, duodenal ulcer, dysbiosis, physiotherapy

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хамрабаева Ф.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент,
Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-
44 E-mail: info@tipme.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4872-5356>

Резюме. Исследования проведены у 57 больных *N. pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯДК) с дисбактериозом кишечника (ДК). Женщин было 22, мужчин 35. Возраст от 18 до 65 лет. Всем пациентам была назначена эрадикационная терапия. Кроме того, испытуемые были разделены на 3 группы: в зависимости от получаемой физиотерапии. Установлено, что схемы лечения с включением СМВ- и ТЭС-терапии, по своей морфологической эффективности значительно превосходили аналогичную направленность эффектов стандартных схем эрадикационной терапии.

Ключевые слова: *H. pylori*, дуоденальная язва, дисбиоз, физиотерапия.

O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASI BO'LGAN BEMORLARDA JISMONIY OMILLARNING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARGA TA'SIRI

Xamraboeva F.I.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, город Ташкент, Мирзо Улутбекский район, улица Паркентская, 51 Телефон: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4872-5356>

Rezyume. *Tadqiqotlar ichak disbiyozi (ID) bilan N. pylori bilan bog'liq o'n ikki barmoqli ichak yarasi (DY) bo'lgan 57 bemorda o'tkazildi. 22 nafar ayol, 35 nafari erkak edi. Yoshi 18 yoshdan 65 yoshgacha. Barcha bemorlarga eradikatsiya terapiyasi buyurilgan. Bundan tashqari, sub'ektlar 3 guruhga bo'lingan: olingan fizioterapiyaga qarab. SMV va TES terapiyasini o'z ichiga olgan davolash rejimlari morfologik samaradorligi bo'yicha standart eradikatsion terapiya rejimlarining o'xshash ta'siridan sezilarli darajada oshib ketganligi aniqlandi.*

Kalit so'zlar: *H. pylori, o'n ikki barmoqli ichak yarasi, disbiyoz, fizioterapiya.*

The purpose of the study - to examine changes in the mucous membrane at the edges of duodenal ulcers associated with *Helicobacter pylori* infection.

Material and research methods. The studies were carried out in 57 patients with intestinal dysbiosis (ID). There were 22 women, 27 men. At the age of 18-65 years. All patients were diagnosed with DC. The patients were divided into 3 groups: 23 patients who received CMW therapy for the duodenal triangle area, 19 patients who received transcranial electrical stimulation (TES) therapy, 15 patients who received CMW therapy for the duodenal triangle and TES therapy. The control group consisted of patients (20 patients) who received standard eradication therapy according to the recommendations of the Maastricht V/Florence consensus for the *Helicobacter pylori* infection treatment (2017): PPI 2 times a day for 14 days; 2 antibiotics 2 times a day for 14 days; Bismuth tripotassium dicitrate 120 mg 4 times a day; Probiotic preparation in the appropriate daily dose for 14 days;

A comprehensive assessment was conducted on the histological structure of the mucous membrane at the edges of duodenal ulcers. This evaluation followed an endoscopic examination and included histological material collected from 51 patients with ulcers localized in the duodenum. The histological preparations were analyzed according to the modern classification of chronic gastritis developed by M. Dixon in 2006, as well as the recommendations from L.I. Aruina (2008) and V.Yu. Golofeevsky (2004).

The microscopy of histological preparations focused on examining the state of the epithelium, as well as measuring the height of the villi and crypts, which include enterocytes and goblet cells. The analysis looked for signs of dystrophy, atrophy, and areas of gastric metaplasia, in addition to assessing the condition of the Brunner glands.

The condition of the stroma was assessed both qualitatively and semi-quantitatively by examining 10 fields of view for the severity of infiltration by neutrophils, eosinophils, lymphocytes, and plasma cells. This assessment is important because the stroma plays a crucial role in immune regulation and in the processes of regeneration and differentiation of epithelial cells. It is also involved in mechanisms of immune defense and the formation of both acute and chronic inflammation.

Research results: In patients with peptic ulcers located in the duodenal bulb, the main morphological characteristics include significant dystrophy of the enterocyte villi, a reduction in the number of goblet cells both in the villi and crypts, a decrease in the height of the villi, and areas of gastric villous metaplasia.

In patients, a notable relationship was observed between morphological changes and infection with *Helicobacter pylori*. Moderate to severe dystrophy was found significantly more frequently among those infected with *Helicobacter pylori*, occurring in 44.7% of cases. In contrast, when *Helicobacter pylori* infection was absent, epithelial dystrophy was only noted in 8 patients, and the severity of these dystrophic changes was minimal. However, the differences in the frequency of villous dystrophy and atrophy at the edges of duodenal bulb ulcers between the two groups of patients were not statistically significant.

The confirmed facts indicate that dystrophy and atrophy in the mucous membrane of the duodenal bulb are common morphological features of duodenal ulcers, particularly in the ulcer's edges. Consequently, no significant connection has been found between these changes and infection with *Helicobacter pylori*. Gastric metaplasia of villous enterocytes was identified in 38 out of 59 patients, but the incidence of *Helicobacter pylori* infection was only slightly higher in these patients compared to those without gastric metaplasia, a difference that was not statistically significant. Therefore, it is reasonable to agree with the view that gastric metaplasia may serve as a compensatory morphological response to inflammation and dystrophy of the bulbar mucosa in patients with duodenal ulcers.

In this regard, the results of the assessment of the stroma of the mucous membrane of the edges of ulcers of the duodenal bulb and morphometry are of the greatest interest. inflammatory infiltrate in the examined patients before treatment (table 1) and after treatment (table 2).

Table 1

Morphometric characteristics of the stroma of the mucous membrane of the edges of ulcers of the duodenal bulb before treatment.

	1 group n=20	2 group n=23	3 group n=19	4 group n=15
Neutrophil infiltration	322±112	487±98	401±89	326±89
Lymphocytic infiltration	3697±115	2997±157	3025±412	2689±501
Plasma cell infiltration	3266±254	3122±239	2798±405	4123±304

Note: - $p < 0,05$;

The data presented in the tables and figures indicate that, regardless of the specific eradication therapy schemes used, there was a noticeable improvement in the morphometric parameters associated with the inflammatory process at the edges of

ulcerative defects in the duodenal bulb. Notably, the most significant changes were observed in the reduction of neutrophilic and lymphocytic infiltration across nearly all patient groups.

Table 2

Morphometric characteristics of the stroma of the mucous membrane at the edges of duodenal bulb ulcers after treatment.

	1 group n=20	2 group n=23	3 group n=19	4 group n=15
Neutrophil infiltration	212±62	177±53*	115±15**	110±18**
Lymphocytic infiltration	800±92**	904±69*	225±25**	189±92**
Plasma cell infiltration	2266±250	1922±237	1898±405	1723±214*

Note: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$.

The data obtained indicate that incorporating physical factors into treatment regimens results in a more significant positive change in the cellular composition of the duodenal mucosa. Specifically, the density of neutrophilic infiltration decreased from 401 ± 89 and 326 ± 89 in the 3rd and 4th groups, respectively, to 115 ± 15 and 110 ± 18 , showing a statistically significant reduction ($p < 0.001$). Similarly, the density of lymphocytic infiltration declined from 3025 ± 412 and 2689 ± 501 in the 3rd and 4th groups to 225 ± 25 and 189 ± 92 , respectively ($p < 0.001$). These changes suggest a reduction in the activity of inflammatory and immunoinflammatory processes. Furthermore, the inclusion of TES in the eradication therapy significantly reduced plasmacytic infiltration density in the 4th group of patients, decreasing from 4123 ± 304 to 1723 ± 214 ($p < 0.05$).

The density of inflammatory infiltration is closely linked to various morphological changes, including microcirculation disorders such as vasodilation, sludge formation, leukocyte migration, and erythrocyte displacement, as well as mucosal stromal edema. Notably, in the 3rd and 4th groups, these changes were almost entirely halted during the control histological examination.

The therapy regimens that incorporate physical factors, specifically CMW therapy on the area of the duodenal triangle and TES therapy, show significantly greater morphological effectiveness compared to standard eradication therapy regimens. This increased effectiveness of the physiotherapy-inclusive approaches may be linked to their better progress in eliminating *Helicobacter pylori* infection.

References:

1. Possibilities of probiotic therapy for *Helicobacter*-associated gastritis / A.I. Khavkin, S.F. Blat, Yu.R. Hakhverdyan, N.V. Drozdoasky // Pediatrics (Journal named after G.N. Speransky). - M., 2017. - No. 4. - p. 115-118
2. Ivashkin V. T., Lapina T. L. Treatment of peptic ulcer: new century - new achievements - new issues // Diseases of the digestive system (for specialists and general practitioners). - M., 2012. - N 1. - p. 20-24
3. Isakov V. A., Maev I. V., Ganskaya Zh. Yu., E I. Podgorbunskikh // Experimental and Clinical Gastroenterology. - M., 2013. - N 3. - pp. 8-11
4. Standards "Diagnostics and therapy of acid-dependent diseases, including those associated with *Helicobacter pylori*". Third Moscow Agreement, 4 Feb. 2005 /

Ed. L. B. Lazebnika, Yu. V. Vasilyeva // Experimental and Clinical Gastroenterology.- M., 2015.- No. 3. pp. 3–6

5. Zimmerman Ya.S. Peptic ulcer and the problem of Helicobacter pylori infection: new facts, reflections, assumptions // Clinical Medicine. - M., 2001. - No. 4. - p. 67-70

6. Shakurova N. R. Clinical aspects of Helicobacter pylori-associated peptic ulcer and morphofunctional changes in the mucous membrane of the stomach and duodenum // Bulletin of Siberian Medicine. - Tomsk, 2008. - N 1. - p. 88-94

7. The effectiveness of therapy for peptic ulcer / M.N. Bendinger, W.G. Berdiev, U.K. Kamilova et al. // Actual problems of diagnostics, treatment and medical rehabilitation of diseases of internal organs: Proceedings. Republican scientific - pract. conf. (September 20-21, 2007, Tashkent). - T., 2007. - p. 112

8. Helicobacter pylori. Basic Mechanisms to Clinical Cure 2008 / Eds. R.H. Hunt, G.J. Tytgat.-Dordrecht; Boston; London, 2001.-153 p.

9. Helicobacter pylori: A review of the World Literature // Axan Pharma.-2009.- N 18.-P.69-88

10. Helicobacter pylori infection and gastric metaplasia in the duodenum in China / H. T. Yang, M.F. Dixon, Z.S. Zuo et al., Clin. Gastroenterol.-2015.-N20.-P.110-112

11. High rate of post-therapeutic resistance after failure of macrolide-nitroimidazole triple therapy to cure Helicobacter pylori infection: Impact of two second-line therapies in a randomized study / U. Peitz, M. Sulliga, K. Wolle et al // Aliment. Pharmacol. Ther.-2012.-N16.-P.315-322

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНЫХ АПНОЭ СНА И ВЕНОЗНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Б.Г. Гафуров, М.А. Алиева

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан,
г. Ташкент, Узбекистан, E-mail: info@tipme.ru

¹E-mail: cool.bahtiyar@yandex.com

Резюме. Среди многих осложнений синдрома обструктивных апноэ сна (СОАС) одним из частых, но малоизученных, является венозный застой головного мозга. С целью изучения распространенности и степени тяжести венозной дисциркуляции в мозгу среди больных с СОАС, по специальной схеме для выявления венозного застоя головного мозга обследовано 80 больных с СОАС. Результаты показали, что у 92,5% из этих больных имеются клиничко-параклинические признаки венозного застоя головного мозга, причём у 85% из них явления венозного застоя носили выраженный характер. Авторы приходят к выводу, что при лечении СОАС на фоне базисной СИПАП-терапии необходимо проводить вентонизирующую терапию.

Ключевые слова. Обструктивные апноэ сна, венозный застой головного мозга

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AND VENOUS ENCEPHALOPATHY

B.G. Gafurov, M.A. Alieva

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers
under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
Tashkent city, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru

Summary. Among the many complications of obstructive sleep apnea syndrome (OSA), one of the most frequent, but little-studied, is venous stagnation of the brain. In order to study the prevalence and severity of venous circulation in the brain among patients with OSA, 80 patients with OSA were examined according to a special scheme to detect venous stagnation of the brain. The results showed that 92.5% of these patients had clinical and paraclinical signs of venous stagnation of the brain, and 85% of them had the phenomena of venous stagnation. The authors come to the conclusion that in the treatment of OSA against the background of basic SIPAP-therapy it is necessary to venotonic therapy.

Keyword. Obstructive sleep apnea, venous congestion of the brain

OBSTRUKTIV UYQU APNEASI SINDROMI VA VENOZ ENSEFALOPATIYA

B.G. Gafurov, M.A. Alieva

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot
xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston,
Toshkent sh., O'zbekiston, E-mail: info@tipme.uz

Annotatsiya: Uyquning obstruktiv apnoe sindromining ko'pgina asoratlari orasida ko'pincha, lekin kam o'rganilganlardan biri bosh miyaning venoz to'xtashidir. Vena distsirkulyatsiyasining tarqalgani va og'irlik darajasini o'rganish maqsadida vena bilan bog'liq bemorlar o'rtasida bosh miyaning vena tozalashini aniqlash uchun maxsus sxema bo'yicha bilan bog'liq 80 nafar bemor tekshirildi. Natijalar ko'rsatganidek, bu bemorlarning 92,5 foizida bosh miyoda vena tozalanishining klinik-paraklinik belgilari mavjud, shuningdek, ularning 85 foizida vena toqituvchi ko'rsatkichlari aniqlangan. Mualliflar asosiy SIPAP terapiyasi fonida SOAS davolashda venotonizatsiya terapiyasini o'tkazish zarur degan xulosaga kelishadi.

Kalit so'zlar: apnoe sindromi, SIPAP terapiyasi, SOAS davolash, UYQU APNEASI SINDROMI

Актуальность

Сомнология, вот уже на протяжении полувека, из чисто теоретической дисциплины превратилась в важнейшее мультидисциплинарное клиническое направление. Во всём мире признана концепция медицины сна, выдвинутая академиком А.М. Вейном [1, 2]. Среди многочисленных направлений клинической сомнологии особо важное внимание заслуживает вопрос о нарушениях дыхания во время сна.

Известно, что около 30% всего взрослого населения постоянно храпит во сне, среди людей старше 60 лет эта проблема отмечается у 60%. Храп является часто предвестником и одним из основных симптомов СОАС, проявляющегося остановками дыхания во сне, в особенности это лица старшего возраста [3 – 5].

Наиболее частой причиной СОАС является ожирение [3]. У пациентов с индексом массы тела (ИМТ), превышающим 29 кг/м² (ожирение I степени и выше), вероятность наличия СОАС в 8–12 раз выше, чем у пациентов без ожирения. У пациентов с ожирением III степени (ИМТ >40) тяжелая форма СОАС отмечается более чем в 60% случаев. Происходит это в основном за счет скопления жира как в ретрофарингеальной области, так и в области корня языка [3, 5, 6]. СОАС способствуют развитию и прогрессированию множества патологических состояний:

Атеросклероз. Продолжительная симпатическая активация, колебания внутригрудного давления, циклы гипоксемии/реоксигенации, окислительный стресс вызывают эндотелиальную дисфункцию, повреждение сосудистой

стенки и в конечном итоге способствуют более раннему развитию атеросклероза.

Артериальная гипертензия. В настоящее время доказано, что СОАС является независимым фактором риска АГ. У 50% больных с СОАС имеется АГ. В то же время у 30% пациентов с АГ имеется СОАС [3, 8, 9].

ИБС и нарушения ритма и проводимости сердца. Сердечные аритмии часто отмечаются у пациентов с СОАС, причем частота аритмий увеличивается с нарастанием тяжести СОАС и степени сопутствующей гипоксемии. В ночное время частота аритмий может достигать 50% [1, 2]. Распространенность нарушений дыхания во сне у пациентов с ИБС составляет около 30%, что в 2 раза выше, чем у пациентов без ИБС [2, 3]. У пациентов с тяжелой формой СОАС депрессия сегмента ST в ночное время отмечалась приблизительно в 30% случаев. Возникает резкий дисбаланс между быстрым увеличением потребности миокарда в кислороде и его доставкой, что способствует развитию проходящей ишемии миокарда. При 12-летнем наблюдении [3] было отмечено 3-кратное увеличение фатальных и 4–5-кратное увеличение нефатальных случаев острой коронарной недостаточности у пациентов с СОАС. Фактически риск умереть или перенести инфаркт, или инсульт составлял 50% за 12 лет наблюдения.

Метаболические, гормональные и эндокринные расстройства. СОАС вызывая нарушения сна приводят к нарушению выработки таких гормонов, как соматотропин, кортизол, инсулин, тестостерон. Как известно выработка их в норме усиливается в глубоких стадиях медленного сна. Редукция глубокого медленного сна характерна для СОАС [2]. Нарастание тяжести СОАС усиливают висцеральное ожирение, что само по себе углубляет расстройства дыхания во время сна [3]. Конечно, это далеко не полный список заболеваний и патологических состояний, связанных с СОАС.

Материал и методы исследования. В данном сообщении мы сочли необходимым дополнить вышеуказанный список болезней, сопряжённых с СОАС, ещё одним заболеванием – это:

Венозная церебральная дисциркуляция (венозный застой головного мозга, дисциркуляторная венозная энцефалопатия).

Для того, чтобы понять вероятность развития и генез венозной церебральной дисциркуляции при СОАС необходимо вспомнить особенности физиологии венозного оттока крови от головного мозга.

Механизмы венозного оттока из полости черепа достаточно сложны и многообразны. Дело в том, что вены мозга не имеют клапанов, поэтому венозный отток во многом зависит от веновенозных факторов. Эти факторы можно сгруппировать следующим образом:

- 1) состояние артериального притока
- 2) присасывающая функция грудной клетки
- 3) нормальное кровообращение в малом кругу
- 4) нормальная работа правой половины сердца
- 5) правильное носовое дыхание

Вкратце об этих факторах:

1. Артериальный приток. Дело в том, что артерии и вены-это сообщающиеся сосуды, поэтому интенсивность венозного оттока во многом зависит от интенсивности артериального притока. При нарушении артериального притока, причем как при снижении, так и при увеличении его, венозный отток нарушается, и данный процесс однозначно сопровождается венозным застоем. Это очень важно, так как при дисциркуляторной артериальной энцефалопатии совершенно не учитывается венозное звено. Можно думать, что очень многие симптомы и клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии существенным образом зависят и от затруднения венозного оттока. Этот вопрос требует своего дальнейшего изучения

2. Присасывающая функция грудной клетки. Это фактор, который зависит от вдоха. Во время вдоха в грудной клетке создается отрицательное давление, которое как бы присасывает венозную кровь из полости черепа, облегчая работу правой половины сердца и таким образом естественно улучшая венозный отток.

3. Нормальное кровообращение в малом круге. Нарушение его затрудняет работу правой половины сердца, что в свою очередь ухудшает венозный отток из полости черепа. Нарушение кровообращения в малом круге возникает при самых различных заболеваниях дыхательной системы: хронических неспецифических заболеваниях легких, бронхиальной астме и т.д.

4. Нормальная работа правой половины сердца. Это в целом нормальная сердечная деятельность. Поэтому различные проявления сердечной недостаточности неизбежно нарушают венозный отток.

5. Нормальное носовое дыхание. Дело в том, что при дыхании через нос экскурсия грудной клетки нормальная и присасывающая сила грудной клетки достаточная. При его нарушении появляется дыхание через рот, которое является неадекватным, дыхательные движения при этом короткие и не создают соответствующей присасывающей силы, что не обеспечивает венозного оттока на нужном уровне.

На основании вышесказанного можно перечислить и основные факторы риска развития венозной дисциркуляции в мозге:

1) разнообразные болезни органов дыхания, как связанные с патологией бронхолегочной системы, так и приводящие к нарушению носового дыхания (полипы, искривления носовой перегородки и т.д.)

2) артериальная дисциркуляторная энцефалопатия.

3) факторы, приводящие к сдавлению яремных вен механически: среди них можно назвать шейный остеохондроз с мышечно-тоническим синдромом, компрессию шейных вен вследствие патологических образований в области шеи (зоб больших размеров, опухоли).

Ещё одним важным фактором развития венозного застоя головного мозга является СОАС. С точки зрения известных механизмов венозного оттока из полости черепа нетрудно представить причину затруднения венозного оттока из головного мозга при СОАС. Патогенетическая цепочка короткая: апноэ – нарушение кровообращения в малом круге – затруднение работы

правой половины сердца – нарушение «перекачки» венозной крови, идущей от головного мозга – застой крови в венозной системе мозга.

Многие больные, страдающие СОАС, жалуются на головные боли, нарушения памяти и внимания, утомляемость, усиление головной боли по утрам, при кашле, натуживании. В большинстве случаев эти жалобы трактуются как проявление дисциркуляторной энцефалопатии. Вероятность связи этих симптомов с нарушением венозного кровообращения головного мозга ускользает от внимания врачей.

С целью изучения распространенности и клиники венозной церебральной дисциркуляции у больных СОАС нами обследовано 80 больных, страдающих СОАС в возрасте от 42 до 71 года (65 мужчин и 15 женщин).

Диагноз СОАС устанавливался на основании клинико-анамнестического обследования, с помощью баллированной анкеты по выявлению апноэ сна [2]. При максимальной сумме баллов 14 диагноз СОАС устанавливался при превышении суммы баллов выше 10. В части наблюдений (18 пациентов) диагноз СОАС устанавливался на основе

Диагноз венозного застоя головного мозга устанавливался на основании комплекса субъективных, объективных и параклинических данных:

1) головная боль и тяжесть в голове, преимущественно ночью и по утрам, усиление головной боли при кашле и натуживании;

2) одутловатость лица, инъекция склер, расширение подкожных вен головы и лица;

3) расширение вен на глазном дне;

4) появление «венозных волн» на реоэнцефалограмме;

5) атрофия мозга на КТ/МРТ;

6) снижение и нестабильность скоростных параметров кровотока при УЗДГ-лоцировании внутренней яремной вены, сигмовидного и поперечного венозных синусов (у части больных).

Диагноз «венозный застой головного мозга» устанавливался при наличии 4 и более из вышеуказанных, выделенных нами, 6 признаков.

Результаты показали, что из 80 больных с СОАС у 74 (92,5%) по использованным нами критериям диагностики установлен венозный застой головного мозга. Причём у 68 больных с СОАС (85%) имелись все 6 признаков венозного застоя. Наше исследование показало, что степень выраженности венозного застоя находилась в прямой зависимости от тяжести и длительности СОАС.

Заключение.

Таким образом, мы приходим к выводу, что венозный застой головного мозга является облигатным проявлением СОАС, что требует определённой коррекции в ходе комплексной терапии. Безусловно базисное лечение данного синдрома – это СИПАП-терапия. Параллельно с этим требуется медикаментозная терапия всех осложнений СОАС, венозного застоя мозга в том числе. Для этой цели необходимо применение вентонизирующих средств, проникающих через гематоэнцефалический барьер. Таким средством является Л-лизина эсцинат. Следует также учесть, что при СОАС грубо нарушается

качество и продолжительность сна, однако снотворные средства противопоказаны из-за их миорелаксирующего эффекта. В этой ситуации средством выбора становится мелатонин, как естественный гормон сна и нейропротектор.

В последние годы установлено, что сон выполняет очистительную функцию благодаря тому, что во время глубокого медленного сна открываются лимфатические перивенозные протоки и продукты метаболизма выводятся в венозное русло. Венозный застой при СОАС затрудняет этот процесс, что является ещё одним фактором энцефалопатии. Как известно, многие болезни «накопления» связаны с плохой работой лимфатической системы мозга.

Список использованной литературы:

1. Вейн А.М. Медицина сна. // Тер. арх. – 1991. – Т.4. – С.143–56.
2. Полуэктов М.Г. Изменения дыхания во сне в норме и при неврологических поражениях различных уровней регуляции дыхательной системы // Российский физиологический журнал – 2011 – 97(4) – с. 403-411
3. Бузунов Р.В., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: Учебное пособие для врачей. М., 2010. С.78.
4. Collop N.A., Anderson W.M., Boehlecke B. et al. Clinical Guidelines for the Use of Unattended Portable Monitors in the Diagnosis of Obstructive Sleep Apnoea in Adult Patients. / Clin. Sleep Med. 2007; 3; 737-747
5. Thomasouli M.A. Brady E.M., Davies M.J. et al. The impact of diet and lifestyle management strategies for obstructive sleep apnoea in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Breath. 2013; 17(3); 925-935.
6. Guilleminault C., Tilkian A., Dement W.C. The sleep apnea syndromes // Am. Rev. Med. 1976. Vol.27. P. 465–484.
7. Issa F.G., Sullivan C.E. Alcohol, snoring and sleep apnea // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1982. Vol. 45. P. 353–359.
8. Kezirian E.J., Goldberg A.N. Hypopharyngeal surgery in obstructive sleep apnea: an evidence-based medicine review // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2006. Vol.132. P206-213.
9. Friedman M., Ibrahim H., Bass L. Clinical staging for sleep-disordered breathing // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2002. Vol. 127. P. 13–21.

UDC: 614.2.001.73+378

DIRECTIONS FOR TRANSFORMING TRAINING, RETRAINING AND CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION OF MANAGERS IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

X.D.Asadov, D.A Asadov, V.A.Khakimov

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers
under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
Tashkent city, Uzbekistan, E-mail: info@tipme.ru

Annotation. *The problems of training and continuous professional education of managerial staff in the healthcare system of the Republic of Uzbekistan and ways to solve them are analyzed. Based on the results of activities, accumulated experience, and developments of the "Public Health and Health Care Management" Department of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, new mechanisms for training, retraining, and high-quality continuous professional education of managers for the healthcare system of the republic have been developed and implemented.*

Keywords: *administrative reform, healthcare system, training and retraining of managers, continuous professional education*

НАПРАВЛЕНИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДГОТОВКИ, ПЕРЕПОДГОТОВКИ И НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕНЕДЖЕРОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Х.Д. Асадов, Д.А. Асадов, В.А. Хакимов

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан,
г. Ташкент, Узбекистан, E-mail: info@tipme.ru

Аннотация. *Анализируются проблемы подготовки и непрерывного профессионального образования управленческих кадров в системе здравоохранения Республики Узбекистан и пути их решения. На основе результатов деятельности, накопленного опыта и разработок кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников разработаны и внедрены новые механизмы подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования управленческих кадров для системы здравоохранения республики.*

Ключевые слова: *административная реформа, система здравоохранения, подготовка и переподготовка управленческих кадров, непрерывное профессиональное образование*

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH TIZIMIDA MENEJERLARNI TAYYORLASH, QAYTA TAYYORLASH VA UZLUKSIZ KASBIY TA’LIMI TRANSFORMATSIYASINING YO‘NALISHLARI

X.D.Asadov, D.A Asadov, V.A.Khakimov

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot
xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O‘zbekiston,
Toshkent sh., O‘zbekiston, E-mail: info@tipme.uz

***Izoh.** O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimida rahbar kadrlarni tayyorlash va uzluksiz kasbiy ta’lim olish muammolari va ularni hal etish yo‘llari tahlil qilingan. Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining “Jamoat salomatligi va sog‘liqni saqlashni boshqarish” bo‘limi faoliyati natijalari, to‘plangan tajriba va ishlanmalardan kelib chiqib, kadrlar tayyorlash, qayta tayyorlash va yuqori sifatli uzluksiz kasbiy ta’limning yangi mexanizmlari joriy etildi. Respublika sog‘liqni saqlash tizimi rahbarlarining kadrlari ishlab chiqildi va joriy etildi.*

***Kalit so‘zlar:** ma’muriy islohot, sog‘liqni saqlash tizimi, menejerlarni tayyorlash va qayta tayyorlash, uzluksiz kasbiy ta’lim*

Relevance of the topic. The basis of the comprehensive transformations being implemented in the country in the field of administrative management is the Law of the Republic of Uzbekistan LRU-788 dated August 8, 2022, "On Public Civil Service" [1, pp.11-13], the Decrees of the President of the Republic of Uzbekistan DP-60 dated January 28, 2022 [2, pp.18] and DP-158 dated September 11, 2023 [3, pp.35]. The role of each direction of transformation of the healthcare system is designated by the Order of the President of the Republic of Uzbekistan O-33 dated March 24, 2022 [4, pp.5-27].

Training, retraining, and high-quality continuous professional education of managerial personnel are of particular importance in ensuring the integrity and ultimate effectiveness of the comprehensive transformation of the healthcare system being implemented in the Republic of Uzbekistan.

At the same time, there are several systemic problems in the healthcare system in the training, retraining, and organization of high-quality continuous professional education of the managerial staff. The significance of these problems can be ranked as follows:

- Most managers working in the system do not have a specialization in healthcare management and public health.
- There is no system of strategic reserve for managerial personnel.
- A system of continuous professional education, differentiated by type and level of managerial positions, has not been implemented.
- A system of control over the process of continuous professional education of specialists working in managerial positions has not been developed.

Objective of the study. To create and implement mechanisms for the training, retraining, and organization of high-quality continuous professional education of managers that meet the principles of the comprehensive transformation of the healthcare system being implemented in the Republic of Uzbekistan.

Materials and methods of research. In this study, the results of the activities of the "Public Health and Health Care Management" Department of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers for the period 2019-2024 were analyzed. Based on the experience and developments of the department, mechanisms for training, retraining, and organizing high-quality continuous professional education of healthcare system managers are being developed and implemented in practice.

Analysis of the results obtained. A total of 436 educational cycles were conducted based on 26 educational programs, where 14,122 specialists were trained. The curricula set for the department for these periods were exceeded.

As of December 2023, there are 8,563 managerial positions in the system of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The number of those who have undergone specialization or additional retraining, introduced for the first time in the specialty "Healthcare Management and Public Health" for the years 2019-2024, is 356 people, which is 4.2% compared to the existing managerial positions and 9.3% compared to the first managerial positions. Thus, more than 90% of functioning managers do not have a specialization in "Healthcare Management and Public Health".

To ensure the implementation of regulatory documents of the highest state authorities in the field of healthcare, an analysis of the implementation of plans for the main seven types of introduced cycles was conducted. According to the results of the analysis, there are sharp differences in the fulfillment of the plans set by the regulatory documents of the Ministry of Health for retraining and advanced training of system managers in the regions and institutions.

Plans for the number of listeners approved by regulatory documents were not fulfilled in any of the analyzed cycles. Thus, if for the 2021/2022 academic year, the level of plan fulfillment was 65.1%, then for the 2022/2023 academic year, this figure was 45.5%.

Based on the average overall participation rate in these cycles, a rating of the regions was formed. If the average level of participation in cycles compared to the plan in Andijan region was 65.3%, in Namangan region 60.8%, then in Surkhandarya region, this indicator was 33.2%, in Khorezm region 24.4%.

Based on the analysis of the causes and factors that led to the current situation, and the essence of the situation, comprehensive proposals were developed to solve the existing problems.

Based on these developments and as a result of activities within the special working group of the ministry, the order of the Minister of Health No. 291 dated November 17, 2023, "On the radical improvement of the effectiveness of the strategic reserve of professional managers, their retraining, and advanced training in the system of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan" was developed and adopted. This order introduced:

- The concept of organizing the training, retraining, and continuous professional education of managerial personnel in the ministry's system.

- The "School of Leaders" for leaders of healthcare management bodies was introduced, special training cycles for specialists newly appointed to the position of leader, heads of institutions, and chief accountants and chief economists were introduced.

- Completely new mechanisms of differentiated, distance learning, and self-learning of managerial personnel were introduced.

The algorithms and mechanisms are being introduced taking into account the practical experience of the department, the nature of the developments of scientific research on the formation of algorithms for differentiated continuous professional education of healthcare managers.

Conclusion. Ensuring the implementation of the tasks defined by the concept in the system of the Ministry of Health requires coordination of the activities of services and sectors for the organization of training, retraining, and continuous professional education of managerial staff. Special importance is given to the coordination of activities of representatives of postgraduate education, regional healthcare management bodies, and specialized medical institutions involved in the organization of the educational process, in order to ensure the integrity and quality of postgraduate professional education.

Author participation. Each of the authors took a direct part in planning, implementing this work, and analyzing the results obtained. All authors read and agreed with the publication. The authors express their gratitude for the assistance provided by the staff of the "Public Health and Health Care Management" Department, the leadership of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers.

The authors have no conflicts of interest related to this work.

References:

1. Law of the Republic of Uzbekistan LRU-788 "On Public Civil Service" dated August 8, 2023. -2022. -30 p.
2. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated January 28, 2022, DP-60 "On the Development Strategy of New Uzbekistan for 2022-2026" - 2022. -318 p.
3. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated September 11, 2023, DP-158 "On the Uzbekistan-2030 Strategy" -2023. -44 p.
4. Order of the President of the Republic of Uzbekistan O-33 dated March 24, 2022 "On measures to implement the tasks set in the 'open dialogue' of the President of the Republic of Uzbekistan with representatives of the healthcare sector" - 2022. - 29 p.

Asadov Husan Daminovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor. Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Head of the department of "Public Health and Healthcare Management".

Asadov Damin Abdurakhimovich - Professor. Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Associate Professor, Department of “Public Health and Healthcare Management”.

Khakimov Valikhan Alikhanovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor. Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Department of “Public Health and Healthcare Management”

Tashkent city, st. Parkentskaya, 51. hva-kaf1@umail.uz

О ПРОВЕДЕНИИ «ОСЕННЕЙ ШКОЛЫ» IX МЕЖДУНАРОДНОГО ГАСТРОФОРУМА

15 ноября в Ташкенте проходила «Осенняя школа» в рамках IX международного Гастрофорума.

Во время ее проведения нашли свое выражение актуальные тенденции современной гастроэнтерологии, получившие наиболее бурное развитие в настоящее время. Отличительной особенностью форума стало проведение конкурса молодых ученых, где за гран при и первые призовые 3 места боролись 14 номинантов.

К основным тематическим направлениям научной программы можно отнести гастро-эзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и пищевод Барретта, функциональную диспепсию, воспалительные заболевания кишечника, аноректальные расстройства, заболевания печени и желчевыводящих путей, заболевания поджелудочной железы, безопасность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в медицинской практике, эндоскопию и лабораторную диагностику.

В гастроэнтерологии, как и в других сферах медицины, отмечается все большее накопление и углубление познаний относительно закономерностей возникновения, формирования и особенностей течения всех известных патологических процессов.

В выступление проф. Хованова А.В. (РФ) было сказано, что благодаря внедрению в научно-исследовательскую работу и клиническую практику новых инструментальных и лабораторных методов анализа постепенно открываются новые связи между звеньями патогенеза наиболее значимых заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Так, огромный интерес исследователей сегодня вызывает генетика заболеваний пищеварительной системы. Значительная часть докладов на разных секциях была посвящена поиску генетических маркеров и наследственной взаимосвязи между теми или иными патологиями.

В частности, была продемонстрирована роль генетической предрасположенности в формировании не только органических, но и функциональных заболеваний системы органов пищеварения, таких как функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника.

Допускается так же существование генетической взаимосвязи между данными патологиями.

Много докладов было посвящено развитию механизмов устойчивости и отсутствия эффективности лечения ГЭРБ ингибиторами протонной помпы (ИПП). Так, в докладе председателя форума, проф. Хамрабаевой Ф.И. (Узбекистан) сообщалось о том, что большое количество рецидивов возникает по причине отсутствия адекватной поддерживающей терапии ИПП. 15-23% рецидивов у пациентов с рефлюкс-эзофагитом степени А, В и 24-41% – степени С, D по Лос-Анджелесской классификации происходит во время 6-месячной терапии ИПП. Причиной этого, по мнению спикера, является неадекватность выбранных режимов дозирования. Далеко не всегда желаемого эффекта можно

добиться ежедневным однократным приемом одной таблетки ИПП вместо рекомендованного двукратного приема большей дозы.

Если у пациента с предполагаемым диагнозом ГЭРБ отсутствует ответ на адекватную антисекреторную терапию ИПП, то в таком случае дифференциальный диагноз следует проводить с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ), функциональной изжогой и билиарным рефлюксом. Другими причинами возникновения рефрактерной ГЭРБ могут быть эозинофильный эзофагит, коморбидные нарушения (диабет, склеродермия и другие), лекарственные эзофагиты, вызванные приемом медикаментов (наркотиков, трициклических антидепрессантов и др.), синдром Золлингера-Эллисона, гиперсекреторные состояния, заболевания кожи с поражениями пищевода.

Интенсивная работа ведется по усовершенствованию систем мониторингирования дуоденогастральноэзофагеального рефлюкса, оборудования для высокоточной и конфокальной эндоскопии. Разрабатываются методики определения гиперчувствительности к механической и химической стимуляции, новые провокационные тесты с проксимальным введением воздуха, провокационные стресс-тесты с параллельным сканированием мозга. В ходе проведения форума проф. Гафуровым Б.Г. (Узбекистан) в докладе «Булемический невроз» было отмечено, что клиническая симптоматика заболеваний пищеварительного тракта на фоне психологического стресса обычно более выражена, чем в отсутствие влияния этих факторов. Эстафету на тему «Неврология в гастроэнтерологии» продолжила проф. Аликулова Н.А (Узбекистан) раскрывая особенности диагностики и лечения соматоформной вегетативной дисфункции.

Отмечалось, что острый и хронический стресс играет значимую роль в формировании механизмов развития функциональных гастроинтестинальных нарушений. С этой точки зрения гипноз рассматривается как вполне приемлемый и эффективный метод коррекции психического статуса в комбинированной терапии СРК, что подтверждается данными длительного наблюдения за пациентами, проходившими курс гипнотерапии. С целью коррекции психического состояния пациентов с функциональной патологией в наши дни активно используются психотерапия, антидепрессанты, транквилизаторы.

В докладе Güralp Onur Ceyhan (Турция) было отмечено, что к одним из самых обсуждаемых тем можно отнести проблему повышения риска возникновения гастроинтестинальных осложнений на фоне приема НПВП. Анализ 24 рандомизированных контролируемых исследований показал, что длительный, более месяца, прием малых доз ацетилсалициловой кислоты (АСК) повышает риск кровотечений ЖКТ. Инфицирование *H. pylori* тоже служит фактором риска гастроинтестинальных кровотечений. Выявление и своевременная эрадикация инфекционного агента необходимы у пациентов, длительно принимающих НПВП.

Безопасности применения НПВП в клинической практике рассчитывают добиться благодаря внедрению и использованию NO-дериwата АСК.

Другую сторону фармакологического действия НПВП на органы ЖКТ представили сообщения о достоверном снижении риска развития колоректального рака на фоне регулярного приема АСК. На секционных заседаниях, посвященных диагностике и лечению заболеваний печени, обсуждались преимущества и недостатки существующих на сегодняшний день методов оценки степени тяжести и прогрессирования фиброза. Проводилась сравнительная оценка показателей объективности таких методик, как биопсия, эластография и определение биомаркеров фиброза печени. Laurent Castera (Франция) отметил, что в последние годы отмечается значительный интерес к неинвазивным методам оценки степени фиброза. В настоящее время биопсия печени по-прежнему определяется как золотой стандарт в определении стадии фиброза. Тем не менее наличие достаточного большого спектра противопоказаний к проведению данной процедуры, ее сложность и вероятность развития осложнений обуславливают интерес гепатологов к неинвазивным методикам.

Стандартизованным оборудованием для проведения эластографии являются аппараты «Фиброскан» и «Эхосенс» производства Франции. Быстрота выполнения и получения результата, несложность выполнения методики являются ее значимыми преимуществами. При сравнительной оценке информативности эластографии и серологических маркеров фиброза (фибротест) у 183 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С статистических различий не обнаружено. Оба теста официально разрешены во Франции и рекомендованы в качестве первой линии ранней диагностики фиброза у больных хроническими заболеваниями печени. Тесты так же рекомендованы для динамической оценки состояния печени у больных с хроническим вирусным гепатитом В, С, неалкогольным стеатогепатитом. Немаловажный интерес сообщение проф. Гариб В.Ф. (Австрия) затронувшей вопросы ферментопатии и пищевого гистамина.

J.M. Pawlotsky (Чехия) отметила, что интерферонотерапия остается золотым стандартом терапии вирусного гепатита В, причем лучший эффект достигается благодаря применению пегилированных форм интерферона. На основании данных приведенного метаанализа автор попытался оптимизировать схемы лечения с учетом оценки эффективности проводимой терапии по серологическим и биохимическим показателям. Так, позитивным ответом на лечение у пациентов с вирусными гепатитами А и В вне зависимости от экспрессии HBeAg считаются высокий уровень АЛТ и низкий уровень вирусной ДНК ($<1,0 \times 10^9$ копий/мл). Больным с вирусным гепатитом генотипов С и D при невысоких показателях АСТ и высоком уровне вирусной ДНК, особенно HBe-отрицательным пациентам, показана сочетанная терапия интерферонами и нуклеотидными препаратами. При отсутствии полного вирусологического ответа и сероконверсии по HBeAg и HBsAg рекомендуется длительная терапия нуклеотидными препаратами. На сегодняшний день установлена возможность развития резистентности к нуклеотидным препаратам, выраженность которой возрастает прямо пропорционально длительности лечения. Наиболее часто резистентность развивается к

ламивудину (24% в первый год терапии, 42% – во второй) по сравнению с тельбивудином (7 и 17% соответственно), адефовиром (0 и 3%), энтекавиром (0,1 и 0,3%) и тенофовиром (0% в год). Тенофовир – новый противовирусный препарат, данные о терапии длительностью больше года пока отсутствуют.

В ходе работы отдельной секции были рассмотрены проблемы диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ).

В докладе проф. Агабабян И.Р (Узбекистан) акцентировано, что в основе лечения НАСГ, по словам V. Ratziu (Франция), лежит модификация образа жизни. Рекомендуются гипокалорийное питание и снижение массы тела. Однако результатов контролируемых клинических испытаний о влиянии гипокалорийных диет и модификации образа жизни на течение НАСГ, особенно долгосрочных, пока нет. В фармакотерапии НАСГ целесообразно применение препаратов, повышающих чувствительность рецепторов к инсулину – глитазонов (пиоглитазон 45 мг/сут, розиглитазон 8 мг/сут). По данным исследований, проведенных на небольшом числе пациентов, глитазоны улучшают некоторые гистологические параметры. Изучается эффективность гепатопротекторов, антиоксидантов, урсодезоксихолевой кислоты, антиапоптотических и антифибротических препаратов.

Тематика неинвазивной диагностики НАСГ была затронута в выступлении D. Tiniakos (Греция). Он заметил, что достаточной информативностью в отношении выявления и определения степени прогрессирования процесса является определение показателей сывороточных маркеров воспаления (адипонектин, фактор некроза опухолей TNF-2, С-реактивный белок, интерлейкин-6), маркеров гепатоцеллюлярного апоптоза (фрагменты кератина 18), оксидативного стресса (продукты перекисного окисления липидов и компоненты антиоксидантной защиты), уровня трансформирующего фактора роста TGF β , гиалуроновой кислоты и других интрацеллюлярных компонентов матрикса. Получены удовлетворительные результаты использования тест-систем для диагностики некровоспалительной активности (HAIR score, Nash Test, NASH predictive index), прогрессирования фиброза (BAAT score, Fibrotest-Fibro SURF, NAFLD fibrosis score, European Liver Fibrosis panel). Среди инструментальных методик оценки степени фиброза ученый выделил эластографию при помощи прибора Fibroscan и магнитно-резонансную эластографию.

Биопсия остается разрешающим методом диагностики НАСГ. Ее проведение необходимо для верификации диагноза. Минимальным критерием для постановки НАСГ является наличие в биоптате печени стеатоза, лобулярного воспаления и гепатоцеллюлярной баллонной инфильтрации. Указанные гистологические изменения обнаруживаются, как правило, в зоне 3 гепатоцитов. При взятии биоптата надлежит использовать иглу диаметром 1,4 мм. Желательно получить несколько столбиков ткани печени размером более 16 мм.

Два доклада от профессоров Ибадовой Г.А и Хамрабаевой Ф.И были посвящены вопросам энтеросорбции и повышенной проницаемости кишечной стенки.

Большой интерес вызвали доклады «Кардиолог о защите ЖКТ: современные подходы к безопасности антиагрегантной терапии» проф. Кеворкова А.Г. (Израиль) и «Атерогенная дислипидемия и печень» проф. Тулабаевой Г.М. (Узбекистан) раскрывающие тонкости ведения коморбидного пациента.

Вызвало живую дискуссию сообщение проф. Ахмедовой И.М. (Узбекистан) в рамках обсуждения проблем эфферентной терапии в детской гастроэнтерологии.

Подводя итог, хочу отметить, что **IX международный Гастрофорум** прошел на высоком научном уровне. Все присутствующие имели возможность составить достаточно полное представление о тенденциях развития современной гастроэнтерологии на основе полученного огромного объема всесторонней информации.

Председатель Гастрофорума, д.м.н., профессор Хамрабаева Ф.И



“Birlamchi tibbiy yordam: rivojlanish strategiyasi” I xalqaro oilaviy tibbiyot forumi 2024 yilning 29 noyabr kuni Toshkent shahri “Wyndham Tashkent” mehmonxonasida bulib utdi.

Yaqin va uzoq xorijda oilaviy tibbiyotning asosiy muammolari, profilaktik tibbiyotning so‘nggi yutuqlari sohasidagi ilg‘or klinik amaliyot va tadqiqotlardagi yutuqlar bilan tajriba almashish, ishtirokchilarning rasmiy va norasmiy o‘zaro muloqatlari orqali xalqaro hamkorlikni rivojlantirish, shuningdek, fan-texnika yutuqlarini monitoring qilishdir.

Mazkur xalqaro forumga mahalliy mutaxassislar, sohalarning malakali kadrlari bilan bir qatorda Buyuk Britaniya, Rossiya Federatsiyasi, Isroil xorijiy davlatlarining, shuningdek qo'shni davlatlar Qozogiston, Tojikiston, Qirgizistonning nufuzli oliy ta'lim muassasalari va tashkilotlaridan olimlar va professor-o'qituvchilari, ular bilan bir qatorda xalqaro xamkorlik jamiyatlari GIZ, WHO, UNFPA vakillari ham tashrif buyurdilar.

Anjumanda tashkilotlarining yetakchi mutaxassislari va boshqa SSV tizimlarining yetuk olimlari, professor-o'qituvchilari va iqtidorli yoshlari hamda ilmiy tekshirish institut va markazlari izlanuvchi-olimlari ishtirok etishdi.

Sog'liqni saqlash vazirining o'rinbosari professor Basitxanova E.I., Tibbiyot xodimlarning kasbiy malakasini rivojlantirish markazi (TXKMRM) o'quv ishlari bo'yicha direktor muovini professor Kosimova M.S. tabrik so'zini o'qib, mehmonlarni I xalqaro oilaviy tibbiyot forumi ishtirokchilarni qutladi va tadbirni ochib berishdi.

Shuningdek TDSI ilmiy ishlari bo'yicha rektor muovini, t.f.d., professor Shomurodov K.E, GIZning sog'liqni saqlash bo'yicha portfolio menejeri K.Bekker, forum raisi, t.f.d., G.S. Xalimbetovlar ham so'zga chiqib tadbir ishtirokchilarni qutladilar.

Forum dasturida O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash tizimini va oilaviy tibbiyotni rivojlantirishni takomillashtirish, aholiga ambulator tibbiy yordam ko'rsatishning zamonaviy usullari va davolash sohasidagi zamonaviy yutuqlari, klinik tahlilga, shuningdek, ijtimoiy tibbiyot masalalariga katta e'tibor berildi.

Oilaviy shifokorlik yo'nalishlari bo'yicha kadrlar tayyorlash va ularning malakasini oshirish tizimini doimiy ravishda takomillashtirish zarur. Prezidentimiz tibbiy xizmat ko'rsatishda birlamchi tizimni rivojlantirish va uni rag'batlantirishning tashkiliy-iqtisodiy mexanizmlarini joriy etish zarurligini juda ko'p ta'kidlagan.

Forum yig'ilishlarida sog'liqni saqlash tizimining barcha tizimlari vakillari, mahalliy va xorijiy mutaxassislar, sohalarning malakali kadrlari hamda professor-o'qituvchilari ishtirok etishdi. Forum doirasida plenar va septsion majlislar bo'lib o'tdi, unda jami 28 dan ortiq ma'ruzalar tinglandi. Jami 600 tadan ortiq ishtirokchilar qatnashdi. Yalpi majlisda t.f.d. Xalimbetov G.S., professor Asadov D.A., professor Raximova G.N., professor Xamrabayeva F.I., professor Vijay Kumar (Birlashgan Qirollik), professor Urvashi Hegde (Birlashgan Qirollik), professor Ibadova G.A., Milos Stojanovic (Belgrad, Serbiya), dotsent Tulaganova D.X. va boshqalar dolzarb ma'ruzalari va taqdimotlari bilan ishtirok etdilar. Tushlikdan keyingi septsion majlisda chet el mutaxassislaridan professor Brimqulov N.N., Botbayeva E.I. (Bishkek, Qirg'iziston), professor Yaron Goikhman (Rishon le Zion, Isroil), professor Chibisova M.A. (Sankt-Peterburg, Rossiya), dotsent Dzhonova B.Yu. (Dushanbe, Tojikiston), professor Nugmanova D.S. (Olmaota, Qozog'iston) hamda O'zbekistonlik TXKMRM va TDSI professor-o'qituvchilari ma'ruzalari va taqdimotlari eshitildi.

Forum yakunida oilaviy tibbiyot rivojlanishining asosiy yo'nalishlari belgilandi va quyidagi yo'nalishlardagi yangiliklarni sog'liqni saqlash amaliyotiga tatbiq etish ko'rib chiqildi: skring va profilaktikaning sog'liqni saqlash birlamchi tizimidagi ahamiyati; davlat tibbiy sug'urta mexanizmlarini joriy qilishda zamonaviy yondashuvlar; gastroenterologiyadagi zamonaviy innovatsion yutuqlar hamda

oshqozon-ichak trakti kasalliklarini birlamchi bo'g'inda tashhishlash, oldini olish va davolashning innovatsion usullari; nafas olish a'zolari kasalliklarining epidemiologiyasi va profilaktikasi; birlamchi tibbiy muassasalarda revmatologik kasalliklarni boshqarishda zamonaviy yondashuvlar va boshqa shu kabi fanlarning nazariy va amaliy muammolari muhokama qilindi.





Edinburg shahridagi Qirollik jarrohlik kollejining a'zosi, London shahridagi Qirollik umumiy amaliyot shifokorlari kollejining a'zosi hamda Buyuk Britaniyaning Birlamchi tibbiy yordam jarrohlari uyushmasi prezidenti, professor Vidjay Kumarga Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi faxriy professori unvoni bilan taqdirlandi.

Halimbetov G.S. Oilaviy tibbiyot va kasb kasalliklari kafedrasini mudiri, forum raisi.

**ТАБАРРУК ЁШИНГИЗ МУБОРАК, УСТОЗ!
Х.М. КОМИЛОВ – 80 ЁШДА**

**Ўргатдинг сен маърифатдан зўр китоб,
Бул китобки, нур сочишда зўр офтоб.
Хазиначан, калбинг меҳр дарёси,
Унда порлар улуғларнинг зиёси.**

**Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази,
офтальмология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Ўзбекистон Қаҳрамони, РМТФАсининг академиги,
Комилов Ҳолиджон Маҳмадҷонович!**



Кўз - инсонга берилган буюк неъмат. Ҳар бир инсон дунё лаззатларини ўз сезги аъзолари орқали идрок этади. Улардан бири бу кўздир. Жаҳон цивилизациясининг ривож ва кўз касалликларининг кўпайиб бориши муносабати билан дунё бўйлаб офтальмология долзарб бўлган тор мутахассислик соҳасига айланди. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедраси республикада кўз касалликларини диагностикаси ва даволашида хизмат кўрсатаётган кўз шифокорларини малакаларини оширишларида, шифокорларни қайта тайёрлашда ўзларини беъминнат хизматларини олиб бормоқдалар.

Ўзбекистон Қаҳрамони, тиббиёт фанлари доктори, профессор Комилов Ҳолиджон Маҳмадҷонович республикадаги етакчи олимлардан бири ҳисобланади.

Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офтальмология кафедрасини 36 йил давомида бошқариб келмоқдалар.

Х.М. Комилов 1945 йилда Тошкент шаҳрида туғилган, Тошкент тиббиёт олийгоҳини 1968 йилда имтиёли диплом билан тугатган. Олим умрининг 50 йилдан ортиғини офтальмология фанини ривожига бағишлаб келмоқда.

Оталари Ўзбекистонда офтальмология хизматини асосчиларидан бири, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган фан арбоби, Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган врач, Улуғ Ватан урушининг қатнашчиси (1939-1946 йй.). У 1957-1988 йиллар давомида (31 йил) Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида офтальмология кафедрасининг мудир бўлиб ишлаган. Оталари Маҳмадҷон Комиловнинг ўз

касбига меҳр-муҳаббати, илмдаги даражаси, салобатли сиймоси унинг офтальмолог бўлишига туртки бўлган бўлса ажаб эмас.

Оналари Мажидова Матлуба ая ўқитувчи бўлиб узоқ йиллар меҳнат қилганлар ва ёш авлодга таълим тарбия бериб халқ хурматига сазовор бўлганлар. Оилада 3 та шифокорни ва 2 та тиббиёт фанлари докторлари, профессорларни халқ хизматига тайёрлаган инсон сифатида қадрли эдилар.

Устозлари: Офтальмология бўйича устози - отаси, тиббиёт фанлари доктори, профессор Махмаджон Комилов ва уларнинг шогирдлари, неврология бўйича - тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик Наби Мажидович Мажидов.

Ёшликдан оилада илмга бўлган меҳрни, эътиборни кўриб катта бўлган Х.М.Комилов ҳам ўз хаёт йўлини илмга, кўз шифокорлигини мукамал ўрганишга бағишлади. У 1972 йилда тиббиёт фанлари номзодлиги диссертациясини Москва шаҳрида тиббиёт фанлари докторлари, профессорлар Наби Мажидович Мажидов ва Ольга Николаевна Соколоваларнинг илмий раҳбарлиги остида “Оптохиазмаль лептоменингитлар (арахноидитлар)нинг офтальмологик клиникаси” мавзусида ҳимоя қилди. “Оптохиазмаль лептоменингитлар (арахноидитлар)нинг офтальмологик клиникаси” мавзусида ҳимоя қилди. Изланишларда чарчамаган олим 1984 йилда Москва шаҳрида фан докторлик диссертациясини “Кўрув нерви касалликларининг клинко-диагностик белгиларини ЭХМ ва автоматлашган тизимлар ёрдамида дистанцион диагностика қилиш учун яратиш” мавзусида ҳимоя қилди. 1994 йилдан “Офтальмология” ихтисослиги бўйича профессор. 2013 йилда Россия медико-техник фанлар академиясини академиги бўлиб сайланди.

Х.М. Комилов раҳбарлигидаги кафедра республиканинг барча ихтисослашган кўз касалликлари шифохоналари, бўлимлари, хусусий клиникалари ва поликлиникаларида ишловчи офтальмологларни тайёрлаш ва қайта тайёрлаш, малакасини ошириш вазифасини бажарувчи етакчи марказ ҳисобланади.

Х.М. Комилов клиник офтальмология, кўз микрохирургияси, офтальмотравматология, нейрофтальмология ва офтальмо-гериатрия каби долзарб соҳаларни ривожлантиришга катта ҳисса қўшмоқда. Соғлиқни сақлаш амалиётида эса янги диагностика усулларида бўлган – компьютер периметрия, компрессиясиз тонография, кўзнинг компьютер тахлили ва даволаш учун – кукумазим, фраксипарин, тиклид, иммуномодулин, лагоден, аллоплант ва ксенотрансплантатларни қўллашни таклиф этган. Унинг бевосита иштироки ва раҳбарлиги остида кўрув аъзоларини текшириш учун янги тиббий-техник комплекс, дори - дармонлар ва микрохирургия услубини қўллаган ҳолда глаукома, кўз қон - томир касалликлари ва катаракта хасталигини даволаш йўналишлари бўйича илмий - амалий изланишлар олиб борилмоқда.

Х.М.Комилов республика кўз касалликлари клиник шифохонасида кўз касалликларини аниқлаш, даволаш ва тиббий реабилитация ишларини ташкил этишда фаол қатнашмоқда. Амбулатория ва стационар шароитида кўзи хаста беморларни текшириб, янги, замонавий жарроҳлик усуллари билан беморларни даволайди: “Глаукомани сектор синусэктомияси, кўз олмасини тешмасдан

склерэктомияси”; “Катарактани факоэмулсификацияси ва юмшоқ линза имплантацияси, туғма катарактани жаррохлик усули билан олиш ва сунъий гавхар қўйиш, катаракта операциясидан сўнг учрайдиган асоратларни йўқотиш, ултратовуш ёрдамида турли катаракталарни олиш усуллари”; “Кўз олмасини тешиб ўтувчи жароҳатларни тиклаш учун аллоплантлар ва ксенотрансплантатлардан фойдаланиш йўллари” ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди. Профессор Х.М. Комилов малака оширувчиларга дарс бериш баробарида қирқ мингга яқин беморларни даволаган.

Вазирлар Махкамаси қошидаги Тиббиёт - санитария бирлашмаси, Ички ишлар вазирлиги, Миллий ҳавфсизлик хизматининг тиббий хизмати муассасаларида консультаив - даволаш ишларини мунтазам олиб боради.

Олим раҳбарлигида кафедрада қуйидаги долзарб йўналишларда илмий ишлар олиб борилади:

- Катарактани ташхислаш ва замонавий даволаш,
 - Кўзнинг олдинги ва орқа қисмларидаги яллиғланиш касалликлари,
 - Кўз қон томирли қаватини касалликларини диагностикаси ва даволаш,
 - Кўз замбуруғли касалликлари,
 - Кўзнинг жароҳатларини диагностикаси ва даволаш усуллари
- такомиллаштириш,
- Шишасимон тана ва тўр парда касалликлари,
 - Кўрув нервининг туғма ва орттирилган касалликлари,
 - Глаукомани ташхислаш, консерватив ва жаррохлик усулларида даволашнинг янги йўналишлари,
 - COVID - нинг кўздаги асоратлари ва уларни даволаш принциплари,
 - Узоқ умр кўрувчилардаги кўз касалликларининг хусусиятлари.

Олим биринчилардан бўлиб ўқитишни интерактив усулини қўллаган, масофадан туриб ўқитиш учун ўқув материалларини ишлаб чиққан. У илмий-тадқиқот натижаларини, шахсий клиник ва жаррохлик тажрибаларини амалиётда хизмат қилаётган офталмологларга етказиб келмоқда. Ўзбекистон Республикасида ишлаётган 1600 дан ортиқ кўз шифокорларининг кўпчилиги у раҳбарлик қилаётган Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг офтальмология кафедрасида кўз шифокори сифатида тайёрланишган ёки малака оширишган. Хамдўстлик мамлакатларидан ҳам кўплаб офтальмологлар кафедрага таълим ва тажриба ошириш учун ташриф буюрадilar.

Унинг ташаббуси билан яратилган ўқитиш услублари амалиётда кўз касалликлари билан хасталаниш ва ногиронлик кўрсаткичларини 20% дан ортиқ камайишига олиб келди. Умумий амалиёт врачлари учун офтальмология бўйича янги ўқув дастурларини ишлаб чиққан ва амалиётга тадбиқ этган. Х.М.Комиловнинг 1970 йиллардан бошлаб рақамли офтальмология бўйича қилган илмий ишлари ҳозирги даврга келиб, орадан 50 йил ўтибгина телемедицина шаклида ва онлайн шифокор маслаҳати хизмати ривожланмоқда ва келажакни башорат қилувчи олимлардан эканликлари таҳсинга лойиқдир.

У офтальмология соҳасида халқаро ва республика даражасидаги илмий-амалий конференцияларнинг ташкилотчиси ва фаол иштирокчисидир. 795 та илмий ишнинг муаллифидир.

Шогирдлари: Олим кўплаб шогирдлар етиштирди, унинг илмий раҳбарлиги остида 8 та фан доктори, 38 та фан номзоди ва тиббиёт бўйича фалсафа доктори тайёрланди. Бевосита раҳбарлик қилган шогирдлари орасида ҳозирги кунда **Ўзбекистон Қаҳрамони** ва раҳбарлик лавозимларида фаолият юритаётган профессорлар, доцентлар, бош шифокорлар қатор илмий-тадқиқот йўналишларини бошқаришмоқда ва илмий-педагогик кадрларни тайёрлаш ва қайта тайёрлашда етакчилик қилиб келишмоқда. Раҳбарлигида 100 дан ортиқ шифокорлар офталмолог мутахассислиги бўйича клиник ординатурани муваффақиятли тугатиб, Ўзбекистон республикасининг турли вилоятларида даволаш-профилактика хизматини самарали олиб боришмоқда.

Халқаро алоқалар: Кафедра ва унинг клиник базаси бўлган Республика кўз касалликлари клиник шифохонаси қатор давлатлар (Россия, Жанубий Корея, Украина, Қозоғистон, Туркия, Туркменистон, Тожикистон ва бошқа) етакчи офтальмологик клиникалари билан узвий ҳамкорлик ўрнатган. Ушбу клиникаларнинг етакчи мутахассислари республикада 5 маротаба ташкил этилган семинар-тренингларда, кўргазмали операцияларда ва хайрия тадбирларида иштирок этишган.

Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг илмий кенгаши, ушбу марказнинг жаррохлик факультети илмий кенгаши ва муаммолар комиссиясининг аъзоси, Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси экспертлар кенгаши аъзоси, Ўзбекистон Республикаси офтальмологлари илмий жамияти раиси, «Ўзбекистон тиббиёт журнали», «Передовая офтальмология» журнали таҳририяти аъзоси, “MEDICAL EXPRESS” ихтисослашган тиббий илмий-амалий, ижтимоий-реклама йўналишидаги нашр таҳририят кенгашининг раиси.

Жамоат ишлари: жамоат ишларида жуда масъулият билан иштирок этади. Ниҳоятда мустаҳкам интизомга, юксак ҳуқуқий маданиятга эга шахс. У 2014 йилдан “Адолат” социал-демократик партиясининг аъзоси ва 2014-2019 йилларда халқ депутатлари Тошкент шаҳар кенгашининг депутаты, 2015-2020 йилларда Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Сенатининг аъзоси сифатида мфаолият олиб борган. Депутат ва сенатор сифатида фаолиятида минглаб аҳоли билан ишлаб, уларнинг муаммоларини ҳал этишда сидқидилдан меҳнат қилган ва инсонлар қалбига эзгулик нурлари билан кириб борган.

Тиниб-тинчимас, меҳнаткаш, камтарин, айни вақтда талабчан мураббий, меҳрибон устоз, тажрибали мутахассис Холиджон Комилов республикада зиёлилари ва тиббиёт ходимлари ўртасида катта ҳурматга сазовор. Энг муҳими, халқнинг севимли фарзанди. Олимнинг беминнат меҳнатлари бесамар кетмади, меҳнатлари муносиб тақдирланиб келмоқда.

Камтарона меҳнати қадри: Холиджон Махамаджонович Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2006 йил 25 августдаги Фармонида биноан халқ фаровонлиги ошишига, тинчлик ва барқарорлик, халқ соғлиғини сақлашдаги хизматлари учун “**MEHNAT SHUHRATI**” ордени билан мукофотланди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2012 йил 23 августдаги Фармонига биноан “Ўзбекистон Қахрамони” олий унвонига сазовор бўлди ва шу муносабат билан “Олтин юлдуз” медалига мушарраф бўлди. 2016 йил 1 июлда Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан “Ўзбекистон мустақиллигига 25 йил” эсдалик нишони билан, 2017 йил 10 октябрда Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан “Ўзбекистон Конституциясига 25 йил” эсдалик нишони билан тақдирланди. 2023 йили - Биринчи даражали “Мехнат фахрийси” кўкрак нишони билан тақдирланган.

Профессор Холиджон Комилов юксак инсоний фазилатларга эга инсон, чинакам истеъдод соҳиби, беморлардан ёрдамини аямайдиган, қўли енгил ва чуқур билимга эга бўлган кўз жарроҳи, ўз касбининг фидойиси, шогирдларига билим беришдан чарчамайдиган ва тўғри йўл кўрсатадиган меҳрибон устоз.

Илм йўлида кунларни тунларга, тунларни тонгларга боғлаб табаррук 80 ёшда ҳам тинмай изланишда бўлиб, ибрат ва жасорат кўрсатмоқдалар.

Олимни маъсулиятли ва шарафли касбларидаги фидокорона меҳнатларида мустахкам соғлик, омад ва улкан зафарлар тилаймиз.

Журнал таҳририяти беҳисоб табрикловларга кушилади Холиджон Мухаммаджоновичга мустахкам соғлик, чексиз куч, узок умр, ижодий фаоллик ва барча ишларида муваффақиятлар тилайди!

Требования к публикации статей журнала «Медицина, образование и инновационные исследования».

К публикации в журнале принимаются наиболее значимые научные труды, нигде ранее не опубликованные, соответствующие тематике, обладающие научной новизной и содержащие материалы собственных научных исследований автора. Научная проблема, поднимаемая в статье, должна быть четко указана; излагаемый материал должен быть основательным с теоретико-методологической и методической точки зрения; указываемые источники должны быть достоверными; заключения, предложения и рекомендации должны быть обоснованными. К сокращениям и аббревиатурам должны быть добавлены разъясняющие примечания.

Объем статьи – не менее 5 страниц, включая аннотацию, ключевые слова, таблицы, рисунки и библиографический список.

Оригинальность – не менее 75%. (Скопус требует 80%).

Статья должна содержать УДК (при отсутствии будет указан общий код).

Обязательным условием для публикации является наличие рецензии.

Языки статьи – узбекский, русский, английский.

Статьи должны быть выполнены в текстовом редакторе MS Word 2003-2016 и отредактированы строго по следующим параметрам:

- ориентация листа – книжная,
- формат А4,
- поля по 2 см по периметру страницы,
- шрифт Times New Roman,
- размер шрифта для всей статьи, кроме таблиц – 14 пт,
- размер шрифта для таблиц – 12 пт,
- междустрочный интервал – 1.5,
- выравнивание по ширине страницы,
- абзацный отступ – 1 см (без использования клавиш «Tab» или «Пробел»).

Не допускается:

- нумерация страниц;
- использование в тексте разрывов страниц;
- использование автоматических постраничных ссылок;
- использование автоматических переносов;
- использование разреженного или уплотненного межбуквенного интервала.

Таблицы набираются в редакторе MS Word. Таблицы должны иметь номера и названия, которые надо поместить над таблицами.

Графический материал (рисунки, чертежи, схемы, фотографии) должны представлять собой обобщенные материалы исследований. Графический материал должен быть высокого качества, при необходимости издательство может потребовать предоставить материал в отдельных файлах в формате jpg с разрешением не ниже 300 dpi. Названия и номера графического материала должны быть указаны под изображением.

Формулы и математические символы должны быть выполнены либо в MS Word с использованием встроенного редактора формул либо в редакторе MathType. Таблицы, графический материал и формулы не должны выходить за пределы указанных полей.

Аннотация - краткое точное изложение содержания документа, включающее основные фактические сведения и выводы описываемой работы. Текст авторского резюме должен быть лаконичен и четок, свободен от второстепенной информации, содержать основные фактические сведения и выводы, представленные в работе. Сведения, содержащиеся в заглавии статьи не должны повторяться в тексте аннотации. Рекомендуемый средний объем аннотации составляет 200 печатных знаков. Структурно она должна включать следующие аспекты содержания статьи: предмет, тему, цель работы; метод или методологию проведения работы; результаты работы; область применения результатов; выводы. В тексте аннотации на

английском языке следует применять терминологию, характерную для иностранных специальных текстов, а также применять значимые слова из текста статьи. Во избежание искажения передачи авторского смысла при переводе на английский язык заглавия аннотации и ключевых слов не следует использовать электронные переводчики. Сокращения и условные обозначения, кроме общеупотребительных (в том числе в англоязычных специальных текстах), применяют в исключительных случаях или дают их определения при первом употреблении. Следует подчеркнуть, что авторское резюме призвано выполнять функцию независимого от статьи источника информации.

На первой странице статьи сверху должна быть указана информация об авторе(ах) статьи:

1. Фамилия, имя и отчество (полностью, на русском, узбекском и английском языках).
2. Место работы, должность, ученая степень и звание (полностью, на русском, узбекском и английском языках)

Сведения об авторе должны содержать: фамилию, имя, отчество, занимаемую должность, ученую степень и место работы, адрес и электронную почту. Данная информация должна быть представлена как на русском, так и на английском языках и располагаться в конце статьи после списка литературы. (Обратите внимание – электронный адрес автора. Он должен быть обязателен, так как редакция должна иметь возможность напрямую обращаться к автору).

В введении необходимо представить исследование в широком контексте и подчеркнуть почему оно важно. Тщательный анализ текущего состояния исследований и цитирование ключевых публикаций. Выделить спорные гипотезы. Насколько возможно надо сделать введение понятным для ученых, не входящих в вашу конкретную область исследований. Возможно указать как актуальность.

Материалы и методы должны быть описаны достаточно подробно, чтобы другие могли воспроизвести и использовать опубликованные результаты. Новые методы и протоколы должны быть описаны подробно, а известные можно описать кратко или процитировать. Если вы использовали большой набор данных, укажите где депонированы они и приведите инвентарные номера. Исследования с участием животных или людей, а так же другие исследования должны содержать список органов, предоставивших разрешения и соответствующий код этического одобрения.

Результаты. Краткое и точное описание результатов эксперимента, их интерпретацию, экспериментальные выводы, которые можно сделать. Все таблицы и рисунки должны быть цитированы в основном тексте с нумерацией и располагаться в основном тексте рядом с местом первого цитирования.

Обсуждение. Обсуждение результатов, их интерпретация с точки зрения предыдущих исследований и рабочих гипотез. Выводы и их последствия следует обсудить в широком контексте. Патенты. Не обязателен, но при наличии патентов, полученных в результате работы надо их привести. Авторское участие. При наличии нескольких авторов следует кратко, одним или двумя словами, указать их индивидуальный вклад. Желательно добавить – все авторы прочитали и согласились с публикацией. (Обратите внимание – здесь два требования – вклад автора и согласие всех на публикацию).

Финансирование. Следует привести, если работа выполнена по гранту или если есть другое финансирование – указать его. В конце следует добавить – исследование было проведено в соответствии с Хельсинской декларацией и одобрено этическим комитетом. Укажите номер протокола заседания этического комитета. (Заполнение этого требования обязательно. Надо указать статья инициативная или по гранту или же спонсирована).

Если исследование с людьми, добавьте - от всех субъектов, участвовавших в исследовании - получено информированное согласие. Или от пациентов было получено письменное информированное согласие на публикацию этой статьи. (К сожалению, этот пункт требований мы пока не можем выполнить. Редакция не требует это положение. Пока!)

Завершите статью (если хотите) выражением благодарности за проявленную поддержку, участие или вклад, приведите спонсора, если он у вас был. А также укажите есть ли конфликт интересов.

Список литературы обязателен и должен включать в себя все работы, использованные автором. Редакция журнала мотивирует авторов к работе с современными источниками информации (не позднее 5-летней давности), поскольку ссылка на устаревшие литературные источники вызывает замечание международных экспертов и сомнение относительно актуальности материала, изложенного в статье. При отсутствии списка литературы статья при загрузке в eLibrary.ru и другие сервисы автоматически помечается как ненаучная и попадает в категорию «Неопределенно» (UNK). Допускается не более 20% самоцитирования любых своих работ, опубликованных в других печатных источниках.

Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5-2008 РФ в алфавитном порядке. Оформлять ссылки на соответствующий источник списка литературы следует в тексте в квадратных скобках (например: [1, с. 233]). Правильное описание используемых источников в списках литературы является залогом того, что цитируемая публикация будет учтена при оценке научной деятельности ее авторов, организации, региона, страны.

Статьи, не отвечающие вышеизложенным требованиям, не будут рассматриваться редакцией.

Представленные рукописи статей авторам не возвращаются. Приведенный перечень не является окончательным. По отдельным статьям редакция оставляет за собой право просить дополнительную информацию.

Статьи оцениваются членами редакционной коллегии, и иными специалистами по профилю, соответствующему содержанию статьи. Решение о том, можно или нет публиковать статьи, поступившие в редакцию, принимает Редакционная коллегия.

Автор вправе ознакомиться с выполненной рецензией.

Автор несёт ответственность за правильное оформление статей.

Плата за публикацию статьи в журнале определяется редколлегией.

Научная статья пишется с учетом вышеуказанных требований и направляется по электронной почте ttvit.journal@mail.ru или в телеграмму +998979231148.

Contents

D. Yach, R. Polosa, D.A. Asadov, S.E. Wan Puteh TOBACCO HARM REDUCTION AND BETTER TREATMENT COULD SAVE NEARLY 880,000 LIVES UP TO 2060 IN MALAYSIA AND UZBEKISTAN: A REPORT ON STUDY (in English)	3
A.N. Dudko, F.I. Khamrabaeva SUMMARY PLACE OF USE OF PLASMA REPLACEMENT DRUGS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS.....	18
Kh.A. Akilov, F.Sh. Primov, A.U. Rakhimov THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN CHILDREN WITH BLEEDING FROM MECKEL'S DIVERTICULUM.....	25
Khamraev A. K., Paluanov I. D., Nuraddinova Z.K RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE SPREAD OF LEPROSY IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.....	34
Gafforov S.A., Nurmatova N.T. RATIONALE FOR CLINICAL AND FUNCTIONAL DIAGNOSIS OF CHRONIC GINGIVITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	43
B.G. Gafurov, N.A. Alikulova HERBAL MEDICINE FOR MILD AND MODERATE COGNITIVE IMPAIRMENT.....	52
A.U. Rakhimov, S.Sh. Joniyev COMPARATIVE ASSESSMENT OF PREOPERATIVE PREPARATION AND EFFECTIVENESS OF ANESTHESIA IN THYROID GLAND PATHOLOGIES.....	58
R.S. Pulatova, S.A. Gaffarov, D.N. Xen SCIENTIFIC AND PRACTICAL FOUNDATIONS OF THE IMPORTANCE OF TYPES OF DENTAL PROSTHESES FOR THE EFFECTIVENESS OF ORTHOPEDIC DENTAL CARE FOR HIV-INFECTED PATIENTS.....	67
F.I. Khamrabaeva IMPACT OF PHYSICAL FACTORS ON MORPHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER.....	83
B.G. Gafurov, M.A. Alieva OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AND VENOUS ENCEPHALOPATHY.....	88
Asadov X.D., Asadov D.A., Khakimov V.A. DIRECTIONS FOR TRANSFORMING TRAINING, RETRAINING AND CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION OF MANAGERS IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.....	94
ON HOLDING THE "AUTUMN SCHOOL" OF THE IX INTERNATIONAL GASTROFORUM.....	94
ABOUT THE "AUTUMN SCHOOL" OF THE IX INTERNATIONAL GASTROFORUM.....	99
From the editor CONGRATULATIONS ON THE ANNIVERSARY TO PROFESSOR, HERO OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN KOLIDZHON MAKHAMADJONOVICH KOMILOV.....	107
To the authors REQUIREMENTS FOR ARTICLES.....	112

Содержание

Д. Ях, Р. Полоса, Д.А. Асадов, Ш.Э. Ван Путэх МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОГУТ СОХРАНИТЬ ДО 880 ТЫС. ЖИЗНЕЙ К 2060 Г. В МАЛАЙЗИИ И УЗБЕКИСТАНЕ: ОТЧЁТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ.....	3
А.Н. Дудко, Ф.И. Хамрабаева МЕСТО ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ.....	18
Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов, А.У. Рахимов ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ.....	25
А.К. Хамраев, И.Д. Палуанов, З.К. Нураддинова РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЕЗНИ ГАНЗЕНА В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ.....	34
С.А. Гаффоров, Н.Т. Нурматова ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	43
Б.Г. Гафуров, Н.А. Аликулова ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЁГКИХ И УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ.....	52
А.У. Рахимов, С.Ш. Жониев СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	58
Р.С. Пулатова, С.А. Гаффоров, Д.Н. Хен НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАЧЕНИЯ ВИДОВ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ.....	67
Хамрабаева Ф.И. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	83
Б.Г. Гафуров, М.А. Алиева СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНЫХ АПНОЭ СНА И ВЕНОЗНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ.....	88
Асадов Х.Д., Асадов Д.А., Хакимов В.А. НАПРАВЛЕНИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДГОТОВКИ, ПЕРЕПОДГОТОВКИ И НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕНЕДЖЕРОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН.....	94
О ПРОВЕДЕНИИ «ОСЕННЕЙ ШКОЛЫ» IX МЕЖДУНАРОДНОГО ГАСТРОФОРУМА.....	99
От редакции ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ ПРОФЕССОРА, ГЕРОЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА КОМИЛОВА ХОЛИДЖОНА МАХАМАДЖОНОВИЧА.....	107
Авторам ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ.....	112

Mundarija

D. Yach, R. Polosa, D.A. Asadov, S.E. Wan Puteh

TAMAKI ISTE'MOLIDAN ZARARNI KAMAYTIRISH VA SAMARALIROQ DAVOLASH CHORALARI 2060 YILGA QADAR MALAYSIYA VA O'ZBEKISTONDA 880 MINGGACHA HAYOTNI SAQLAB QOLISHI MUMKIN3

A.N. Dudko, F.I. Xamrabaeva

SURUNKALI GEPATIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA PLAZMA O'RNINI BOSUVCHI DORILARNI QO'LLASH JOYI.....18

X.A. Oqilov, F.Sh. Primov, A.U. Rahimov

MEKKEL DIVERTIKULIDAN QON KETISHI BO'LGAN BOLALARDA LAPAROSKOPIK TEXNOLOGIYALARNING SAMARADORLIGI.....25

A.K. Xamraev, И.Д. Палуанов, З.К. Нураддинова

ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИДА ГАНЗЕН КАСАЛЛАГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ.....34

С.А. Гаффоров, Н.Т. Нурматова

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СУРУНКАЛИ ГИНГВИТЛАРНИНГ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ТАШҲИСИНИ АСОСЛАШ.....43

B.G. Gafurov, N.A. Alikulova

YENGIL VA O'RTA DARAJADAGI KOGNITIV BUZILISHLARDA FITOTERAPIYA.....52

A.U. Raximov, S.Sh. Joniyev

QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYALARIDA OPERASIYA OLDI TAYYARGARLIGI VA ANESTEZIYA SAMARADORLIGINI QIYOSIY BAHOLASH.....58

P.C. Пулатова, С.А. Гаффоров, Д.Н. Хен

ОИВ-ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШДАГИ САМАРАДОРЛИГИГА ТИШ ПРОТЕЗЛАРИ ТУРЛАРИ ВА ХОМАШЁЛАРИНИНГ АХАМИЯТИНИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АСОСЛАРИ.....67

Xamraboeva F.I.

O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASI BO'LGAN BEMORLARDA JISMONIY OMILLARNING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARGA TA'SIRI.....83

B.G. Gafurov, M.A. Alieva

OBSTRUKTIV UYQU APNEASI SINDROMI VA VENOZ ENSEFALOPATIYA.....88

Asadov X.D., Asadov D.A., Xakimov V.A.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMIDA MENEJERLARNI TAYYORLASH, QAYTA TAYYORLASH VA UZLUKSIZ KASBIY TA'LIMI TRANSFORMATSIYASINING YO'NALISHLARI.....94

IX XALQARO “KUZI MAKTABI” HAQIDA GASTROFORUM99

ТАБАРРУК ЁШИНГИЗ МУБОРАК, УСТОЗ!107

Mualliflarga

JURNALIDA CHOP ETILADIGAN MAQOLALARGA QO'YILADIGAN TALABLAR.....112

Maqolalardagi ma'lumotlar uchun muallif
va bosh muharrir ma'sul.

Tahririyat fikri mualliflar fikri bilan
munosib bo'lmasligi mumkin.

Barcha mualliflik huquqlar himoyalangan

Barcha ma'lumotlar tahririyat yozma
ruxsatisiz chop etilmaydi.

Ma'sul muharrir: A.U. Raximov
Badiiy muxarrir: Pulatov S.M.
Tarjimon: G'aybullaev S.S.

Terishga ruxsat berildi: 20.08.2024
Bosishga ruxsat etildi: 25.08.2024

Bichimi 60x84 ¼
Shartli bosma tabog'i 47,0

Ofset qog'ozda chop etildi.
Adadi 100 nusxa.

42- buyurtma

“HUMOYUNBEK-ISTIQLOL MO'JIZASI”
Bosmaxonasida chop etildi. 100000.

Toshkent. A.Temur ko'chasi, 60 A

TIBBIY TA'LIM VA INNOVATSION
TADQIQOTLAR Jurnal tahririyati
700000 Toshkent sh., Mirzo-Ulug'bek
tumani ko'chasi. Parkent 51. Tel: +998
(71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining
huzuridagi Axborot va ijtimoiy aloqalar
agentligi tomonidan 2024 yil 15 iyulda
ro'yxatga olingan (№ 320553 ruxsatnoma
berilgan)
Bahosi kelishilgan narxda.
Nashr ko'rsatgichi 7048