



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
OLYI TA'LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR  
VAZIRLIGI



FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT  
INSTITUTI

**2023 YIL- INSONGA E'TIBOR VA SIFATLI TA'LIM  
YILI MUNOSABATI BILAN  
"PULMONOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI"  
MAVZUSIDAGI  
RESPUBLIKA ILMYIY-AMALIY KONFERENSIYASI**

**ILMIY ISHLAR  
TO'PLAMI**



**06/11**

**FARG'ONA-2023**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA‘LIM, FAN VA INOVATSIYALAR  
VAZIRLIGI**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI**

**2023 YIL- INSONGA E‘TIBOR VA SIFATLI TA‘LIM-YILI**

**MUNOSABATI BILAN**

**“PULMONOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI”**

**MAVZUSIDAGI**

**RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI**

**ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI**



**06.11.2023.**

**FARG‘ONA-2023**

**PULMONOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI**  
**ILMIY -AMALIY KONFERENSIYA TAHRIRIYATI A‘ZOLARI**  
**FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI**

---

<b>Tahririyat kengashi raisi</b>	<b>Sidikov A. A.</b>	<b>FJSTI rektori, t.f.n., Professor.</b>
<b>Tahririyat kengashi raisi o‘rinbosari</b>	<b>Kadirova M.N.</b>	<b>Ilmiy ishlar va innovatsiyalar boyicha prorektor, p.f.n., Professor.</b>
<b>Tahriroyat kengashi a‘zolari</b>	<b>Boltaboyev U. A.</b>	<b>O‘quv ishlar bo‘yicha prorektor, PhD.</b>
	<b>Maxmudov N.I.</b>	<b>Gospital terapiya kafedrası mudiri,t.f.n.</b>
	<b>Bobojonov S.S.</b>	<b>Terapevtik yo‘nalishlar kafedrası katta o‘qituvchisi.</b>
	<b>Kattaxanova R.Yu.</b>	<b>Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri, t.f.n.</b>
<b>Karimova X.M.</b>	<b>Gospital terapiya kafedrası katta o‘qituvchisi, PhD.</b>	
<b>Kompyuter grafikasi mutaxassisi</b>	<b>Valitov E.A.</b>	<b>Axborot texnologiyalari kafedrası assistenti.</b>

Muharrirlik kengashi anjuman materiallarining mazmuniga mas’ul emas.  
 Ilmiy to‘plamlar mualliflar tomonidan topshirilgan original holda chop etilmoqda.

\* \* \*

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов  
 конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ**

*Сидиков А.А. Махмудов Н.И., Йулдашев Ш.М., Бабожанов С.С.  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП*

Нозокомиальная пневмония является серьезным и частым осложнением, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии частота этого осложнения могут достигать в зависимости от противоэпидемического состояния отделения до 7—44%. Судя по публикуемым сообщениям, частота этого осложнения в различных клиниках сильно варьирует, что обусловлено отсутствием единого определения приобретенной в больнице пневмонии и неспецифичностью диагностических критериев. Летальность при этом осложнении, по данным различных ученых, составляет 19—70% и занимает одно из ведущих мест в общей госпитальной летальности. Наиболее частым среди этих осложнений была нозокомиальная пневмония, на которую приходится по данным российских ученых 46,9 % от всех инфекционных осложнений. Хотя большинство случаев внутрибольничной инфекции относится к неинтубированным больным со спонтанным дыханием, тем не менее, частота нозокомиальных пневмоний у больных на искусственной вентиляции легких несравнимо выше, соответственно, и летальность от нозокомиальной пневмонии в этой группе больных существенно возрастает.

Инфицирование легких гематогенным путем отмечается лишь у 25% больных нозокомиальной пневмонией. Источником микроорганизмов в этих случаях могут быть колонии бактерий на сосудистых катетерах, различные очаги воспаления или кишечник, через стенку которого в условиях шока и других критических состояний возможна транслокация кишечной флоры в кровь с последующим распространением ее по органам. Гораздо чаще развитие нозокомиальной пневмонии как у больных на ИВЛ в отделениях реанимации, так и без ИВЛ в других отделениях больницы связано с иными, не гематогенными путями заражения легких.

Одним из важнейших этиологических факторов нозокомиальной пневмонии считается перманентная микроаспирация зараженного патогенной флорой содержимого ротоглотки и желудка. В наибольшей степени такой аспирации подвержены больные в бессознательном состоянии с нарушенным актом глотания и подавленными глоточными рефлексам, с парезом кишечника и расстройством функции желудка. Микроаспирация желудочного содержимого происходит у 50—90 % больных на ИВЛ. Приблизительно половина случаев нозокомиальных пневмоний связана с этим путем заражения легких. Разумеется, не всегда затекание содержимого

ротоглотки в трахею приводит к развитию пневмонии — патогенетически важными факторами являются количество, патогенность и вирулентность попадающих в легкие микроорганизмов, а также состояние барьерной функции легких. Легочный барьер нарушается при шоке, ацидозе, гипоксии, прямых поражениях легких, кортикостероидной терапии, особенно, в первые несколько дней пребывания в отделении реанимации. Инфицирование легких и трахеобронхит развиваются уже в пределах 48 часов после интубации трахеи и начала ИВЛ. Искусственная вентиляция легких и интубация трахеи значительно увеличивают вероятность и частоту возникновения нозокомиальной пневмонии. При этом большое значение имеют травматизация слизистой гортани, глотки и трахеобронхиального дерева вследствие грубых манипуляций при интубации и санации трахеи, ишемия тканей из-за постоянного давления манжеты интубационной трубки, нарушение мукоцилиарного клиренса, скопление секрета в над- и подсвязочном пространстве с колонизацией и усиленным ростом микроорганизмов. Использование для длительной интубации трубок с манжетой низкого давления и большого объема вместо применявшихся прежде манжет с высоким давлением позволяет сократить частоту ишемических повреждений стенок трахеи, но создает дополнительные проблемы в связи с образованием "карманов" в подсвязочном пространстве, в которых скапливается содержимое с усиленным ростом микробов и откуда происходит их постепенная аспирация. Синуситы, нередко развивающиеся при назотрахеальной интубации, являются дополнительным резервуаром грамотрицательной флоры и важным этиопатогенетическим фактором пневмонии у больных на механической вентиляции легких. Одними из наиболее значимых экзогенных источников патогенной флоры являются увлажнители-обогреватели вдыхаемого воздуха на вентиляторах. Внутренние поверхности трубок контура пациента и конденсат оказывается инфицированными уже через 24 часа. Нерациональная антибиотикотерапия больных, которым проводят ИВЛ, является еще одним фактором колонизации дыхательных путей и суперинфекции. Поэтому, в современной практике реаниматологов имеется недостаточное количество попыток к разработке эмпирической формулы профилактики и лечения нозокомиальных пневмоний. Однако, ни одна из них до сих пор не является эталоном лечения, приемлемой к применению в подобных случаях. А применение антибиотика после бактериологического исследования весьма замедлительно, что не соответствует выбору тактики лечения в экстренных ситуациях, особенно с нозокомиальными осложнениями. В этой ситуации можно привести положительным примером эффективность проведения интубации с эндотрахеальным введением антибиотиков, как эмпирического стандарта профилактики и лечения нозокомиальных пневмоний.

## ПРОФИЛАКТИКА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

*Сидиков А.А., Махмудов Н.И., Бобожонов С.С*  
*Ферганский медицинский институт общественного здоровья,*  
*Ферганского филиала РНЦЭМП*

Особая форма нозокомиальной пневмонии – это так называемая «вентилятор-ассоциированная пневмония» (ВАП) или пневмония, связанная с проведением ИВЛ. Частота развития ВАП при проведении длительной ИВЛ до введения в практику инновационных методов профилактики и лечения осложнений достигало до 65%, а летальность пациентов с этим осложнением составляло от 40 до 80%. По результатам ряда исследований, проведенных с целью совершенствования проведения ИВЛ больным, было внедрено множество эффективных методов, причем эффект наблюдался как во времени, так и качестве лечения. Однако, несмотря на это, до сих пор не имеется в практике стандарта лечения антибиотиками, а не структурированное использование антибактериальных средств пациентами и в большинстве случаев незавершение курса приводит к развитию антибиотико-резистентных штаммов многих, порой даже «нормальных» микроорганизмов.

Целью настоящего исследования явилось исследовать группу пациентов, находящихся на ИВЛ, оценить риск развития у них вентилятор-ассоциированной пневмонии и её спектр, а также разработать схему лечения и профилактики нозокомиальных пневмоний.

В настоящее время принято выделять раннюю ВАП, развивающуюся в течение четырех дней нахождения больного на ИВЛ, и позднюю, которая наблюдается после четырех дней искусственной вентиляции легких. Иногда классические признаки пневмонии не удается обнаружить у интубированных больных, однако появление гнойной мокроты и высокая лихорадка должны насторожить врача в плане развития ВАП.

Этиологические факторы ранней и поздней ВАП можно представить в виде следующей картины: наиболее частые возбудители ранней ВАП - *S.pneumonia*, *H.influenzae*, *S.aureus*, *Moraxella* spp., наиболее частые: *P.aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Acinetobacter* spp.

Развитие нозокомиальной пневмонии, особенно у пациентов ОРИТ, находящихся на ИВЛ, и в условиях оказания экстренной медицинской помощи, требуют скорейшей антибактериальной терапии. Наиболее адекватным методом выбора антибактериальных средств является выделение возбудителя из биоматериала и определение его антибиотикочувствительности, что занимает в

стандартном случае не менее 3-х суток, а, в случаях применения больному АБ средств, рост возбудителя может задерживаться, и сам метод исследования займет время до 5-6 суток. Следовательно, до получения результатов микробиологического исследования, которое необходимо при данной патологии, дальнейшее лечение следует основывать на эмпирическом выборе антибиотиков.

На основании данных эффективного лечения больных с учетом международного опыта применения антибактериальных средств нами предложены следующие принципы эмпирического выбора препаратов для лечения нозокомиальной пневмонии (режимы моно- или комбинированной терапии считаются эффективными, если достигают положительного эффекта в восьмидесяти и более процентов случаев).

## **ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ.**

*Махмудов Н.И., Йулдашев Ш.М., М.А, Акбарова  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганский филиал РНЦЭМП*

В последние годы заметно возрос интерес к применению ультрафиолетового облучения (УФО) собственной крови больного при лечении специфических воспалительных заболеваний органов дыхания. Нами УФО крови был включен в комплекс интенсивной терапии у 52 больных с крупозной пневмонией. Проводили интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию. Показанием к УФО крови явилось отсутствие эффекта терапии в течении 3-4 дней от начала заболевания. УФО крови выполняли с помощью аппарата МД-73 М «Изольда».

Предварительно, для профилактики тромбоза, до процедуры УФО крови больным внутривенно вводили гепарин из расчета 100 ед/ кг веса. В среднем, было проведено по 5 сеансов УФО крови, при этом количество зависело от рентгенологических признаков воспалительных изменений.

Эффективность УФО крови оценивали по клинической картине, динамике анализов крови, по результатам изменения биохимических показателей, изменениям лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индексу сдвига нейтрофилов и рентгенологических изменениях в легких.

Из 52 больных, у 37 пациентов уже на вторые сутки после применения УФО крови отмечалось уменьшение симптомов интоксикации. Это сопровождалось улучшением общего состояния больных, снижением температуры тела.

После 4-5 сеансов УФО крови нормализовался уровень лейкоцитов периферической крови, также уменьшился в два раза лейкоцитарный индекс Кребса.

Применение УФО крови на ранних стадиях пневмонии значительно улучшает оксигенацию крови, что приводит к более быстрой ликвидации дыхательной недостаточности, способствует ускорению клиничко – рентгенологического разрешения процесса.

Таким образом, применение УФО крови в комплексе с интенсивной терапией при пневмониях приводит к быстрому уменьшению интоксикации, дыхательных недостаточности, а также к улучшению общего состояния больного. Следует отметить, что положительная динамика ряда лабораторных показателей и сокращение срока пребывания больных в стационаре имеет большое практическое значение при лечении пневмонии.

### **ПРОФИЛАКТИКА АСПИРАЦИОННОГО ПУЛЬМОНИТА ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ.**

*Фозилов М.Т. студент 4-го курса лечебного факультета ФМИОЗ, научный  
руководитель доцент Н.И.Махмудов  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,*

Экстренные операции всегда сопровождаются опасностями. Одной из основных опасностей для больных, неподготовленных к операции, является наличие полного желудка. Вовремя экстренных операции не всегда удается полностью подготовить больного к операции. При утрате сознания (во время вводного наркоза) больной с полным желудком может регургитировать желудочное содержимое через пищевод, которое затем может аспирироваться в легкие, вызывая тяжелый пульмонит, обозначаемый как «аспирационный пульмонит». Он приобретает особенно тяжелое течение и может быть фатальным, если желудочное содержимое имеет высокую кислотность ( $\text{pH} < 2,5$ ), а объем аспирационного содержимого достигает 30мл.

Обычно при подготовке кооперации больные не принимают жидкость за 2 часа и пищу за 6 часов до анестезии. Однако, в этот период голодания не всегда гарантирует опорожнение желудка. Травматологические больные, больные с внутри брюшной патологией, больные, получавшие опиоиды, а также роженицы не могут полностью опорожнить свой желудок и поэтому к ним надо всегда относиться к больным с полным желудком.

Во время анестезиологического пособия у больных с полным желудком прежде всего следует определить степень риска регургитации. Любой больной попадающий в категории, указанные выше, должен рассматриваться как больной

с «полным желудком». Если операция может быть отсрочена, чтобы выждать время для опорожнения желудка, то это необходимо сделать. Однако жизнь больного нельзя подвергать риску, откладывая неотложные вмешательства. Если есть возможность, необходимо снизить объем, давления и кислотность желудочного содержимого. Больным с полным желудком необходимо вести толстый желудочный зонд.

Мероприятия по предупреждению регургитации при ведении в анестезию экстренных больных:

1. Выведение содержимого желудка через зонд. Зонд вводит анестезиолог в предоперационном или на операционном столе, независимо от того, делали ли это или нет на догоспитальном этапе и в стационаре. Желудок не промывать, зонд извлечь не посредственно перед введением в анестезию. Зонд не удаляется:

А) при высокой кишечной непроходимости.

Б) при высоком парезе кишечника

В) у резко ослабленных больных

2. Поднять головной стола. Поднимать головной конец следует медленно, в несколько этапов до:

А) не поднимать больных с резкой гиповолемией, на пример при продолжающемся кровотечении.

Б) быть готовым быстро опустить головной конец стола если вдруг возникает регургитация..

3. Снизить кислотность желудочного содержимого с помощью ранитидина или циметидина, вводимого за 1-2 часа до операции.

4. Медленное введение в анестезию, дробными дозами препарата до утраты сознания, с постоянной ингаляцией 100% кислорода

5. Миорелаксация. Обязательное введение недеполяризующих релаксантов за 3-5 минут перед деполяризующими миорелаксантами при интубации трахеи.

6. Прием Селика проводится с момента введения релаксантов до окончания раздувания манжетки интубационной трубки. Прем, неэффективен при наличие зонда в пищеводе.

7. Интубация трахеи быстрая, при включенном электроотсосе, плавное раздувание манжетки интубационной трубки.

8. Установка зонда в желудок на все время операции, рыхлая укладка влажного бинта в глотке вокруг интубационной трубки.

Трудная интубация тоже может способствовать к регургитации. При ожидаемой трудной интубации можно использовать интубацию в сознании. Это методика может быть использовано для проведения эндотрахеальной трубки до индукции в анестезию. Лучшим способом является интубация с помощью фибробронхоскопа, но они не везде имеются в наличие. Более простой

методикой считается примедикация с внутримышечным введением атропина, орошением полости рта 2% раствором лидокаина. После небольшой паузы следует осторожно вести ларингоскоп насколько это позволяет больной и под контролем прямой ларингоскопии ввести еще немного лидокаина в дыхательные пути, затем удалить ларингоскоп. Повторяя этот прием, можно вскоре увидит надгортанник и голосовые связки и после их орошения создаются условия для интубации больного. Как только закончена интубация, проводится индукция в наркоз.

Вывод: Для предупреждения «аспирационного пневмонита надо:

- 1.Опорожнит желудок перед наркозом.
- 2.Оставить зонд в желудке в зависимости от состояния больного.
- 3.Применяют прием Селика,
- 4.Плавное введение в наркоз.

## **BRONXIAL ASTMA KASSALLIGINI TASHXISLASHDA LABORATOR TAHLILLARINING ROLI**

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute*

*Nematov O'.*

**Annotatsiya:** Hozirgi kunda aholi orasida o'pkaning turli kasalliklaridan va noqulay havo muhitlaridan nafas olish oqibatida Bronxial astma kasalligi tobora ko'payib bormoqda. Astma kassalligini qanchalik erta aniqlash uni davolashni shuncha yengillashtirishini inobatga olgan holda laborator tahlillarini tashxislashda qo'llash katta ahamiyatga ega.

**Kalit so'zlar:** Bronxial astma, Labaratoriya tahlili, Eizinofillar, Echt.

**Mavzuning dolzarbligi.** Yevropa respirator jamiyati va Rossiya pulmonologlarining statistik malumotlariga ko'ra hozirgi kunda dunyo aholisining 3-4 foizi bronxial astma kasalligi bilan og'rgan. Bronxial astmaning og'ir turlari ko'payib bormoqda. Shu sabab, bonxial astmadan o'lish hollari ham ko'paymoqda. Bu holat bronxial astma tashxisini o'z vaqtida qo'yilmasligi bilan bog'liq.

**Kirish:** Bronxial astma xurujsimon xarakterli surunkali kasallik bo'lib, uning asosida nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi va bronxlarda rivojlanadigan giperreaktivlik yotadi. Kasallikning og'ir-yengilligiga bog'liq ravishda bronx obstruksiyasi turli darajadagi nafas qisishi xurujlari bilan kechadi.

Bronxial astma turli mamlakatlarda shu yerning iqlimi, o'simliklari, ob-havosining ifloslanishi, urbanizatsiya darajasi kabi omillarga bog'liq ravishda tarqalgan.

Bronxial astmani erta tashxislashda laborator tahlillarining roli kattadir.

Kasallikdan kelib chiqadigan bo'lsak bronxial astma alergik xarakterli xurujdir. Buni inobatga olgan holda organizimda alergik jarayonlar ro'y berashini ya'ni tanamiz

hurujga sabab deb olgan antigenlarga qarshi immun javob reaksiyalarini vujudga keltirishini kuzatamiz.

Shu sababdan ham organizimda immunalogik ajralmalar ko'p miqdorda chiqarilishini hisobga olgan xolda organizomning turli muhutlarida alergik javob komponentlari laborator tahlillarining ptkazish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bronxial astma kasalliklarida qonda gistamin, atsetilxolin, bradikinin, S-reaktiv oqsil, Eizinofillar mixdori keskin oshib ketadi va bush oshish vaqti bishqa infeksiyon kasalliklardan farqli o'laroq bronxial astmaning xuruj davriga to'g'ri keladi.

Organizimda ECHTning oshishi kuzatiladi va bu ko'tarilish miqdori infeksiyon yallig'lanish kasalliklariga qaraganda pastroq bo'lishi bilan ajralib turadi.

Balg'am ekmalarida ko'oincha patologik mikroflora aniqlanmaydi, va mikroskop ostida ko'rilganda infeksiyon kasalliklarda bo'ladigan bakteriya, zamburug', sodda hayvonlar va ularga qarshi kurashadigan leykotsitlar, makrofaglar emas alergik javob hujayralari bo'lgan ko'plab eizinofillarni ko'rishimiz mumkun bo'ladi.

**Xulosa:** Kasallikning obyektiv, subyektiv simptomlariga laborator tekshirish natijalarini ham qo'shish bronxial astma kasalligining erta va to'g'ri diagnoz qo'yilishiga bu esa davo choralarining samaradorligiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Biror bir kasallikni to'g'ri va erta tashxislash bemor sog'ligi uchun qanchalik muhumlugini hisobga olgan olda shifokorlar kompleks tashxislashning bir bo'lagi bo'lgan laboratoriya tahlillarini unutmasliklari lozim.

## **PULMONOLOGIK KASALLIKLARNI TEKSHIRISHDA ZAMONAVIY DIAGNOSTIK USULLAR.**

*Madraximova N.R., Muhammadjonov S.G'.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

**Annotatsiya:** Ushbu maqolada pnevmoniya to'g'risida ma'lumotlar, diagnosktika to'g'risida tushunchalar keltirilgan. Tashqi muhit ta'siri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erta qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning o'sish va rivojlanishi to'xtaganidan keyin boshlanadi. Umuman olganda, zamonaviy tekshiruvlarning ma'lumotiga asosan pnevmoniya bilan kasallanish ko'pgina omillardan iborat: hayot tarzi, oila ijtimoiy holatidan, mehnat sharoitidan, hayvonlar bilan muloqotdan, sayohat, zararli odatlari ko'pligidan, kasallar bilan muloqotdan, shuningdek xavf omillardan—alkagolizm, chekish, o'pkaning obstruktiv kasalligi, surunkali yurak yetishmovchiligi va jipslashib yashashidan iborat. Shuning uchun pnevmoniya davosida fizioterapevtik muolajalarni tavsiya etishda, o'ng o'pka ko'proq zararlanishini e'tiborga olish tavsiya etiladi, drenajli massaj, bemorning to'shakda joylashishi shu asnoda tavsiya etilishi maqsadga muvofiq.

**Kalit soʻzlar:** - Rentgenoskopiya, Rentgenografiya, Fluorografiya, Bronxografiya, Bronkoskopiya, Torakoskopiya, O'pka funktsiyasi testi o'pka ventilyatsiyasi, Laboratoriya usullari (balg'amni tekshirish)

O'pka kasalliklari juda keng tarqalgan. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, surunkali kasalliklarning yarmidan ko'pi o'pka va bronxlarda uchraydi. Nafas olish tizimining eng keng tarqalgan patologiyalari orasida: zotiljam; o'pka saratoni; KOAH (surunkali obstruktiv o'pka kasalligi), sil kasalligi, astma, bronxit.

Ulardan nafaqat chekuvchilar va ekologik jihatdan noqulay hududlar aholisi azoblanadi. Hech kim o'pkada yallig'lanish va neoplazmalardan immunitetga ega emas va bu jarayonlar juda xavfli bo'lishi mumkin. Shuning uchun shifokorlar profilaktika chorasi sifatida muntazam ravishda o'pka tekshiruvini tavsiya qilindi

O'pka va nafas yo'llarini o'rganish usullari. Bugungi kunda o'pkalarni tekshirish va kasalliklar va patologiyalarni aniqlash uchun juda ko'p turli xil usullar qo'llaniladi

- Rentgenoskopiya. Bu o'pkani tekshirishning eng keng tarqalgan usuli bo'lib, o'pka to'qimalarining tuzilishidagi o'zgarishlarni ko'rish, siqilish o'choqlari yoki ichi bo'sh joylarni topish, plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo mavjudligini aniqlash imkonini beradi. Rasm rentgen apparati yordamida yaratiladi va ekranda ko'rsatiladi.

- Rentgenografiya. Ushbu tekshiruv davomida tasvir rentgen apparati yordamida ham yaratiladi, lekin u plyonkaga o'rnatiladi va monitorda ko'rsatilmaydi. Radiografiya o'pkaning diagnostikasi uchun juda aniq va informatsion usul bo'lib, o'z vaqtida hatto eng kichik o'zgarishlarni ham ko'rish imkonini beradi.

- Fluorografiya. U printsiptial jihatdan rentgenografiyaga o'xshaydi, lekin tasvir kichik formatli plyonkada chop etiladi yoki monitorda ko'rsatiladi. Raqamli fluorografiya odamlarga kamroq radiatsiya ta'siriga ega, ammo tasvir sifati o'pka rentgenografiyasiga qaraganda biroz yomonroq.

- Bronxografiya. Ushbu turdagi rentgenografiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi va bronxlar holatini tashxislash uchun ishlatiladi. X-nurlarini o'tkazmaydigan bronxning lumenine kontrast agent AOK qilinadi.

- Bronkoskopiya. Bu usul traxeya va bronxlarning shilliq qavatini tekshirish uchun ishlatiladi. U maxsus qurilma - bronkoskop tomonidan ishlab chiqariladi, unga biopsiya yoki begona jismlarni olib tashlash va poliplarni olib tashlash, miniatyura kamerasi va boshqa asboblardan uchun maxsus forsepslar biriktiriladi. Bemorni noqulaylikdan himoya qilish uchun manipulyatsiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi. Bronkoskop og'iz orqali traxeyaga kiritiladi.

- Torakoskopiya. Maxsus vosita - torakoskop yordamida amalga oshiriladigan plevra bo'shlig'ining endoskopik tekshiruvi. Ko'krak qafasidagi kichik ponksiyon orqali umumiy behushlik ostida o'pkaga AOK qilinadi. Ko'p jihatdan, harakat tamoyili

bronkoskopiyaga o'xshaydi.

O'pka funktsiyasi testi. O'pka ventilyatsiyasi. Bu usul o'pkaning nafas olish hajmi nima ekanligini aniqlashga va nafas olish etishmovchiligi darajasini aniqlashga imkon beradi. Plevral ponksiyon. O'pkaning ushbu tekshiruvi paytida plevra bo'shlig'ining tarkibi kichik ponksiyon orqali tahlil qilish uchun olinadi. Manipulyatsiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi. Plevral ponksiyonning asosiy ko'rsatkichlari plevrit, o'smalar va o'pkada suyuqlik va havoning patologik to'planishi hisoblanadi. Laboratoriya usullari (balg'amni tekshirish) Balg'am ikki usulda tekshiriladi: mikroskopik va bakterioskopik. Birinchisi, parazitlarni, shilimshiqlarni, bakteriyalarni, turli xil shakllanishlarni aniqlashga va qo'shimcha ravishda sil kasalligini aniqlashga imkon beradi. Bakterioskopik usul turli xil o'pka infeksiyalarining qo'zg'atuvchilarini ochib beradi.

**Xulosa.** Har yili dunyoda 17 million odamda pnevmoniya aniqlanadi. O'pka kasalliklari sababli o'lim darajasi juda yuqori bo'lib 8-9% ni tashkil etadi. 2017 yilda besh yoshgacha bo'lgan 808 694 bola pnevmoniyadan vafot etgan. Bu raqamlardan ko'rinib turibdiki pnevmoniya kasalliklarini to'g'ri davolash bilan birgalikda shifokor ko'ruviga vaqtida borish, tibbiy tahlillarni o'tkazish va tog'ri davo choralarini belgilash inson hayotini saqlab qolish uchun birinchi yordam bo'ladi.

## **СОСТОЯНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт*

Артериальная гипертензия – одна из наиболее распространенных форм патологии. Известно, что частота гипертензии в общей популяции составляет около 15%, а если включить в это число лиц с пограничной артериальной гипертензией, то доля населения планеты с повышенным артериальным давлением возрастет до 25%, а среди людей в возрасте старше 65 лет – 50% и более. Столь широкая распространенность артериальной гипертензии обуславливает тот факт, что данная группа заболеваний является одной из ведущих причин трудопотерь, инвалидизации и смертности населения.

**Цель работы.** Изучить особенности состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** Обследовано 15 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст  $34,8 \pm 2,4$  года, проведены физикальные (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов:

адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

**Результаты.** Установлено что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали что, наибольшие изменения суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

**Заключение.** Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертензии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

## **PULMONOLOGIYADA DORI VOSITALARI BILAN BIRGALIKDA DORIVOR O'SIMLIKLANI QO'LLASHNING SAMARALARI**

*Raximova X. A.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

**Annotatsiya:** Hozirgi kunda nafas a'zolari sistemasiga ta'sir qiluvchi dori vositalarning bir qancha turlari mavjud. Ularni ishlatishda dori vositasining asosiy ta'siridan tashqari bir qancha nojo'ya ta'sirlari ham bor. Ularning xavfsizligini oshirish va samaradorligini kuchaytirishda dorivor o'simliklarni to'g'ri qo'llash muhim ahamiyat kasb etadi. Ushbu tezisda hozirgi kunda pulmonologiya sohasida qo'llash mumkin bo'lgan dorivor o'simliklar to'g'risida ma'lumotlar keltiriladi.

**Kalit so'zlar:** Pulmonologiya, o'pka, bronx, plevra saratoni, astma, nafas olish allergiyasi, nafas olish etishmovchiligi, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi, o'pka arterial gipertenziyasi, pulmoner emboliya, plevrit. "Pulmonologiya" lotin tilidan olingan so'z bo'lib, pulmonis -o'pka va logiya-fan degan ma'noni bildiradi. U klinik tibbiyotning bir

bo'limi bo'lib, o'pka, bronxlar va plevra kasalliklarini davolash va oldini olish usullarini ishlab chiqadi. Hozirgi kunda ushbu soha bo'yicha bir qancha kasalliklar-nafas olish allergiyasi, nafas olish etishmovchiligi, astma, o'pka, bronx yoki plevra yalliglanishi va saratoni, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi, o'pka arterial gipertenziyasi, pulmoner emboliya, plevrit, tizimli kasalliklar bilan bog'liq nafas olish tizimining buzilishi: vaskulit, konnektivit, sarkoidoz, pnevmoniya, o'pka xo'ppozi, kistik fibroz kabi genetik kasalliklar, uyqu buzilishi: apne, horlama, yo'tal, o'pka shishi, is gazidan zaxarlanish va boshqa kasalliklar aniqlanib, ularni davolashda ambrosan, anjiyosept, asmopent, adrenalningidroxlorid, bromeksin, bronxolitin, biseptolberotek, berodual, bronxipret, lazolvan, linkomitsin gidroxlorid va boshqa dori vositalaridan ko'proq foydalaniladi. Dorivor o'simliklardan esa quyidagi o'simliklarni ishlatish mumkin.

**Balg'am ko'chiruvchi sifatida:** Andiz, appabodiyon, archa, afconak turlari, gilxayri, dalachoy, katta zubtutum, igir maymunjon, mapjondapaxt, marmarak, moychechak, oqqaldirmoq, qizilmiya, va boshqa o'simliklar.

**Katapal angina, laringit, fapingit va rinitda:** Andiz turlari, appabodiyon, oddiy archa, afconak, brusnika, gulxayri, dalachoy, jo'ka zangvizopba, zubtutum, igir, maymunjon, mapjondapaxt, mapmapak, uch bapgli meniantes, moychechak, oqqaldipmoq, olxa, poligala, sigirquyruq, tinoqgul, iloncimon topon, tog'jambil, tog'payxon, fenxel, chepnika, shvid, evkalipt, eman, qalampip yalpiz, qayin, qapag'ay g'ozpanja.

**Yumshatuvchi va ko'kpak og'rig'ida:** gulxayri, marmapak, oqqaldipmoq, sigirquyruq, chakanda qashqarbeda, qizilmiya, qarag'ay, g'ozpanja

**Yo'taldan xalos bo'lish** uchun iliq, nam, yog'li va bug'li ingalyatsiya o'tkaziladi.

Ingalyatsiya qilish uchun quyidagi dorivor o'simliklardan foydalaniladi:

[romashka](#), evkalipt, yalpiz, zveroboy, shalfey Bu vositalarning barchasi yallig'lanishga qarshi, balg'am ko'chiruvchi va antiseptik ta'sirga ega. Ingalyatsiya o'tkazish juda oson – yuqorida keltirib o'tilgan o'simliklardan damlama tayyorlanadi va biror-bir idishga solinadi, og'iz bilan nafas olgan holda damlamadan chiqayotgan bug' yutiladi va burun bilan chiqariladi. Muolaja 20 daqiqadan oshmasligi kerak.

## Ayrim dorivor o'simliklarning foydalilik xususiyatlari

<b>Dorivor o'simlik</b>	<b>Kasalliklarda qo'llanilishi</b>	<b>Damlama tayyorlash</b>
<p>Andiz Turlari</p> 	<p>Andiz turlarining preparati balg'am ko'chiruvchi dori sifatida hamda me'da va ichak kasalliklarida ishlatiladi.</p>	<p>Andiz ildizpoyasi va ildizidan qaynatma tayyorlash uchun biror og'zi yopiladigan ilishga bir stakan suv quyiladi, ustiga maydalangan ildizpoya bilan ildiz aralashmasidan 20 gr solib, biroz qaynatiladi va 4 soat davomida damlab qo'yiladi. So'ngra dokada suzib olinadi. Kuniga 3-4 mahal ovqatdan 20 daqiqa oldin bir qoshiq (osh) dan iste'mol qilinadi.</p>
<p>Arpabodiyon</p> 	<p>Mevasi preparatlari va moyi tibbiyotda bronxit kasalligida balg'am ko'chiruvchi, ichak faoliyatini yaxshilovchi, yel xaydovchi dori sifatida xamda farmotsevtikada dorilar mazasini yaxshilash uchun ishlatiladi.</p>	<p>Arpabodiyon o'simligi mevasidan damlama tayyorlash uchun og'zi yopiladigan idishga bir stakan qaynab turgan suv quyib ustiga maydalangan mevadan bir qoshiq (osh) solinadi va bir soat damlab qo'yiladi. So'ngra dokada suziladi. Damlamadan yuqorida ko'rsatilgan kasalliklarga davo qilish uchun kuniga 3-4 maxal ovqatdan 30 minut oldin ¼ stakandan ichiladi. Maydalangan oddiy arpabodiyon mevasidan 1 qoshiq (osh) termosga solib, 0,5 g qaynoq suv quyiladida kechasi bilan turg'izib quyiladi.</p>
<p>Katta Zubtutum</p> 	<p>Zubtutum o'simligining dorivor preparatlari yallig'lanishga qarshi va balg'am ko'chiruvchi vosita (barg damlamasi) sifatida, me'da-ichak kasalliklari va zubtutumning</p>	<p>Idishga 2 qoshiq (osh) maydalangan o'simlik maxsulotini solib, ustiga 200 ml xona haroratidagi qaynoq suv quyiladi va qoppqoq bilan yopib, 15 daqiqa davomida qaynayotgan suv hamomida qizdirilib 45 daqiqa davomida xona haroratida sovutiladi. Damlama doka orqali sizib o'tkaziladi va qolgan hom ashyo siqiladi. Olingan damlama hajmi qaynatilgan</p>

	quritilmagan yer ustki qismining shiralari birgalikda) davolashda qo'llaniladi.	suv bilan 200 ml gacha yetkaziladi. Damlamani salqin joyda 2-3 kun saqlash mumkin. 1/4 yoki 1/2 stakandan kuniga 2-3 martada ovqatdan 30 daqiqa oldin 2-3 hafta qabul qilinadi.
--	---	---

Davlat statistika qo'mitasi bergan ma'lumotlarga ko'ra, nafas a'zolari kasalliklarida ro'y beradigan o'lim ko'rsatkichi 2018-yilda 6,6 % tashkil qilib, uchinchi o'rinni egallagan, birinchi o'rinda yurak-kon tomir kasalliklari (59,3 % va ikkinchi o'rinda o'sma kasalliklari(7,1 %)ni ko'rsatgan

Bolalarda esa nafas a'zolari kasalliklari tufayli ro'y bergan o'lim ko'rsatkichlari 2008-yilda bolalarda kuzatilgan o'lim holatlarining 35 % ni tashkil qilgan. 2017-2019-yillarda nafas a'zolari kasalliklar sabab ro'y beradigan o'lim ko'rsatkichi kamayib, xavfli xastaliklar orasida beshinchi o'rinni egalladi. Bolalar orasida bu ko'rsatkich ikki baravar kamayib, 16-16,6 % ni tashkil qildi. Bu, albatta, O'zbekistonda pulmonologiya sohasining rivojlanayotganligidan dalolat beradi. Zamonaviy diagnostik va davolash usullari yurtimizning barcha xududlarida tatbik etilgani bunga sabab bo'lmoqda deb ayta olamiz.

## **COVID-19 O'TKAZGAN BEMORLARNI KUZATUV DAVRIDA PULMONOLOGIK VA BOSHQA ASORATLARNI KLINIK TAHLILI O'ZGARISHLARINI ANIQLASH VA REABELITATSIYASI**

*Kadirov T.X.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Epidemiologiya va yuqumlik  
kasalliklar, hamshiralik ishi kafedrası.*

**Dolzarbli:** COVID-19 - bu geterogen fenotipga ega bo'lgan og'ir va murakkab kasallik. Kasallikning og'irligi simptomsiz va engil asoratsizdan hayot uchun xavfli klinik belgilar rivojlanishi bilan og'ir shakllargacha o'zgarib turadi. Koronavirus infeksiyasi bemorlarning organizmiga turlicha ta'sir qiladi. Ushbu infeksiya 65 yoshdan oshgan odamlar va qandli diabet, yurak-qon tomir kasalliklari, bosh moya qon aylanishlarining buzilishlari va o'sma kabi og'ir surunkali kasalliklarga chalingan bemorlar uchun juda xavfli xisoblanadi.

COVID-19 davrida ko'plab organlar va tizimlarning funktsiyalari buzilganligi, infeksiyadan keyin uzoq davom etadigan o'zgarishlarni hisobga olgan holda, ushbu bemorlarni davolashning ustuvor yo'nalishlaridan biri kasallikdan keyin tanani tiklash uchun kompleks reabilitatsiya hisoblanadi.

**Ishning masadi:** COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda pulmonologik va boshqa asoratlar rivojlanishini o'rganish va reabilitatsiya davolash yo'llarini takomillashtirish.

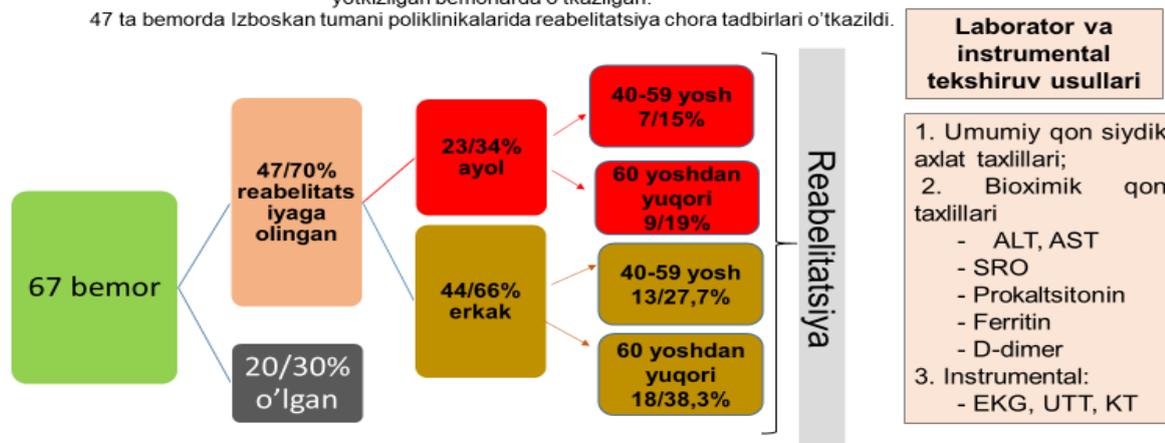
➤ Ishning vazifasi: COVID-19 ning turli davrlarida surunkali kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda asoratlar rivojlanishida klinik kechish xususiyatlarini aniqlash;

➤ Covid-19 ga chalingan bemorlarda reabilitatsiya chora tadbirlarini samaradorligini baxolash.

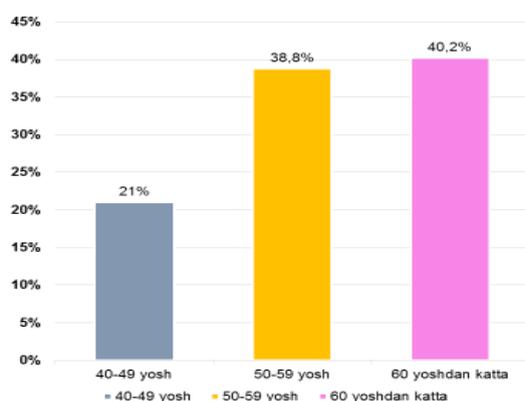
## Kuzatuvdagi bemorlarning umumiy xarakteristikasi

Tadqiqotlar 2021-2022 yil Andijon viloyati yuqumli kasalliklar shifoxonasiga Covid-19 tashxisi bilan yotkizilgan bemorlarda o'tkazilgan.

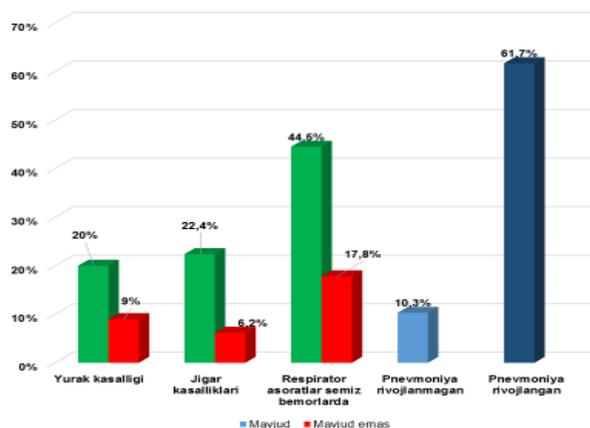
47 ta bemorda Izboskan tumani poliklinikalarida reabilitatsiya chora tadbirlari o'tkazildi.



### Kuzatuvdagi bemorlarning yosh bo'yicha ko'rsatkichlari (n=67).



### Kuzatuvdagi bemorlarning asoratlar rivojlanishi (n=67)



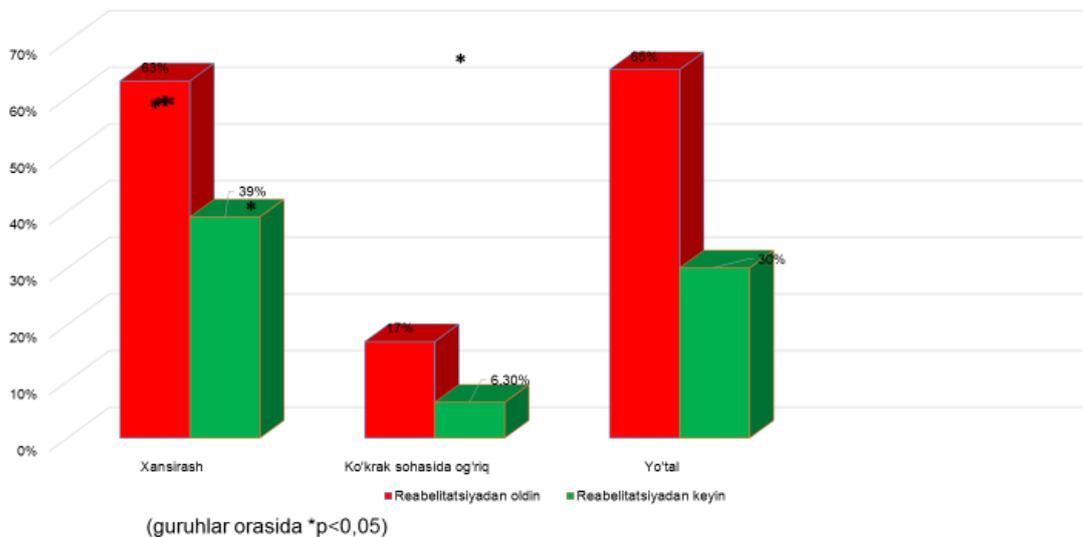
## Kuzatuvdagi bemorlarda reabilitatsiya chora tadbirlari



### Tibbiy reabilitatsiyadan oldin va keyin tashqi nafas olishni kompleks funksional o'rganish ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Reabilitatsiyadan oldin	Reabilitatsiyadan keyin
O'pkaning xayotiy sig'imi, % kerakli xajm.	83 (78–109)	87 (82–105)
O'pkaning xayotiy sig'imi <80% kerakli xajm, n(%)	30 (63%)	17 (39%)
Majburiy o'pkaning xayotiy sig'imi, % kerakli xajm.	83 (78–109)	87 (82–105)
Majburiy o'pkaning xayotiy sig'imi <80% kerakli xajm, n(%)	28 (56%)	18 (38%)
majburiy nafas chiqarish hajmi 1 sekunda, %.	86 (78–109)	89 (84–94)
majburiy nafas chiqarish hajmi 1 sekunda <80%, n(%)	30 (63%)	19 (21%)
majburiy nafas chiqarish hajmi 1 sekunda / O'pkaning xayotiy sig'imi, %	80 (76–84)	84 (76–92)
majburiy nafas chiqarish hajmi 1 sekunda / O'pkaning xayotiy sig'imi <0,7, n(%)	18 (38%)	12 (25%)
majburiy nafas chiqarish hajmi 1 sekunda / Majburiy o'pkaning xayotiy sig'imi, %	83 (76–88)	86 (84–88)

### Reabilitatsiya tadbirlaridan oldin va keyin bemorlarning shikoyatlari dinamikasi



### Xulosa:

➤ COVID-19 infeksiyasining o'tkir davrida surunkali kasalliklari bo'lgan bemorlarda boshqa bemorlarga nisbatan 50% dan ko'p o'pka zararlanishi bilan pnevmoniya va nafas olish etishmovchiligi, qon bosimi ko'tarilishi tez-tez rivojlanadi.

➤ Covid-19 bilan kasallangan bemorlarda ortiqcha vazn mavjudligi, surunkali kasalliklar bo'lishi asoratlar rivojlanishiga sabab bo'lib, og'irlashtiruvchi omil hisoblanadi.

COVID-19 dan o'kazgan bemorlarni davolashda muhim bo'g'in sifatida kompleks reabilitatsiya tadbirlari, jumladan, dori vositalarini qo'llash, fizioterapiya, klimaktoterapiya va jismoniy mashqlar bilan davolash kiradi. Reabilitatsiyaning fonida tananing funktsional holati ko'rsatkichlarining ijobiy dinamikasi qayd etildi, bu nafas olish ko'rsatkichlarining statistik jihatdan sezilarli darajada osishi, depressiya darajasining pasayishi, qon bosimining pasayishi bilan ifodalanadi.

## БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОВИД-19

*Турсунова М.У., Махмудов Н.И., Мемджанова А.Н.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП*

**Актуальность.** Коронавирусную инфекцию вызывают РНК-геномные вирусы рода Coronavirus. Коронавирус окружен суперкапсидом, который пронизан редко расположенными шипами, имеющими строение тонких шеек и расположенных на них шарообразных головок, что по внешнему виду напоминает корону.

Для человека болезнетворными являются респираторные и кишечные коронавирусы. Чаще всего встречается респираторная разновидность заболевания, которая обычно диагностируется, как острая респираторная вирусная инфекция. Источником нового типа возбудителя (2019-nCov) стали, предположительно, летучие мыши. У людей восприимчивость к коронавирусу очень высокая, заболеванию подвержены все возрастные группы. Антигенная разнородность вирусов обуславливает значительную частоту повторного инфицирования возбудителями других серологических типов [1,2].

Вирусы неустойчивы во внешней среде. Они мгновенно погибают при температуре свыше 56 градусов, разрушаются под действием хлороформа, формалина, этилового спирта или эфира. Коронавирус хорошо переносит замораживание [3].

Новая коронавирусная инфекция особенно опасна, и может быть смертельна, для пожилых людей и/или людей, имеющих сопутствующие заболевания. В частности, люди старше 65 лет более подвержены риску заболеть и умереть от новой коронавирусной инфекции, чем более молодые. Люди, страдающие диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями легких, почек, печени, артериальной гипертензией, онкологическими заболеваниями, люди с ослабленной иммунной системой также более уязвимы для этой инфекции.

Входными воротами для инфекции является слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Далее происходит размножение в эпителии верхних и нижних дыхательных путей, диффузное повреждение альвеолоцитов. Развивается вирусная пневмония, при этом вирус вызывает повышение проницаемости клеточных мембран и усиленный транспорт жидкости, богатой альбумином, в интерстициальную ткань лёгкого и просвет альвеол - развивается интерстициальный и альвеолярный отек. При этом разрушается сурфактант, что ведёт к коллапсу альвеол, в результате резкого нарушения газообмена развивается острый респираторный дистресс-синдром (40% летальность). При фекально-оральном механизме передачи заболевание проявляется в виде поражения желудочно-кишечного тракта, вирус размножается в энтероцитах кишечника. Заболевание сопровождается синтезом антител, которые не гарантируют защиты от повторного заражения [1].

Клинические проявления. Для большинства коронавирусных инфекций инкубационный период ограничен 2-3 сутками. Однако, для коронавируса 2019-nCov этот период может составлять от 1 до 14 дней (в среднем 10 дней).

На протяжении всего этого периода человек может заражать других. Протекает заболевание, чаще всего, как обычный грипп, парагрипп или любая другая острая респираторная инфекция со всеми характерными для них признаками. К таким признакам относятся: боль при глотании, чихании, ринит,

головная боль, кашель, проявления гипоксии, повышение температуры, озноб, мышечная боль [3].

На начальном этапе заражения новым типом возбудителя признаки коронавируса совпадают со всеми признаками обычной простуды: сухой кашель, слабость, повышение температуры. У некоторых пациентов отмечаются поражение глаз (конъюнктивит) и диарея. Если заболевание протекает в легкой форме, воспаление легких не развивается и весь патологический процесс ограничивается слабо выраженными симптомами. В таких случаях, температура может подниматься незначительно или вообще оставаться в пределах нормы. При тяжелых формах заболевания состояние пациента быстро ухудшается, поднимается очень высокая температура, появляется непродуктивный упорный кашель, развивается дыхательная недостаточность. Состояние больного значительно ухудшается, если есть сопутствующие заболевания.

При обычной коронавирусной инфекции полное выздоровление обычно наступает через 5-7 дней. Вирусы SARS-CoV и MERS-CoV, как правило, осложнений не вызывают и прогноз заболевания благоприятный. Если заболевание протекает в более тяжелой форме, на выздоровление может уйти две и более недели.

В тяжелых случаях последствия коронавируса крайне неблагоприятны. Проявляются они выраженной интоксикацией, признаками отека легких, прогрессирующей острой дыхательной недостаточностью, полиорганной недостаточностью. Прогноз при таком течении заболевания неблагоприятный. На базе стационара ФФРНЦЭМП было развернуто провизорное отделение на 200 коек, пролечено 1836 больных интерстициальной пневмонией разной степени тяжести с признаками дыхательной недостаточности, из них мужчин 961(52,3%), женщин 875(47,6%). Больные обследовались согласно национального стандарта обследования при подозрении на Ковид инфекции

Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование отделяемого носо /ротоглотки и мокроты посевом на среды кровяного агара, ЖСА, среду Сабуро, Эндо. Дальнейшая идентификация флоры проводилась по стандартной схеме. Одновременно определялась чувствительность возбудителей к антибиотикам. Для дифференциации флоры верхних и нижних дыхательных путей бронхоскопия не проводилась из-за наличия дыхательной недостаточности, аналогичные данные приводятся и в мировой литературе. [5,6].

Бактериальные осложнения выявлены у 20 % больных (552), сочетание с кандидами 11%(43 из 382), по обобщенным данным мировой литературы бактериальное подтверждение в сочетании с грибами составляет 8%. [ 4] У 37 из них выделен *Str.pnevmonia* в сочетании с *Candida albicans*; у 30 выделена монокультура *Ps.aeruginosa*; в 122 случаях монокультура *Str.pnevmonia*.

Кандидозное поражение наблюдалось в 43 случаях, St.aureus 20, НГОБ 30, St.epidermidis 105, 170 посевов дали отрицательный результат в течение недели.

Кровь на стерильность была исследована в 5 случаях, результат отрицателен, посев кала проведен у 4, выделены условнопатогенные микроорганизмы 2 Ps.aeruginosa  $10^7$  КОЕ/мл, 2 Citrobacter fr.  $10^7$  КОЕ/мл.

Микст инфекции были устойчивы к антибиотикам, монокультура Str.pneumonia оказалась чувствительной к фторхинолонам и аминогликозидам и реже к цефалоспорином; St.aureus, НГОБ, St.epidermidis чувствительны к доксациллину, ампициллину, цефалоспорином 4 поколения, изредка к меропинему. Ps.aeruginosa показала чувствительность к амикацину и фторхинолонам.

Выводы:

1. Таким образом, вторичная бактериальная инфекция при SARS-CoV-2 развивается относительно редко. В период стационарного лечения таких пациентов возникает опасность нозокомиальной инфекции.

2. Обзор включили 552 исследований с участием 1836 пациентов. В целом сопутствующую бактериальную инфекцию отмечали у 20 % госпитализированных с COVID-19.

3. Преобладающая бактериальная флора Str.pneumonia 31,9%, стафилококковая флора 30 %, кандиды 11%, Ps.aeruginosa 7,8 %

4. Окончательный вывод о причине бактериальных осложнений при SARS-CoV-2 возможен только при проведении бронхо-альвеолярного лаважа. с последующей лабораторной диагностикой смывов.

Литература:

1. Ярилин А.А. Иммунология /А.А Ярилин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -840 с.

2. Назван новый способ распространения коронавируса [Электронный ресурс] URL:<https://lenta.ru/news/2020/04/06/breath/>

3. Коронавирус: симптомы и профилактика [Электронный ресурс] URL: <https://medikom.ua/ru/koronavirus-simptomu-i-profilaktika/>

4. Rawson T.M., Moore L.S.P., Zhu N. et al. (2020) Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing [published online ahead of print, 2020 May 2]. Clin Infect Dis., ciaa530

5. Conjunctivitis and COVID-19: a meta-analysis [Электронный ресурс] URL:[https://novelcoronavirus.onlinelibrary.wiley.com/?elq\\_cid=20933619&e=43496&utm\\_campaign=&utm\\_content=COVID 19ный ресурс\] +Emergency+Communication+for+AMER+Librarians&utm\\_medium=email&utm\\_source=elq\\_u\\_email](https://novelcoronavirus.onlinelibrary.wiley.com/?elq_cid=20933619&e=43496&utm_campaign=&utm_content=COVID%2019%20новый%20ресурс%20+Emergency+Communication+for+AMER+Librarians&utm_medium=email&utm_source=elq_u_email)

6. Оперативные данные [Электронный ресурс] URL: <https://стопкоронавирус.рф/> Used sources

## **ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННАЯ ПНЕВМОНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ИВЛ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ.**

*Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Назырходжаев Ф.А.  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП  
ФФНЦЭМП*

Расширение показаний к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), создание новых поколений аппаратов и совершенствование инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Как одна из распространенных форм госпитальных инфекций (ГИ) вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) может являться самостоятельным осложнением или присоединяться на определенном этапе течения ПОН, повышая риск развития неблагоприятного и хода у детей.

Некоторые авторы, ориентируясь на общий временной критерий определения ГИ (развитие не ранее 48 ч пребывания в стационаре), распространяют его и на ВАП. Между тем, как показывают клинические наблюдения, возникновение пневмонии возможно и до истечения 2 суток, в частности у детей с сепсисом, высоким индексом тяжести состояния и сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

В отделении детской реанимации ФФРНЦЭМ с 2018-2022 годы находилось на ИВЛ 152 больных детей, из них 83 (55,3%) мальчиков и 69 (44,7%) девочек. Из 152 больных находившиеся на ИВЛ у 47 (38,2%) больных были с ОРВИ нарушением дыхания, 52 (42,2%) судорожным синдромом различного генеза с отеком головного мозга, 22 (17,8%) ВПС, 10 (13%) тяжелое отравление различного генеза, 12 (9,7%) больных диабетической комой, 9 (5,9%) с шоком различного генеза.

Из 123 больных, находившихся на ИВЛ, в процессы лечения - у 17 (13,8%) больных отмечено развитие вентиляторассоциированной пневмонии.

Диагноз вентиляторассоциированная пневмония нами был поставлен на основании клинической картины, рентгенологических данных (инфильтрат в легком) и общего анализа крови, свидетельствующего о наличии активного воспалительного процесса. У всех больных в соответствии с развитием патологического процесса в легких, был взят смыв из трахеи на бактериологическое исследование и на последующем этапе исследования запланировано расшифровка микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний. При бактериологическом исследовании

бронхиального секрета выделены: в 5 случаях *P. aeruginosa*, в 3 - *Acinetobacter*, в 1 - *Staphylococcus aureus*, в 1 - *Klebsiella pneumoniae*, в 2 - полимикробная флора.

Для профилактики нозокомиальной пневмонии, связанной с ИВЛ, мы применяли следующие методы:

- Оптимальной выбор параметров ИВЛ (применение ПДКВ, расчет параметров по формулам, тяжести состояние и физических параметров, оксигенотерапия. реинтубация. смена контура аппарата каждые 24 часа)
- Строгие соблюдения правил асептики и антисептики (туалет полости рта, санации трахеобронхиального дерева) в процессе проведения ИВЛ.
- Рациональной использование антибиотиков различного спектра действия в зависимости от тяжести состояния
- Физические методы профилактики пневмонии (растирание, массаж грудной клетки, горчичники.)

В целях повышения точности диагноза ВАП нами предложен унифицированный комплексный подход к диагностике заболевания и рекомендуем учитывать такие признаки, как:

- появление свежих или прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании по крайней мере с одним из следующих:

1) рентгенологические признаки абсцедирования (деструкция на месте предшествовавшей легочной инфильтрации);

а) лихорадка ( $>38,3^{\circ}\text{C}$ ),

б) лейкоцитоз ( $>10 \cdot 10^9/\text{л}$ ),

в) гнойная трахеобронхиальная секреция.

Для профилактики нозокомиальной пневмонии у больных, находящихся на ИВЛ, при усилении контроля за правилами асептики и антисептики, рационального использования антибиотиков, широком внедрении физических методов, коррекция гемостаза, зондовое питание, можно достигнуть успех в профилактике пневмонии.

Благодаря применению вышеизложенного метода профилактики за последние 2 года наблюдений по сравнению с предыдущими годами нами отмечено достоверное снижение заболеваемости нозокомиальными пневмониями у больных, находившихся на ИВЛ в снижении вероятности с 17,8% до 13,8%.

Однако, проблемы нозокомиальных пневмоний, связанных с ИВЛ у детей в отделении детской реанимации, остаются все еще открытыми. Диагностика пневмонии в процессе проведения ИВЛ может быть затруднительной в связи с отсутствием «золотого стандарта». Мы считаем, что необходим поиск доступных для широкой практики высокоинформативных экспресс-методов инвазивной микробиологической диагностики.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Махмудов Н.И., Туланов Ш.А., Ортиков А.Б.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП*

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) и актуальность интенсивной терапии (ИТ) не вызывает сомнения в связи с сохранением высокой степени летальности на госпитальном этапе лечения, а также в связи с высокой степенью инвалидизации как исход ТЧМТ. Однако на данный момент существует ряд особенностей ведения данной категории больных и остается малорешенным вопрос специфической терапии легочных осложнений, в особенности вызванных госпитальными штаммами инфекций. Особую актуальность данная проблема составляет в нейрореаниматологии, поскольку высок процент больных длительно находящихся на ИВЛ. Как известно, ТЧМТ всегда сопровождается расстройствами газообмена, которые связаны как с нарушением центральных механизмов регуляции дыхания, так и с паренхиматозными легочными осложнениями. Однако, пневмония, связанная с проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), относится к тяжелому осложнению, частота которого колеблется от 9 до 70%, а летальность – от 25 до 70% (Fabregas N. et al., 1996; Fagon J. et al., 2005). У больных, которым проводилось ИВЛ (до внедрения в практику бактериологических фильтров), летальность от пневмонии была значительно выше, чем у пациентов, находившихся на спонтанном дыхании. (Fagon J. et al., 1993). Существует прямая зависимость между частотой возникновения пневмонии и длительностью ИВЛ (Гельфанд Б. Р. И соавт., 2000).

Многоцентровое исследование преобладания инфекций, проведенное в 17 странах Европы на 9565 пациентах, показало, что в ОИТ нозокомиальная пневмония занимает первое место среди всех инфекционных осложнений (47%). В то время как в отделениях общего профиля частота развития НП не превышает 6,5-0,7%, в ОИТ этот показатель составляет, по разным данным, от 15 до 40% (Fagon J.Y., Chastre J. et al., 1996; Гельфанд Б.Р., Белоцерковский Б.З., 1998).

**Цель:** проанализировать особенности развития, этиологии и лечения госпитальной пневмонии (ГП) у больных с тяжелыми черепно – мозговыми травмами (ТЧМТ).

**Методы и результаты:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных госпитализированных в реанимационное отделение ФФРНЦЭМП за период 2018-2022 годов. Всего за 2018 год было госпитализировано 33 больных с ТЧМТ различной тяжести, из них 28 мужчин,

что составляет 84,8%, и 5 женщин (15,2%). В 2007 году было госпитализировано всего 35 человек, из них 31 мужчин (88,6%, и 4 женщины (11,4%). Средний возраст больных составил  $44,3 \pm 2,3$  года.

Состояние больных по комплексу патологии и по шкале Глазго во всех случаях оценивалось как тяжелое.

Особого внимания заслуживают показатели летальности больных, госпитализированных по поводу ТЧМТ. Так в 2018 году этот показатель составил 18 случаев или 54% от общего числа больных, и в 2019 году отмечено снижение этого показателя до 45,7%, то есть 16 случаев из 35 госпитализированных.

Все госпитализированные больные находились под бактериологическим мониторингом стационарной пневмонии. Диагноз «пневмония» был поставлен на основании клинической картины, рентгенологических данных (инфильтрат в легком) и общего анализа крови, свидетельствующего о наличии активного воспалительного процесса. У всех больных в соответствии с развитием патологического процесса в легких был взят смыв из трахеи на бактериологическое исследование и на последующем этапе исследования запланировано расшифровка микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний.

По многочисленным литературным данным столь серьезные последствия НП, связанной с ИВЛ, в особенности у пациентов с ТЧМТ, связаны с тем, что легочная инфекция является осложнением уже имеющегося у больного критического состояния, потребовавшего применения жизнеспасительного замещения функции дыхания. Очевидно, что оптимизация диагностики, антимикробного лечения и профилактики НПивл способна существенно улучшить прогноз у этой группы больных с этим тяжелым инфекционным осложнением.

Проблема нозокомиальной пневмонии интенсивно разрабатывается как у нас в стране, так и за рубежом. Однако, как свидетельствуют неблагоприятные результаты лечения, она далека от разрешения. К основным "белым пятнам" вопроса можно отнести следующее

1) Отсутствуют четкие представления о диагностической значимости различных методов выявления НП, не разработан алгоритм диагностического поиска у больных с подозрением на НП;

2) Представления о спектре возбудителей НП, полученные при исследованиях у пациентов ОИТ "общего" профиля, не могут быть целиком перенесены на больных с ТЧМТ. Кроме того, даже в различных хирургических учреждениях микробный спектр возбудителей и их антибиотикорезистентность имеют свои особенности; микробный "пейзаж" ОИТ также неодинаков в разных стационарах.

## **КОРОНАВИРУС ЭТО БОЛЕЗНЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПУТИ**

*Дехканова Н.Н.- преподаватель Ферганского медицинского института  
общественного здоровья*

*Жамолиддинова Н - студент Ферганского медицинского института  
общественного здоровья*

*Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья*

Нарушения, затрагивающие легкие и дыхательные пути, называются заболеваниями легких, респираторными или легочными заболеваниями. К наиболее распространенным симптомам заболеваний легких относятся:

[кашель.одышка](#) (диспноэ); [свистящие хрипы](#);

В редких случаях закупорка дыхательных путей между ртом и легкими приводит к шумному дыханию. Проблемы в легких могут также вызывать [кашель с кровью](#) (кровохарканье), синюшный оттенок кожи вследствие недостатка кислорода в крови ([цианоз](#)) или [боль в груди](#). Длительное заболевание легких может даже привести к изменениям в других частях тела, включая отек лодыжек или [утолщение концевых фаланг пальцев](#).

Некоторые из этих симптомов не обязательно связаны с заболеваниями легких. Например, [боль в груди](#) может также быть вызвана заболеванием сердца или расстройством пищеварения, а одышка — заболеванием сердца или болезнью крови.

Нижние дыхательные пути имеют множество защитных механизмов, мешающих развитию заболеваний. Однако поскольку они сильнее открыты воздействиям внешнего мира, чем другие системы органов, барьерных механизмов органов дыхания часто не хватает.

В ряду пульмонологических заболеваний, человек чаще всего страдает следующими:

- воспаление легких (пневмония),
- трахеит, бронхит, бронхолит,
- бронхоэктатическая болезнь,
- бронхиальная астма,
- деструкция легких (абсцессы),
- болезни плевры (мешочек, в котором располагается легкое) – пневмоторакс
- и многие другие.

Пневмония — состояние, при котором воздушные мешочки в легких (альвеолы) воспаляются из-за бактериальных, вирусных и грибковых причин. Пневмония может иметь различные причины, однако в большинстве случаев она вызывается бактерией, называемой *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк).

Различные виды вирусов, такие как коронавирус, грипп, риновирус, аденовирус, также могут вызывать пневмонию.

На сегодняшний день существуют вакцины от пневмонии. Вакцинация от пневмонии особенно рекомендуется для людей из групп риска для снижения вероятности заболевания. К сожалению, в нынешнее время диагностика пневмонии осложнена из-за распространения коронавирусной инфекции. Зачастую из-за схожести симптомов пневмонию путают с коронавирусом или гриппом. Задержка в диагностике и лечении может привести к прогрессированию заболевания и затруднить его лечение. По этой причине болезнь иногда может прогрессировать до такой стадии, на которой представляет угрозу для жизни больного. Пневмонию можно отличить от гриппа по следующим признакам: высокая температура, боль в груди, длящаяся более 3 дней. Также симптомами пневмонии являются кашель, желтая или зеленая мокрота, затрудненное и учащенное дыхание, утомляемость, слабость, рвота и спутанность сознания (у пожилых людей или людей с повышенной чувствительностью).

Для диагностики пневмонии проводится исследование легких. Для подтверждения диагноза врач может использовать такие методы диагностики, как рентген, компьютерная томография, анализы крови и мокроты. При этом пандемия, связанная с ковидом, значительно пополнила ряды страдающих бронхолёгочными заболеваниями.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.**

*Ташалиев Ш.Б., Тожибоев Д.И., Тожалиев Б.Х*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

*Ферганской областной клинической противотуберкулезной диспансер.*

В последние годы в мире наблюдается рост онкологических заболеваний ]. В связи с этим чаще стали выявляться случаи сочетания рака различных локализаций (РРЛ) с туберкулезом органов дыхания . Так, в Японии у больных раком легкого туберкулез зафиксирован в 1,38% случаев . В США у онкологических больных туберкулез наблюдается в 9 раз чаще, чем у лиц, не имеющих рака . Есть мнение, что низкая иммунологическая реактивность у онкологических больных, снижение инфекционных барьеров, иммуносупрессивное действие противоопухолевой терапии и общие факторы риска способствуют активации латентной туберкулезной инфекции .

В свою очередь хроническое туберкулезное воспаление и посттуберкулезные изменения в легких являются благоприятным фоном для развития рака легких. По данным , у больных туберкулезом наблюдается в 11,6%

случаев РРЛ. Описаны случаи туберкулеза легких у больных с внелегочными локализациями рака: молочной железы, желудка, кишечника, носоглотки, предстательной железы, почки, матки, случай туберкулеза селезенки у больной с меланомой кожи.

Публикации о сочетании РРЛ с туберкулезным экссудативным плевритом (ТЭП) единичны.

Цель исследования: определить особенности клинического течения и результаты лечения ТЭП у больных, имеющих РРЛ.

### **Материал и методы**

. Проведен анализ историй болезни 26 больных с ТЭП в сочетании с РРЛ (1-я группа), находившихся на обследовании и лечении в Ферганском областном клиническом противотуберкулезном диспансере в 1920-2022 гг. Мужчин было 18 (69,2%), женщин – 8 (30,8%). В возрасте 42-50 лет было 4 больных, 51-60 лет – 7, 61-70 лет – 7, 71-80 лет – 5 и в возрасте 82-83 лет – 2 больных. Средний возраст составил  $63,3 \pm 2,2$  года. Сравнение клинических данных проведено со 2-й группой, которая состояла из 120 больных ТЭП в возрасте от 43 до 82 лет, не имевших рака, среди которых было 36 (30,0%) женщин и 84 (70,0%) мужчины. Средний возраст больных составил  $65,0 \pm 1,0$  года. Всем 146 пациентам обеих групп проводилось стандартное клинико-рентгенологическое, лабораторное и инструментальное обследование. Микробиологические методы исследования биологического материала на микобактерии туберкулеза (МБТ) и ДНК МБТ выполнены у всех пациентов обеих групп. Также у всех пациентов проведена туберкулинодиагностика.

**Выводы:**

1, Эффективность лечения ТЭП у них хуже, чем у пациентов без РРЛ: реже наступило излечение с минимальными плевральными наложениями.

2, Чаще наблюдалась затяжная плевральная экссудация при этом серозный экссудат трансформировался в гнойный ..

# ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

## НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ПРИ COVID -19

*Курамов Ш.Ю., Махмудов Н.И., Ортиков А.Б.*

*Ферганский филиал РНЦЭМП*

По данным современных литературных источников в своевременном обнаружении признаков поражения легких при COVID-19 особую ценность представляет собой УЗИ диагностика. Действительно, у здорового человека внешний вид легких имеет однородный серый цвет, четко просматриваются межреберные промежутки, а также передняя поверхность легких между ребрами имеет тонкую, ярко выраженную плевральную линию, на которой хорошо заметны небольшие вкрапления. В норме при вдохе и выдохе эта линия должна участвовать в акте дыхания и синхронно двигаться вперед и назад, позади плевральной ткани чаще всего можно видеть линию А.

На ранних этапах развития заболевания, как показала практика и зарубежные исследования, причем если COVID-19 протекает без осложнений, одной из особенностей является появление В-линии. Эти линии хорошо видны при ультразвуковом исследовании, они отливают белым цветом по мере достижения легкого из плевры.

Движение данных линий, как правило бывает синхронное, в соответствии с дыханием. Если отсутствуют осложнения дыхательной системы, то можно наблюдать не более одной, двух В-линий, проявляющихся у основания легких, тогда, как при наличии и начала развития COVID-19, появляются очаговые, так называемые субплевральные объединения в переднем сегменте легких, обусловленные утолщением плевральной линии. Также можно проследить сегментарное поражение легких по зонам отсутствия и повышенной сосредоточенности линий.

Выводы: таким образом, УЗИ диагностика является диагностическим методом, который можно применить на ранних стадиях развития изменений в легких при COVID-19. Это имеет очень большое значение при дифференциальной диагностике для исключения возможных причин возникновения острой одышки, данная диагностика может применяться у постели больного, предоставляя точные сведения, не уступающие компьютерной томографии. Позволяет обследовать легкие в положении «укладывания на живот», для уменьшения гипоксемии. Не говоря ещё и о том, что данное исследование не только информативно, но и экономически рационально и доступно.

# **ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ И РЕКОМЕНДАЦИИ С УЧЕТОМ ПРОФИЛАКТИКИ**

*Миркурбанова Т. Х.*

*Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья*

## **Аннотация:**

В настоящее время наиболее распространенной причиной заболеваний легких является вдыхание экологически загрязненного воздуха. Учитывая это, вопрос о том, какие заболевания легких может вызвать вдыхание вредного воздуха и что можно сделать, чтобы их предотвратить, остается актуальным.

## **Ключевые слова:**

Экологические факторы, дыхательные пути, дыхательными заболеваниями, экологических проблем, качества воздуха.

## **Введение:**

### **1.1. Актуальность проблемы**

Современное общество сталкивается с рядом серьезных вызовов в области здравоохранения, и одним из наиболее важных является проблема заболеваний дыхательных путей. Экологические факторы играют значительную роль в возникновении и ухудшении таких заболеваний. В связи с этим актуальность исследования воздействия экологических факторов на дыхательные пути нельзя переоценить.

Заболевания дыхательных путей, такие как астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмонии и другие, становятся все более распространенными и оказывают серьезное воздействие на здоровье населения. Исследования показывают, что многие из этих заболеваний могут быть связаны с загрязнением окружающей среды, а также изменениями климата.

### **1.2. Цель и задачи исследования**

Цель данного исследования заключается в выявлении воздействия экологических факторов на заболевания дыхательных путей и разработке рекомендаций по профилактике этих заболеваний с учетом экологических аспектов.

Для достижения этой цели ставятся следующие задачи:

- Провести анализ современных тенденций заболеваемости дыхательными заболеваниями, связанными с экологическими факторами.

- Исследовать воздействие загрязнения воздуха на заболевания дыхательных путей.

- Рассмотреть влияние экологических аллергенов на развитие аллергических заболеваний дыхательных путей.

- Оценить последствия изменений климата на заболевания дыхательных путей и разработать соответствующие рекомендации.

### 1.3. Методология и источники данных

Для достижения поставленных целей и задач исследования будет использован комплекс методов. В частности, планируется анализ статистических данных о заболеваниях дыхательных путей, собранных в различных регионах, а также данные о составе атмосферного воздуха и климатических изменениях. Будут использованы методы статистического анализа, моделирования и интервью с экспертами.

Источниками данных для исследования будут официальные статистические отчеты, научные публикации, медицинские исследования, а также данные метеорологических и экологических служб.

### **Экологические факторы и их воздействие на дыхательные пути:**

#### 2.1. Воздействие загрязнения воздуха

Загрязнение воздуха – одна из основных экологических проблем современности. Оно представляет серьезную угрозу для здоровья человека, особенно в отношении заболеваний дыхательных путей. Среди основных загрязнителей воздуха можно выделить атмосферные частицы (PM<sub>2.5</sub> и PM<sub>10</sub>), азотные оксиды, сернистые соединения и углеводороды.

Анализ многочисленных исследований позволяет установить тесную связь между уровнем загрязнения воздуха и заболеваниями дыхательных путей. Высокие концентрации атмосферных частиц и токсичных веществ могут вызвать раздражение слизистых оболочек, усилить аллергические реакции и способствовать развитию хронических заболеваний, включая астму и ХОБЛ.

#### 2.2. Экологические аллергены

Экологические аллергены представляют собой биологические и химические вещества, находящиеся в окружающей среде, которые могут вызывать аллергические реакции у человека. Эти аллергены могут быть растительного, животного или грибного происхождения. Примерами могут служить пыльца растений, споры грибов, домашняя пыльца и химические вещества, такие как формальдегид.

Аллергические заболевания дыхательных путей, включая аллергический ринит и аллергическую астму, могут развиваться под воздействием экологических аллергенов. Подверженность таким аллергенам может иметь генетический и экологический характер.

#### 2.3. Климатические изменения и заболевания дыхательных путей

Изменения климата имеют важное значение для здоровья дыхательных путей. Изменения температуры, уровня осадков и распространение биологических агентов (например, векторов инфекций) влияют на

распространение и интенсивность заболеваний, таких как грипп, вирусные инфекции и аллергии.

Высокие температуры и изменения климата могут способствовать распространению аллергических реакций и усилению сезонных аллергий. Векторные болезни, такие как малярия, также могут распространяться в новых регионах вследствие климатических изменений, что представляет угрозу для дыхательного здоровья.

### **Профилактика заболеваний дыхательных путей:**

#### **3.1. Вакцинация и профилактика инфекционных заболеваний**

Профилактика заболеваний дыхательных путей включает в себя важную роль вакцинации. Вакцины эффективно предотвращают инфекционные заболевания, такие как грипп, вирусные пневмонии и другие. В данной части исследования рассматривается эффективность вакцинации и меры по распространению вакцинационных программ среди населения.

#### **3.2. Меры по снижению воздействия экологических факторов**

Для снижения воздействия экологических факторов на дыхательные пути необходимы конкретные меры. Это включает в себя улучшение качества воздуха, снижение выбросов вредных веществ, регулирование производственных процессов и повышение экологической осведомленности общества. Разработка стратегий по улучшению экологии может значительно снизить заболеваемость дыхательными заболеваниями.

#### **3.3. Роль здорового образа жизни**

Здоровый образ жизни имеет большое значение для профилактики заболеваний дыхательных путей. Правильное питание, физическая активность и отказ от вредных привычек, таких как курение, способствуют укреплению организма и уменьшению риска развития дыхательных заболеваний.

### **Влияние психологических факторов на заболевания дыхательных путей:**

#### **4.1. Связь между стрессом и заболеваниями дыхательных путей**

Психологический стресс играет значительную роль в формировании заболеваний дыхательных путей. Под воздействием стресса может происходить сокращение бронхиальных мышц, что увеличивает риск астматических приступов. Эмоциональное напряжение также влияет на иммунную систему, что делает организм более уязвимым к инфекционным заболеваниям.

#### **4.2. Психосоматические аспекты дыхательных заболеваний**

Психосоматические факторы могут быть важными в развитии и усилении заболеваний дыхательных путей. Например, пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) могут столкнуться с дополнительными трудностями, связанными с психологическими аспектами, такими как депрессия

и тревожность.

## **Технологические решения и мониторинг для улучшения экологической обстановки и здоровья дыхательных путей:**

### **5.1. Современные технологии мониторинга качества воздуха**

Современные технологии мониторинга позволяют более точно отслеживать уровни загрязнения воздуха. Сенсоры и системы сбора данных могут предоставлять реальное время информацию о качестве воздуха в различных регионах. Это дает возможность раннего оповещения и принятия мер для снижения экологического воздействия.

### **5.2. Инновации в очистке воздуха**

Инновационные методы очистки воздуха разрабатываются для уменьшения концентрации вредных веществ в атмосфере. Включая новые фильтры, электростатические очистители воздуха и другие технологии, такие методы могут помочь снизить воздействие загрязненного воздуха на дыхательные пути.

### **5.3. Технологические решения для уменьшения экологического воздействия**

Технологические решения также включают в себя изменения в производственных процессах, снижение выбросов вредных веществ, разработку экологически чистых видов энергии и улучшение транспортных систем. Технологические инновации могут помочь создать более благоприятную экологическую обстановку и уменьшить риск заболеваний дыхательных путей.

## **Заключение:**

В результате выполненной работы была обнаружена значительная сложность взаимосвязи между экологическими факторами и заболеваниями дыхательных путей. Загрязнение воздуха, экологические аллергены, климатические изменения, а также психологические и психосоматические факторы – все они оказывают влияние на заболевания дыхательных путей.

Профилактика и управление этими заболеваниями требует многогранных решений. Вакцинация, меры по снижению экологического воздействия, поддержание здорового образа жизни и применение современных технологий мониторинга и очистки воздуха – все они играют ключевую роль в защите здоровья дыхательных путей.

Работа также выявила необходимость дополнительных исследований в области воздействия психологических аспектов и инноваций в технологиях на заболевания дыхательных путей. Успешные стратегии профилактики должны включать в себя не только медицинские и экологические подходы, но и учитывать психологические и технологические аспекты для достижения максимальных результатов в защите здоровья дыхательных путей.

## **Использованные литературы:**

1. Н.А Мухин, Моисеев- Пропедевтика внутренних болезней: учебник. - 2-е

изд., доп. и перераб. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 г. — 848с. — [1, 2]

2. Таточенко В. К., Антибактериальная терапия пневмоний у детей. Фарматека, № 11, 2002 — [7]

3. Игнатова Г. Л., Федосова Н. С., Степанищева Л. А. Профилактическое и терапевтическое использование пневмококковой вакцины у работающих на промышленном предприятии пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. («Урал-Трак ЧТЗ», Челябинск). Пульмонология, 2007, № 3 — [6]

4. А. Л. Гребнев, В. Х. Василенко- Пропедевтика внутренних болезней. 5-е изд., доп и перераб. — М.: Медицина, 2001 г. — 592с. — [3, 4].

## **ЛЕЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, ПУТЕМ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ.**

*Н.И. Махмудов, Г.Х. Аббасханов, Туланов Ш.А.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП*

Расширение показаний к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), создание новых поколений аппаратов и совершенствование инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем внедрение в практику новых технологий, повышающих выживаемость в период шока и острой дыхательной недостаточности, изменили общую структуру осложнений и уровень летальности. Более того, антибактериальная терапия (АБТ) является одним из важнейших компонентов лечения пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Применение АБТ в условиях ОИТР преследует, как правило, две цели: лечение ведущего патологического процесса и/или профилактика нозокомиальной инфекции. В обоих случаях эффективность АБТ может существенно влиять на течение и исход заболевания.

В связи с совершенствованием системы оказания экстренной медицинской помощи в соответствии с программой реформирования здравоохранения Республики Узбекистан, в настоящее время все шире стали применяться «щадящие» или «малоинвазивные» методы лечения для повышения эффективности лечения и уменьшения пребывания больных на койке. Одним из таких методов, на наш взгляд, является применение метода эндотрахеального введения антибактериальных средств посредством интубационных трубок и постоянная санация трахеобронхиального дерева.

**Цель работы:** изучить эффективность эндотрахеального введения

антибиотиков влияние ИВЛ и вводимых антибактериальных веществ на течение неотложных состояний и дыхательной недостаточности при заболеваниях легких и бронхов.

**Материалы и методы.** За период исследования (2022 г.) всего под наблюдением находилось 157 неврологических больных из них, осложненных пневмонией 30 больных: из них 10 больных менингоэнцефалитом, 1 миастенией, 14 больных с ОНМК, 4 с восходящим отёком Ландри<sup>1</sup>. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет и составил в среднем  $46,5 \pm 1,9$  лет. В связи с тем, что больные в этой группе осложнены ДН и нуждаются в ИВЛ, им была произведена интубацию трахеи и больные переведены на режим ИВЛ с последующим введением антибиотиков в ТБД через интубационные трубки и параллельно произведен лаваж ТБД. Техника выполнения лаважа трахеи производилась следующим образом: после введения трипсина, произведена санация ТБД от патологического субстрата, инстиллированы антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефатоксим, зинацеф и др.) и гормональные препараты.

**Результаты:** В большинстве случаев был достигнут ожидаемый результат у 26 больных, что составляет 86,7% было отмечено быстрое снижение температуры с нормализацией на 2-3 сутки, уменьшение явлений интоксикации, нормализация показателей периферической крови, ЦВД и КЩС, рентген картина легких, что позволило снизить показатель койко-дня пребывания больного в реанимации до 2,7 дней даже при выраженных ДН-3 и ССН-3 ст.

В этой группе больных было зарегистрировано 4 летальных исхода (13,3%) и основной причиной, приведшей к смерти, был старческий возраст (70-75 лет), более того у них, вдобавок, к основному заболеванию сопутствовали другие хронические заболевания, такие как хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная патология, хронические обструктивные заболевания легких, иммунная недостаточность и т.д.

Таким образом, данный способ эндотрахеального введения антибактериальных средств позволит достаточно безопасно и экономически выгодно выхаживать больных при неотложных состояниях в условиях реанимации и интенсивной терапии, в данном случае с неврологической патологией и позволяют достигнуть желаемого эффекта в более короткие сроки лечения.

## **ОҒИР ХОЛАТИДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ.**

*Махмудов Н.И., Махамадалиев А.Ш., Ахунова О.А.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Регионал лимфатик терапия (РЛТ) – патологик жараён зонасининг лимфа томирлари ва тугунларига бой бўлган тўқималарга бевосита нишонли таъсир этиш демакдир. Даволашнинг ушбу тури хасталикка чалинган анатомик сохада лимфа хосил бўлиши ва оқишани меъёрлаштиришга ва антибактериал терапия қўллашга асослангандир.

2021-2022 йиллар давомида реанимация бўлимида даволанган 66 нафар критик ҳолатдаги оғир беморлар, жумладан 21 нафар кала мия жарохати, 18 нафар бош мияда кон айланишининг ўткир бузилиши, 3 нафар эпилепсия касаллиги, 4- мия ўсмаси, 5- мия абсцесси, 9-менингит, менингоэнцефалит, 6 нафар беморлар оғир захарланишлар билан даволанган беморларда нафас системаси аъзоларида асоратлар кузатилди ва асосий касалликнинг оғирлик даражасини кучайтирди. Бу беморларнинг барчасида иккиламчи зотилжам ривожланиб, тана хароратини кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши, хансираш, нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлган. (хансираш, тахипноэ -нафас олиш сони 1 дақиқада 30-32 та, тахикардия - ЮКС 1 дақиқада 120-140та), АКБни меъёридан 10-30мм сим. уст. гача кўтарилиши кузатилган. Ўпкаларнинг рентген текширувларида яллигланиш ўчоқлари топилган. Қоннинг умумий текширувида лейкоцитоз - 8,5-12,5- 10/л, ЭЧТ ни (РОЭ) 28 - 32 мм/с. гача ошиши кузатилган. Бу беморлардан 16 тасида (24,2 %) анъанавий антибиотикотерапия (томир ичига, мускул орасига - суткасига 3-4 махал дори юбориш) услубида даволанди. Колган 40 та (60,8 %) текширув гуруҳидаги беморлар регионал лимфатик антибиотикотерапия (суткасига 1 махал бир марталик дозани претрахеал тўқимага юбориш) услубида даволанди.

РЛАТ ни пункцион метод, яъни кекирдик олди бўшлиғига игна билан тушиб, аввал лимфостимулятор (гепарин 2500-5000 ЕД, фуросемид 0,5 - 1,0 мл, новокаин 0,25% - 30-50 мл, лидаза 8-16 НБ (бу ўз навбатида микроциркуляцияни ва дори моддасини лимфага сўрилишини яхшилайти) юборилиб, ундан сўнг 3-5 дақиқа ўтгач танланган антибиотик юборилади ва муолажа инъекция ўрнига ярим спиртли асептик боғлам 6-12 соатга қўйиш билан яқунланади. Антибиотикларни танлашда индивидуал ва микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги ва касалликнинг кечиши ҳисобга олинди. Кўпроқ оксампицин, цефтриаксон, зинацеф, цефотаксимлардан фойдаланилди. Патология оғир кечганда антибиотиклар комбинация қилинди.

РЛАТ ўтказила бошлагандан сўнг беморларнинг умумий ҳолатида ижобий ўзгаришлар пайдо бўлди, нафас етишмовчилиги белгилари 3- чи кунга келиб

меъёрлашди. Шу билан бир қаторда яллиғланишнинг бошка белгилари ҳам йўқола бошлади: тана харорати 16 та беморда 2 - суткасида, 5 тада 3-суткасида ва 3 тада 4 – суткасида нормаллашди. Клиник меъёрлашувлар билан бирга лаборатор тахлилларда ҳам ижобий натижалар лейкоцитоз ва ЭЧТ (СОЭ) эритроцитлар чўқиши тезлиги кўрсаткичлари меъёрлаша бошлади,

Анъанавий антибактериал терапия олган беморлар гуруҳида нафас етишмовчилиги белгилари, тана хароратининг пасайиши ва лаборатор кўрсаткичлар касалликнинг 5-6 суткасида бошлаб пасая бошлади. Ташки нафас функциясининг яхшиланиши, ўпка рентген суратида ижобий ўзгаришлар 8-10 суткага келиб кўрина бошлади.

Шундай қилиб олинган натижаларга асосланган ҳолда критик ҳолатдаги оғир беморларда нафас системаси томонидан асоратланиши мумкин бўлган зотилжамни профилактика қилиш ва даволашда анъанавий антибактериал терапияга қараганда, РЛАТнинг бир мунча афзаллик томонларини кўрсатиш мумкин. Бу усул дори дармон сарфини камайтиради, беморнинг даволаниш муддатини қисқартиради.

## **ПОКАЗАТЕЛИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА**

*Йулдашев Ш.М. Шерматов Р.М., Ким К.А.,*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья,*

*Ферганского филиала РНЦЭМП*

Последние годы одной из актуальных проблем патологии раннего детского возраста является экссудативно-катаральный диатез (ЭКД). В настоящее время эта проблема стоит еще более актуально, так как установлено, что ЭКД в большом проценте случаев служит основой для развития аллергических заболеваний с кожными и респираторными проявлениями в детском возрасте, а также обуславливает частое рецидивирование бактериальных и вирусных респираторных инфекций. Однако в механизмах возникновения и развития этого состояния еще много неясного, в связи с чем ЭКД клинико-патогенетические аспекты этих заболеваний постоянно изучаются.

В процессе формирования современных представлений об ЭКД широко используются данные лабораторных исследований, в том числе различных этапов иммунологического ответа. Тем не менее вопрос об иммунологическом статусе детей с ЭКД и его кожными и респираторными проявлениями нельзя считать достаточно изученным.

Поскольку частое рецидивирование респираторных инфекции – одна из важнейших актуальной и нерешенной проблем патологии детского возраста и прослеживается определенная связь между ЭКД и развитием этих заболеваний у

детей.

Целью настоящего наблюдения и исследования явилось изучение ряда взаимосвязанных звеньев иммунологической реактивности у детей с кожными проявлениями ЭКД и у детей с частыми респираторными заболеваниями на фоне ЭКД.

Под наблюдением находились 3 группы детей с ЭКД в возрасте от 1 месяца до 3 лет с острой фазой процесса и 10 здоровых детей того же возраста (4-я группа). В 1-ю группу вошли 8 детей с кожными проявлениями ЭКД, из них у 75 % имелось отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, чаще материнской линии. 2-ю группу составили 10 детей с частыми респираторными инфекциями на фоне ЭКД. В 3-ю группу включили 12 детей с частыми респираторными инфекциями, с развившимся обструктивным бронхитом на фоне ЭКД.

Для 1-й группы детей с кожными проявлениями ЭКД была характерно отягощенная по аллергическим заболеваниям наследственность, причем у 50% из них оба родителя страдали аллергическими заболеваниями. У самих детей в анамнезе отмечались аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты; кожные проявления ЭКД наблюдались уже в периоде новорожденности, носили упорный характер, часто рецидивировали, плохо поддавались терапии и характеризовались тенденцией к глубокому и обширному поражению кожных покровов.

У детей 2-й группы, у которых ЭКД сопровождался частыми респираторными инфекциями. В то же время у 80% больных детей было существенно высокой частотой отмечались выраженные изменения слизистых оболочек, которые проявлялись конъюнктивитом, ринитом, гастроэнтеритом.

У детей 3-й группы, у которых ЭКД сопровождался обструктивным бронхитом. При клиническом обследовании у этих детей определялось высокая склонность к бронхоспазму, признаки которого отмечались уже на 2 – 3-й день после начала ОРЗ. Наряду с этим у 50% больных выявлялось умеренные кожные проявления ЭКД и сенсibilизация к пищевым и медикаментозным продуктам в анамнезе.

Таким образом, рецидивирование респираторных инфекции у детей имеются определенная связь между ЭКД и развитием этих заболеваний.

## **САНАЦИОННАЯ БРОНХОСКОПИЯ; ПОКАЗАНИЕ И РОЛЬ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.**

*Эшонкулов. Ч.И, Акбаров.Ж.А, Махмудов Н.И.*

*Ферганский филиал РНЦЭМП*

В настоящее время в связи бурным развитием техники и технологии число больных с разными травмами грудной клетки возрастает и стоит на втором месте после черепно-мозговой травмы. И в основном наиболее часто получают травмы молодые трудоспособного возраста от 20-до 50 лет. При травме грудной клетки, особенно при сочетанной травме, одно- или двухстороннем множественном (более 3 ребер) переломе ребер нарушается каркасная структура грудной клетки зачастую осложняется ушибами легких и разными внутриплевральными осложнениями, у больного развивается нарушение механики дыхания, в пораженной стороне отмечается ограничение экскурсии грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности диафрагмы в акте дыхания, участие дополнительных дыхательной мускулатуры в акте дыхания и той и иной степени развивается клиника дыхательной недостаточности. В паренхиме легких при ушибе происходит кровоизлияние и отек в бронхиолы, альвеолы, уменьшается дыхательная подвижность в легких, уменьшается вентилируемый объем в паренхиме легких, вследствие этого нарушается газообмен в легких и в конечном итоге развивается и усугубляется течение острой дыхательной недостаточности.

Цель: снизить осложнения, инвалидности и летальности больных с травмами грудной клетки, создать больному комфорт, ранее выздоровление и восстановление нормальной трудоспособности.

Материал и метод: в нашем филиале ФФРНЦМП с 2018-г по 2022-г всего поступило 322 больных с различными травмами грудной клетки (ДТП. кататравма, бытовая, производственная травма, с сочетанием и политравмой) Из числа 322 больных, у 202 больного было показание для проведения санационной бронхоскопии в ранней стадии травмы, у всех 202 больных выявлены и были диагностированы множественные переломы ребер с нарушением каркасной структуры грудной клетки с ушибом легких, а остальные 120 больного выявлены легкие и средние степени тяжести травмы грудной клетки которые не было показание для проведения санации бронхиального дерева. Всем 202 больным в первые 3-сутки в условиях реанимации и в стационаре хирургической отделение активно было проведена санационная бронхоскопия под местной анестезией с 2% лидокаином, с предварительными премедикациями. Во время осмотра бронхоскопом мы выявили, что в просвете долевого бронха в первые сутки за

счет ушиба развивался травматический отек, кровоизлияние в слизистых бронхах, в данном случае мы ограничивались только манипуляциями санации бронхиального дерева с орошением адреналином и трипсином. А во вторые и третьи сутки выявляли сгустки и корки с полной и не полной закупоркой главного и долевого бронха, ателектаз нижележащих участков легких, в данном случае манипуляции заканчивали только санациями.

Показания для проведения бронхоскопии устанавливаются с помощью физикальных и дополнительно инструментальными обследованиями: пальпация, перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, компьютерная томограмма легких: больные, находящиеся в длительное время на аппарате искусственной вентиляции легких, тоже подлежат к санационной бронхоскопии 2 раза в сутки.

У всех больных с ушибом легких после проведенной санационной бронхоскопии отмечалось быстрое клиническое улучшение, при физикальном обследовании у больного сразу же после санации бронхиального дерева появилось везикулярное дыхание на стороне поражения, частота дыхания достигала нормального уровня до 18-20 в 1 минуту, больные моментально почувствовали комфорт и облегчение в акте дыхания, дополнительно проведены М-холиноблокаторы, антигистаминные препараты, сочетанная антибактериальная терапия, противовоспалительные препараты, антикоагулянты, дыхательная гимнастика и ранняя активизация больного. на контрольном рентген снимке: на 3-6 сутки после очередного санационной бронхоскопии, мы выявили уменьшение ателектазированных участков в паренхиме легких и полное удовлетворительное восстановление пневматизации в легких.

Результаты: После проведения активных санационных бронхоскопий больным с ушибом легких значительно сократилось число осложнений, таких как посттравматическая пневмония и абсцедирование, значительно сократился срок пребывания больного в стационаре, полностью восстановилась трудоспособность больных и в данный момент все больные работают по специальности, и значительно уменьшилось число летальности.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИЛИКОЗА У РАБОТАЮЩИХ В ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*Агзамова Г.С., Абдиева Ю.А., Ибрагимова Н.У., Наджимиддинова А.Ш.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Несмотря на проведение профилактических мер, число случаев профессиональных болезней бронхолегочной системы среди шахтеров является весьма значительным. Наряду с этим, шахтеры подвержены высокому риску развития не только профессиональных, но и производственных - обусловленных заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, однако механизмы этиологии, патогенеза, особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний у работников высокого профессионального риска, ряд вопросов по данной проблеме остаются мало изученными. Открытым остается вопрос поиска оптимальных способов прогнозирования развития болезней системы кровообращения с учетом влияния вредных производственных факторов при разработке прогностических методик.

В настоящее время одной из наиболее значимых проблем в профессиональной пульмонологии является вопрос повышения качества ранней диагностики пылевых заболеваний легких, развитие которых связано с воздействием пылевых аэрозолей различной степени фиброгенности. В связи с этим, необходим дифференцированный подход к изучению условий труда в горнорудной промышленности, исходя из реальных производственных ситуаций, используя широкий комплекс медико-биологических показателей состояния здоровья работающих, вероятностную оценку негативных последствий воздействия факторов рабочей среды на здоровье работников этого сектора. Показано, что для иммунологического статуса при силикозе характерно повышение миелопероксидазы, IL-8, ФНО- $\alpha$ . [1,2,3].

**Цель исследования** является оценить особенности и взаимосвязь маркеров легочного фиброза пылевой этиологии и эндотелиальной дисфункции у больных силикозом в сочетании с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

**Материалы и методы:** нами изученно состояние 126 больных с диагнозом силикоз I, II, III стадии (код по МКБ-10: J62), работавших на разных объектах крупного горно-металлургического комбината), и получавших лечение в клинике профессиональных заболеваний НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний МЗ РУ. Средний возраст  $39,6 \pm 1,2$  лет, длительность заболевания более 10 лет. У больных (различной степени тяжести силикоза в сочетании ИБС и артериальной гипертензией) проведено иммунологическое исследование - у 62 человек с первой стадией силикоза (преимущественно интерстициальная форма),

37 человек со второй стадией силикоза (узелковая форма), 27 человек третьей стадией силикоза (узловая форма). Сравнение полученных данных проводилось с 20 здоровыми работниками промышленных предприятий и учреждений, не имевшими в процессе работы контакта с профессиональными вредностями, без признаков поражения органов дыхания, сердечно-сосудистой и иммунной системы, по данным комплексного обследования признанными здоровыми. Диагноз заболевания (форма патологии, клинические особенности) верифицировался в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения профессиональных заболеваний).

Лабораторные исследования проводились в Центральной диагностической лаборатории многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Иммуноферментные исследования проводили на анализаторе Rayto с помощью реактивов Эндотелеин-1, нейтрофильная эластаза, миелопероксидаза фирмы "Elabscience" (Америка), ФНО-а, Интерлейкин -8 фирмы "Вектор Бест"(Россия). Биохимические исследования креатининкиназы и липидный профиль проводили с помощью реактивов фирмы «HUMAN» (Германия) на автоматическом биохимическом анализаторе Mindray BS-380.

**Результаты и обсуждения:** при изучении профессионального маршрута было выявлено, что наибольший процент работающих составляли проходчики (28%).

Из обследованного числа рабочих установлено преобладание лиц возраста 41-50 лет, доля которых составила почти 40 %. В последнее время силикоз и заболевания ССЗ имеют тенденцию к росту и омоложению. Достоверное нарастание случаев АГ и ИБС чаще всего наблюдалось в группах лиц в возрасте, превышающем 50 лет. В исследовании подтверждается высокая встречаемость ИБС (около 48%) среди горнорабочих самого трудоспособного возраста (41-50 лет). При этом стаж работы в данной промышленности составляет 10 и более лет. Увеличение показателя случаев ИБС прослеживается по мере старения работников и связано с продолжительностью рабочего стажа, что связано за счет случаев стенокардии и инфаркта миокарда. Частота встречаемости АГ достоверно превышает ИБС почти на 1,5 раз среди горнорабочих самого трудоспособного возраста (69%). С ИБС и АГ имеет место и развитие метаболического синдрома среди рабочих с силикозом (54%)

Представленные результаты указывают на распространенности АГ и ИБС у шахтеров горно-металлургического комбината, работающих в подземных условиях, которая составляет - 40% и достоверно превышает таковую среди наземных рабочих. Установлено, что АГ диагностируется у подземных горнорабочих уже в молодом возрасте 30-39 лет, тогда как среди наземных рабочих это наблюдается позже.

Клиническое течение силикоза усугубляется наличием АГ, является предиктором гемоциркуляторных расстройств, которые приводят к выраженным гемодинамическим нарушениям, что и определяет тяжесть течения, прогрессирование заболевания и утрату профессиональной трудоспособности.

При изучении нарушения эндотелиальной дисфункции у больных силикозом в сочетании ИБС и АГ, нами было выявлено достоверное повышенное содержание клеточно-эндотелиальных маркеров – Интерлейкин-8, ФНО- $\alpha$ , Эндотелин-1 и МРО, соответственно изменения липидного спектра, атерогенности, креатинкиназы (сердечная фракция) ( $p < 0,05$ )

При изучении нарушения липидного обмена у больных силикозом в сочетании ИБС и АГ, нами было выявлено достоверное повышенное липидов, креатинкиназы (сердечная фракция) – УХ, Тр, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, АТ и СК-МВ во всех группах. ( $p < 0,05$ ), кроме контрольной

В результате исследования сыворотки крови у больных с пневмокониозом (при силикозе от воздействия кремнесодержащей пыли), установлено, что уровень миелопероксидазы достоверно увеличен по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). В группах больных силикозом в сочетании с артериальной гипертензией выявлено достоверное повышение вазопрессорного фактора эндотелина-1, свидетельствующее о выраженном нарушении сосудодвигательной функции эндотелия с преобладанием вазоконстрикции. На выраженное повреждение сосудистой стенки у больных силикозом в сочетании с АГ указывал высокий уровень в крови больных эндотелина-1, ФНО- $\alpha$ , интерлейкина 8, что указывало на секрецию ими протеаз, повреждающих эндотелий, вызывающих местные воспалительные реакции и внеклеточный фиброз, ведущих к снижению эластических свойств сосудов и, следовательно, к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений.

**Выводы:** 1. Необходим дифференцированный подход к изучению условий труда в горнорудной промышленности, исходя из реальных производственных ситуаций, используя широкий комплекс медико-биологических показателей состояния здоровья работающих, вероятностную оценку негативных последствий воздействия факторов рабочей среды на здоровье работников этого сектора.

2. При проведении диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий у шахтеров с пылевой патологией легких необходимо учитывать наличие сопутствующих болезней системы кровообращения (артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца), которые отягощают течение профессиональной патологии.

3. Уменьшение риска развития профессиональных заболеваний в горно-металлургических производствах возможно за счет проведению мероприятий технологического и санитарно-технического характера, а также обеспечению

высокого уровня медицинского обслуживания, ранней диагностики, реабилитации и вторичной профилактики.

4. Учитывая влияние вредных производственных факторов на риск развития болезней системы кровообращения, таких как длительный стаж работы в подземных пылевых условиях, высокие уровни запыленности рабочей зоны, необходимо при достижении определенного вредного стажа, пылевой нагрузки или при развитии профессиональной патологии органов дыхания рекомендовать прекращение работы в контакте с промышленными аэрозолями и в подземных условиях.

#### **Используемая литература:**

1. Бабанов С.А., Бараева Р. Профессиональные поражения сердечно-сосудистой системы // Врач. – 2015. - № 3. – С. 7-10.
2. Байдина А.С., Зайцева Н.В., Костарев В.Г., Устинова О.Ю. Артериальная гипертензия и факторы сердечно-сосудистого риска у работников подземной добычи рудных ископаемых // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. - №11. – С.945-949.
3. Горшков А.Ю., Федорович А.А., Драпкина О.М. Дисфункция эндотелия при артериальной гипертензии: причина или следствие? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т.18, №6. – С.62-68.

### **ГИПЕРДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

*Тожибоев Д.И, Тождалиев Б.Х, Алиев Э.Н*

*Ферганской медицинской институт общественного здоровья*

Проблема гипердиагностики туберкулеза (ТБ) на этапе обследования в учреждениях общей лечебной сети и поликлинических отделениях фтизиатрической службы остается крайне актуальной, поскольку приводит к госпитализации в специализированные противотуберкулезные отделения, затягивая своевременную верификацию диагноза и повышая риск суперинфекции. В настоящее время сложность выявления ТБ на территории Донбасса заключается прежде всего в проведении боевых действий, что способствует снижению количества обращений, уменьшению численности медицинских работников и снижению материально-технических ресурсов для диагностики и лечения. Все выческа званное, включая свойственную на ранних стадиях ТБ малосимптомность клинической картины, обуславливает сложности в дифференциальной диагностике и чрезмерную настороженность практических врачей, особенно при упоминании о ранее

перенесенном ТБ, ВИЧ-инфекции, сахарном диабете.

Больные ВИЧ-инфекцией, особенно на стадии глубокой иммуносупрессии, являются наиболее уязвимым контингентом в плане диагностических ошибок, что обусловлено возможностью одновременного развития целого ряда оппортунистических заболеваний, которые могут не только «маскировать» ТБ в силу более ярких клинических проявлений, но и приводить к его гипердиагностике ввиду схожести клинико-лучевой картины. Считается, что одной из наиболее частых диагностических ошибок при патологических изменениях в легких является как раз гипердиагностика ТБ, что обусловлено отсутствием должного внимания к анамнезу и особенностям течения заболевания, невыполнением всего объема лечебно-диагностических мероприятий, ложноположительными результатами микроскопического исследования мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий (КУМ), ограниченными возможностями гистологической верификации. Цель исследования: установить причины расхождения предварительного и заключительного клинических диагнозов у больных, поступивших в противотуберкулезное стационарное отделение, определить пути повышения диагностики ТБ на догоспитальном этапе.

#### **Материалы и методы:**

Проведен ретроспективный анализ 130 медицинских карт стационарных больных, поступивших на лечение в легочно-туберкулезное отделение Республиканской клинической туберкулезной больницы (РКТБ) г. Донецка в 2014-2022 гг., у которых после дополнительного обследования активный ТБ был исключен. С учетом большого числа пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ-) и существенного влияния ВИЧ-инфекции на клинико-лабораторную картину ТБ пациенты были разделены на группы: ВИЧ-негативные (1-я группа,  $n = 77$ ) и ВИЧ-позитивные (2-я группа,  $n = 53$ ). В обеих группах преобладали мужчины: 48/77 (62,3%) и 29/53 (54,7%), ВИЧ-негативные пациенты были статистически значимо старше:  $55,5 \pm 2,8$  и  $43,3 \pm 1,4$  года,  $p < 0,001$ , медианы койко-дней (к/д) пребывания в стационаре до установления заключительного клинического диагноза составили в группах 13 и 11 к/д соответственно. Всем пациентам проводили рутинное лабораторное обследование, для выявления бактерио выделения выполняли микроскопию мокроты на КУМ-посев в аппарате ВАСТЕС 960 MGIT и на среду Левенштейна – Йенсена. По показаниям применяли молекулярно-генетический метод GeenXpertMT/Rif (GeenXpert) для поиска ДНКМБТ в биологическом материале (мокрота, ликвор), компьютерную томографию (КТ) органов

грудной клетки (ОГК) и головного мозга (ГМ), фибробронхоскопию (ФБС) с получением бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Статистический анализ проводили с использованием пакета MedStat [4]. В случае нормального распределения вычисляли средние значения, различия между группами оценивали при помощи критерия Стьюдента, при распределении, отличном от нормального, данные представляли в виде медианы. Частоту встречаемости признака представляли в процентах, различия определяли с помощью точного метода Фишера.

### Выводы

1. Основными причинами гипердиагностики ТБ легких на догоспитальном этапе, общими для обеих групп, являлось недостаточное внимание к данным анамнеза и клинической картины заболевания, неполное выполнение объема обследований, в частности диагностической ФБС, КТ ОГК, консультаций узких специалистов, игнорирование результатов предварительного лечения и отсутствие контрольного лучевого обследования. Для ВИЧ-негативных больных имело значение выявление бактериовыделения, которое не подтвердилось в противотуберкулезном диспансере: 25 случаев из 47 микроскопий (53,2%).

2. На догоспитальном этапе наиболее часто за ТБ легких принимали пневмонию и онкологическую патологию: 33,8 и 27,3% в группе ВИЧ-негативных пациентов и 51,7 и 24,1% – в группе ВИЧ-позитивных. Из 106 пациентов обеих групп, госпитализированных с предполагаемым ТБ легких, после первичного осмотра и анализа представленной медицинской документации у 79 (74,5%) диагноз вызывал сомнение из-за отсутствия характерных анамнестических и клинико-рентгенологических признаков. Сложности в уточнении диагноза, из-за которых пришлось проводить терапию противотуберкулезными препаратами в течение 1-3 мес., возникли у 15 (19,5%) ВИЧ-негативных и у 3 (10,3%) ВИЧ-позитивных пациентов. 3. Из 29 ВИЧ-позитивных пациентов с предварительным диагнозом туберкулеза легких у 8 (27,6%) диагностировали пневмоцистную пневмонию, имеющую достаточно характерную клинико-рентгенологическую картину. В таких случаях лечение пневмонии следует проводить вне стен противотуберкулезного учреждения.

4. Причинами гипердиагностики ТМ у ВИЧ-позитивных лиц является недостаточный охват нейровизуализацией, генно-молекулярным исследованием ликвора и серодиагностикой крови (ликвора).

Из 24 пациентов с предполагаемым ТМ повторное исследование ликвора, лучевое обследование ОГК и головного мозга, анализ рентгенологического

архива позволили у 17 (70,8%) человек снять диагноз туберкулезного менингита без специфической тест-терапии. Одним из поводов для сомнения в туберкулезной этиологии поражения ЦНС являлось отсутствие активного ТБ легких.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Мемджанова А.Н., Турсунова М.У., Махмудов Н.И.  
Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан*

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) и актуальность интенсивной терапии (ИТ) не вызывает сомнения в связи с сохранением высокой степени летальности на госпитальном этапе лечения, а также в связи с высокой степенью инвалидизации как исход ТЧМТ. Однако на данный момент существует ряд особенностей ведения данной категории больных и остается малорешенным вопрос специфической терапии легочных осложнений, в особенности вызванных госпитальными штаммами инфекций. Особую актуальность данная проблема составляет в нейрореаниматологии, поскольку высок процент больных длительно находящихся на ИВЛ. Как известно, ТЧМТ всегда сопровождается расстройствами газообмена, которые связаны как с нарушением центральных механизмов регуляции дыхания, так и с паренхиматозными легочными осложнениями. Однако, пневмония, связанная с проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), относится к тяжелому осложнению, частота которого колеблется от 9 до 70%, а летальность – от 25 до 70% (Fabregas N. et al., 1996; Fagon J. et al., 2005). У больных, которым проводилось ИВЛ (до внедрения в практику бактериологических фильтров), летальность от пневмонии была значительно выше, чем у пациентов, находившихся на спонтанном дыхании. (Fagon J. et al., 1993). Существует прямая зависимость между частотой возникновения пневмонии и длительностью ИВЛ (Гельфанд Б. Р. И соавт., 2000).

Многоцентровое исследование преобладания инфекций, проведенное в 17 странах Европы на 9565 пациентах, показало, что в ОИТ нозокомиальная пневмония занимает первое место среди всех инфекционных осложнений (47%). В то время как в отделениях общего профиля частота развития НП не превышает 6,5-0,7%, в ОИТ этот показатель составляет, по разным данным, от 15 до 40% (Fagon J.Y., Chastre J. et al., 1996; Гельфанд Б.Р., Белоцерковский Б.З., 1998). **Цель:** проанализировать особенности развития, этиологии и лечения госпитальной пневмонии (ГП) у больных с тяжелыми черепно – мозговыми травмами (ТЧМТ).

**Методы и результаты:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных госпитализированных в реанимационное отделение ФФРНЦЭМП за период 2022-2023 годов. Всего за 2022 год было госпитализировано 33 больных с ТЧМТ различной тяжести, из них 28 мужчин, что составляет 84,8%, и 5 женщин (15,2%). В 2007 году было госпитализировано всего 35 человек, из них 31 мужчина (88,6%, и 4 женщин (11,4%). Средний возраст больных составил  $44,3 \pm 2,3$  года.

Состояние больных по комплексу патологии и по шкале Глазго во всех случаях оценивалось как тяжелое.

Особого внимания заслуживают показатели летальности больных, госпитализированных по поводу ТЧМТ. Так в 2022 году этот показатель составил 18 случаев или 54% от общего числа больных, и в 2023 году отмечено снижение этого показателя до 45,7%, то есть 16 случаев из 35 госпитализированных.

Все госпитализированные больные находились под бактериологическим мониторингом стационарной пневмонии. Диагноз «пневмония» был поставлен на основании клинической картины, рентгенологических данных (инфильтрат в легком) и общего анализа крови, свидетельствующего о наличии активного воспалительного процесса. У всех больных в соответствии с развитием патологического процесса в легких был взят смыв из трахеи на бактериологическое исследование и на последующем этапе исследования запланировано расшифровка микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний.

По многочисленным литературным данным столь серьезные последствия НП, связанной с ИВЛ, в особенности у пациентов с ТЧМТ, связаны с тем, что легочная инфекция является осложнением уже имеющегося у больного критического состояния, потребовавшего применения жизнеспасительного замещения функции дыхания. Очевидно, что оптимизация диагностики, антимикробного лечения и профилактики НПивл способна существенно улучшить прогноз у этой группы больных с этим тяжелым инфекционным осложнением.

Проблема нозокомиальной пневмонии интенсивно разрабатывается как у нас в стране, так и за рубежом. Однако, как свидетельствуют неблагоприятные результаты лечения, она далека от разрешения. К основным "белым пятнам" вопроса можно отнести следующее

- 1) Отсутствуют четкие представления о диагностической значимости различных методов выявления НП, не разработан алгоритм диагностического поиска у больных с подозрением на НП;

- 2) Представления о спектре возбудителей НП, полученные при исследованиях у пациентов ОИТ "общего" профиля, не могут быть целиком перенесены на больных с ТЧМТ. Кроме того, даже в различных хирургических учреждениях микробный спектр возбудителей и их антибиотикорезистентность имеют свои особенности; микробный "пейзаж" ОИТ также неодинаков в разных стационарах.

## РЕВМАТОИДНЫЙ ПОЛИАРТРИТ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

*Умирзаков О.Э. Турсиналиев У.И.: студент 2920 гр*

*Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения*

Выявление особенностей суставного синдрома при ревматоидном артрите (РА) у лиц пожилого возраста, ранняя диагностика заболеваний, улучшение качества жизни, заболевания и снижение инвалидизации

**Цель работы.** Изучение особенностей суставного синдрома при заболевании РА на основе клинико-лабораторных и инструментальных симптомов и определения степени тяжести.

### **Материал и методы испытаний.**

. Под наблюдением и обследованием находилось 88 пациентов: 63 женщины (71,6%), 25 мужчин (28,4%). Возраст больных 16-73 года (средний -  $42,1 \pm 1,3$  года), длительность заболевания - от 6 мес до 30 лет (средний -  $6,5 \pm 0,5$  года).

По возрасту все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу 48 больных в возрасте 60-73 лет (средний возраст -  $69,5 \pm 2,2$  года): 32 женщины, 16 мужчин. Во вторую группу вошли 40 пациентов в возрасте от 16 до 59 лет (средний возраст  $34,2 \pm 3,2$  года): 31 женщина, 9 мужчин.

1. В контрольной группе было 40 больных, их возраст колебался от 16 до 59 лет (средний - 34,2 года).

2. В основной группе было 48 больных, их возраст был в пределах 60-73 лет (средний - 69,5 лет).

Из 40 пациентов контрольной группы 31 женщина, 77,5%, и 9 мужчин, 22,5%. В контрольной группе соотношение женщины/мужчин составляет -3,4/1.

В основной группе из 48 больных было 32 женщины (66,6%), мужчины — 16 (33,3%). Соотношение женщины/мужчины в основной группе голосово 1,9/1.

### **Полученные результаты и анализ..**

По предварительным данным, РА в 4 случаях чаще встречается у пациентов раннего и среднего возраста, чем у мужчин. У лиц пожилого и старческого возраста частота заболеваний среди полами снижается, причем у женщин встречается в 1,9 раза чаще, чем у мужчин. У больных старше 60 лет развивается поражение суставов - височно-нижнечелюстного, плечевого, тазобедренного, коленного, позвоночника встречается в 1,2-1,9 раза чаще, чем у больных молодого возраста, что возникает у больных физическими и тяжелыми заболеваниями, характер ограничивающих их деятельности, нуждающихся в помощи других и делающих их инвалидами. Количественные показатели течения суставного синдрома - продолжительность утренней скованности суставов, индекс П. Ли, боль по ВАШ, количество пораженных суставов, функциональная проба П. Ли и

манипулятивная склонность к обострению заболеваний. У больных старше 60 лет III и IV стадии болезни Штейнброекера выявляют у 80,2% больных, в 1,8 раза чаще у больных до 60 лет. У людей старше 60 лет выбор активности, развитие, клиническое течение РА, рентгенологическую стадию и функциональное состояние пораженных суставов, рекомендуется раннее назначение противовоспалительных препаратов, стероидов и базовых препаратов (сульфасалазин, метотрексат, лефуламид), перераты кальция. . «Положительные» результаты после стационарного лечения РА у больных с длительным течением заболеваний (5-10 лет) и отсутствием учета изменений функций суставов, «Очень хорошие результаты» при длительном течении заболеваний (до 5 лет)

Результаты получены у пациентов с хроническим РА более 15 лет, с нарушением функций суставов III степени, инвалидами и лицами, постоянно нуждающимися в поддержке голеностопного сустава. При анализе по возрасту положительные результаты отмечены у больных моложе 60 лет, отрицательные - у больных старше 60 лет.

## **РОЛЬ ВЫБРОСОВ АВТОТРАНСПОРТА В ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.**

*Ф.Т. Абдувалиева*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

### **Аннотация**

В статье рассмотрена оценка экологичности топлива в автомобилях для предотвращения загрязнения воздуха. Анализированы требования к автомобильному топливу, **2-й, 3-й, 4-й и 5-й экологический класс.**

**Ключевые слова:** *загрязнения атмосферы, онкологические заболевания, автомобиль, экологический класс, кислород содержащий компонент, октановое число, экспресс метод.*

На всех стадиях своего развития человек был тесно связан с окружающим миром. В последнее десятилетие антропогенные факторы загрязнения атмосферы стали особа опасными, к основным источникам загрязнения относится: транспорт, промышленные предприятия, теплоэнергетика и др.

В выхлопах двигателей внутреннего сгорания содержатся окись углерода, окись азота, углеводороды, альдегиды, сажа, бенз(а)пирен и тяжелые пыли металла. Окись углерода попадая в кровь, так действует на красные кровяные шарики- эритроциты, что они теряют способность транспортировать кислород. В результате наступает кислородное голодание, что прежде всего сказывается на центральной нервной системе. Когда мы вдыхаем окислы азота, они в дыхательных путях соединяются с водой и образуют азотную и азотистую

кислоту. В результате возникают не только раздражения слизистых, но и весьма тяжёлые заболевания. Считается, что окислы азота в 10 раз опаснее для организма, чем окись углерода.

Специалисты установили, что один легковой автомобиль ежегодно поглощает из атмосферы в среднем более 4т. кислорода, выбрасывая с отработанными газами примерно 800 кг. оксида углерода, около 40 кг окислов азота и почти 200 кг различных углеродов.

Стоит заметить, что в Узбекистане, да и на всей территории СНГ действуют требования к автомобильному топливу (и к судовому, и к реактивному), согласно которому горючее классифицируется на **2-й, 3-й, 4-й и 5-й экологический класс**. Причем не стоит относить эти цифры к октановому числу. Например, Аи-98 может иметь **экологический класс** всего 3, а Аи 95 – 5-й. И разница тут не только в стоимости, хотя для нас это наиболее важный аспект, разница в количестве присадок (эфирных и азотсодержащих), а также в количестве серы. И чем меньше их в топливе, тем менее токсичен выхлоп авто для окружающей среды и наоборот. Кстати, тех, кого мало интересует окружающая среда, можно огорчить другим способом – чем ниже класс, тем быстрее выходят узлы двигателя и его систем из строя. Повышенное содержание серы согласно действующего техрегламента предусмотрено, что для топлива 2-го экологического класса содержание серы может достигать до 500 мг на 1 кг, а объемная доля ММА (монометиланилина) не должна превышать 1.3%. Для бензина и солярки 3-го класса – до 150 мг/кг серы и до 1% ММА. 4-й класс – 50 мг/кг и так же 1% ММА. Самое экологичное топливо на сегодняшний день – 5-й экологический класс содержит не более 10 мг/кг серы, а ММА в нем вообще не должно быть.

Бензины АИ-95 и АИ-98 обычно получают с добавлением кислородсодержащих компонентов: метилтретбутилового эфира (МТБЭ) или его смеси с третбутиловым спиртом (ТБС), получившей название Фэтерол — торговое название «Октан-115». Недостаток всех этих компонентов заключается в том, что в жаркую погоду эфир из бензина улетучивается, что вызывает уменьшение октанового числа бензина.

При невнимательной покупке бензина можно распространит вредных газов в окружающую среду в итоге у населения развивается респираторные и онкологические заболевания. Одним из важнейших направлений гигиены атмосферного воздуха является изучение и оценка изменений состояний здоровья населения при воздействии загрязнения атмосферного воздуха. В результате многочисленных исследований оценена потенциальная роль вредных действию загрязнению атмосферного воздуха в распространение основных категорий заболеваний населения: сердечно-сосудистых заболеваний, рак, респираторных заболеваний, инфекционных заболевания и отравления.

Инородные частицы наносят значительный вред респираторной системе. Развитие патологического процесса в легких зависит от таких факторов, как концентрация пыли, размер частиц, их свойства, характер воздействия, температура и влажность воздуха, а также индивидуальная чувствительность организма.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что выхлопных газы автотранспорта изменяет состояния здоровья населения.

#### **Использованная литература:**

1. Авалиани С.Л., Буштуева К.А. «Гигиена и санитария» -2002- №6 стр. 21-25.
2. Искандарова Ш.Т., Убайдуллаев Р. "Руководство по контроль за загрязнением атмосферного воздуха и методика изучения здоровья населения", Т., 1995
3. Искандарова Ш.Т." Охрана атмосферного воздуха и здоровья населения в Республике Узбекистан, Т., 2000
4. Абдувалиева Ф.Т., Эргашев Р.Н. «Актуальные вопросы современной пульмонологии», М., 2016

### **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.**

*Абдувалиев А.С. студент ФМИОЗ Лечебное дело 2621 группа  
Ахунбаев О.А. научный руководитель*

**Цель исследования:** Улучшение результатов диагностики и оптимизация ведения у больных пациентов как анемия протекает хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). ХОБЛ традиционно могут оказывать влияние на эритропоэтин и привести к анемии хронического заболевания.

**Актуальность темы:** Современная концепция хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) трактует ее как заболевание с системными проявлениями, при котором поражение легких рассматривается как один из компонентов болезни[1]. Распространенность анемии у больных ХОБЛ составляла 23,1%, что было сопоставимо с распространенностью анемии, которую выявили у пациентов с ХСН (23,3%). Изучены когорты больных ХОБЛ (n - 2524), получавших длительную кислородотерапию в домашних условиях, доля пациентов с анемией составила 12,6%, среди мужчин и 8,2% среди женщин, а доля больных с полицитемией — лишь 8,4%.[2]

**Материалы и методы.** Изучение статистических данных ФФ РМЦЭП и анализ научной литературы.

**Результаты и обсуждение.** В определении ХОБЛ появились новые положения: 1) заболевание можно предупредить и лечить; 2) заболевание имеет системные проявления. В развитии экстрапульмональных эффектов при ХОБЛ большое значение уделяется роли системного воспаления. Системные эффекты при ХОБЛ затрагивают организм в целом. Поскольку хроническая обструктивная болезнь легких обычно развивается у длительно курящих лиц в среднем возрасте, такие пациенты часто страдают другими заболеваниями, связанными или с курением, или с возрастом. Изменяется питательный статус: повышаются энергозатраты в состоянии покоя, нарушается метаболизм аминокислот, композиция тела больного ХОБЛ становится абнормальной. Возникает дисфункция скелетных мышц: развивается их гипотрофия и атрофия, нарушаются функциональные возможности. Выделяют четыре основных компонента патофизиологии ХОБЛ: воспаление дыхательных путей, нарушения мукоцилиарного транспорта (МЦТ), обструкция дыхательных путей, структурные изменения в них (ремоделирование) с поражением паренхимы легких и системные эффекты — эндокринная дисфункция и дисфункция скелетных мышц (с их атрофией), снижение физической активности и массы тела, анемия, остеопороз [3]. Механизмы, лежащие в основе данных системных проявлений, достаточно многообразны и пока изучены недостаточно. В практической деятельности врачи в основном сталкиваются с больными ХОБЛ, уже отягощенными системными воспалительными процессами, т. е. большинство из них являются инвалидами из-за резкого снижения толерантности к физической нагрузке и одышки [4]. В последнее время большое внимание врачей и исследователей привлекли «вторичные» анемии, сопровождающие различные заболевания [5]: опухоли, инфекции, системные васкулиты (системная красная волчанка, ревматоидный артрит). В широком диапазоне заболеваний сопутствующая анемия все более и более признается фактором риска, связанным с увеличенной смертностью. В последнее время обычно употребляют термин «анемии хронических заболеваний». Вторичные анемии встречаются при различных заболеваниях внутренних органов. Изменения метаболизма железа характеризуются перераспределительным дефицитом железа (снижение сывороточного железа, трансферрина, и повышение содержания сывороточного ферритина). В ряде случаев при наличии тех или иных заболеваний наблюдаются микрокровопотери [3] [6];. Нередко при анемии хронических заболеваний нарушаются процессы усвоения железа; так, например, всасывание железа снижается при лихорадке; может быть заблокирован переход железа из ретикулоэндотелиальных клеток в эритробласты костного мозга или повышено потребление железа при активации ПОЛ неэритроидными клетками и бактериями. Эти факторы можно сгруппировать следующим образом: •повышенное потребление железа неэритроидными клетками, в том числе бактериями,

•активация ингибиторов эритропоэза, •внутрисосудистый гемолиз, обусловленный ДВС-синдромом, •кровопотери [7]. Существует две теории возникновения анемий хронических заболеваний. Одна теория состоит в том, что анемия развивается в связи с отсутствием возможности адекватного ответа на эритропоэтин, альтернативная теория состоит в том, что воспаление вызывает изменение в рециркуляции железа – «reticuloendothelial блок». Интерлейкин-6 рассматривается как центральный посредник анемии хронической болезни (в диапазоне воспалительных заболеваний), он провоцирует «ретикулоэндотелиальный блок» железа, блокирует транспорт железа из двенадцатиперстной кишки. ХОБЛ традиционно рассматривается как одна из важнейших причин полицитемии, однако в недавно выполненных исследованиях показано, что анемия также нередко встречается у больных ХОБЛ [8] [9].

**Выводы.** Хроническая обструктивная болезнь легких может сопровождаться анемией, которая вызывает комплекс патогенетических и клинических синдромов, ухудшающих прогноз и течение основного заболевания. Основной причиной анемии у больных ХОБЛ является системное воспаление. Сывороточные цитокины и хемокины могут нарушать основные этапы гемопоэза, возможными механизмами анемии при ХОБЛ являются укорочение времени жизни эритроцитов, нарушение мобилизации и утилизации железа нарушение ответа костного мозга на эритропоэтин [10]. Интересной находкой явился факт, что сывороточный уровень эритропоэтина у больных с анемией в 3 раза превышал таковой у больных без анемии. Была выявлена обратная корреляция между уровнями гемоглобина и эритропоэтина, что свидетельствует о наличии резистентности к эритропоэтину, т.е. налицо характерная черта анемий хронических заболеваний. В исследовании включавшем 101 больного ХОБЛ анемия была выявлена у 13% больных [11]. Stanbrook с соавт. исследовали распространенность анемии в больных хронической обструктивной болезнью легких.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные фармакотерапии ХОБЛ, остается целый ряд нерешенных вопросов по формированию протоколов лечения больных с сопутствующими заболеваниями и системными проявлениями, включая анемический синдром. Медикаментозная терапия при сочетанном течении анемии и ХОБЛ относится к числу актуальных задач медицины внутренних болезней [6] [11]. В настоящее время отсутствуют сведения о характере течения заболевания на фоне анемии, не разработаны принципы и тактика лечения больных с анемическим синдромом, что не позволяет реализовать все возможности управления этим тяжелым хроническим заболеванием.

**Список литературы.** 1. Авдеев, С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание/

С.Н.Авдеев // Пульмонология. 2007.-№2.- С.11-16.

2. Анемия является одним из серьезных осложнений хронической почечной недостаточности (ХПН), влияющих на качество жизни и общую выживаемость больных/Ю. С. Милованов [и др.]// Лечащий врач.- 2005. -№7.-С.45-50.
3. Архипов, В.В. Хроническая обструктивная болезнь легких / В.В. Архипов //Пульмонология. – 2010.-№4.-С.99-104.
4. Атлас гематологии / под ред. Ш. Андерсон.- М. Логосфера, 2007.
5. Гемореологические нарушения у больных с анемией хронических заболеваний / Л.А.Лукина [и др.]//Гематология и трансфузиология. -2005. - № 6. - С.17.
6. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ./ под ред. А.Г. Чучалина. - М.: Издательский дом Атмосфера, 2007. - 96с.
7. Дроздова, М.Ф. Заболевания крови/ М.Ф.Дроздова - М., 2010.- 180с.
8. Ноников, В.Е.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ):диагностика и лечение / В.Е. Ноников //Пульмонология.- 2004.- Т.6, №5. - С.12-17.
9. Овчаренко, С.И. Новые достижения в лечении хронической обструктивной болезни лёгких (результаты исследования UPLIFT) / С.И. Овчаренко, В.А. Капустина //Фарматека. 2009.- №5.- С.33-38.
10. Основы клинической гематологии/ под ред. В.Г Радченко. - СПб, 2003.
11. Провоторов, В. М. Роль и место эритроцитов в системе направленного транспорта различных фармакологических средств/ В. М. Провоторов, Г. А. Иванова // Клиническая медицина.-2009. - №9.- С.54-56.

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РЕЖИМЕ ИВЛ**

***Махмудов Н.И., Йулдашев Ш.М., Ортиков А.Б.  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
Ферганского филиала РНЦЭМП***

Всякое внедрение в науку и практику влечет за собой новые проблемы и вопросы, всякий этап социально-экономического развития имеет свои особенности и трудности. Так, в век развития техники и технологий, в том числе и медицины, на первый план по грозности и серьезности среди проблем современного здравоохранения завоевала внутрибольничная, или нозокомиальная инфекция. Прогресс современной медицины во многом связан с успехом в борьбе с внутрибольничной инфекцией. Различные инфекционные осложнения значительно увеличивают длительность и стоимость стационарного лечения, а также остаются

частой причиной смерти госпитализированных больных.

По данным мировой статистики, нозокомиальная пневмония занимает третье место в структуре всех госпитальных осложнений, и позиционирует после инфекций мягких тканей и мочевыводящих путей и составляя до 15-18%. НП значительно увеличивает длительность и стоимость стационарного лечения и связана с высокой летальностью. Если у больных с нозокомиальными инфекциями мягких тканей и мочевыводящих путей летальность колеблется в пределах от 1 до 4%, то в случае НП она составляет 20-50% или даже более в зависимости от основного заболевания, возбудителя и адекватности лечебной тактики. При этом в 33-70% случаев летальные исходы непосредственно связаны с НП.

Нозокомиальная пневмония является частым и сопряженным с высокой летальностью осложнением, особенно при проведении длительной вентиляции легких (в англоязычной литературе пользуются термином ventilator-associated pneumonia, VAP). Диагноз «нозокомиальная пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких или нозокомиальная пневмония развившаяся во время ИВЛ, диагностировалась если её клинико-рентгенологические признаки появлялись не ранее, чем через 24 час с момента начала ИВЛ.

Частота развития НП при проведении длительной ИВЛ достигает 65%, а летальность пациентов с нозокомиальной пневмонией -40-80%. Столь серьезные последствия НП, связанной с ИВЛ, в особенности у хирургических пациентов, связаны с тем, что легочная инфекция является осложнением уже имеющегося у больного критического состояния, потребовавшего применения жизнеспасительного замещения функции дыхания.

Частота развития НПивл зависит от популяции больных, длительности ИВЛ и использованных диагностических критериев. По данным многоцентрового исследования, проведенного в Европе, частота НПивл после плановых операций в среднем составляет 6%, у больных травматологического профиля - 19%. Частота возникновения пневмонии при проведении ИВЛ у больных с респираторным дистресс-синдромом наиболее высока и достигает 55%, в то время как при отсутствии этой формы дыхательной недостаточности, но с иммунодефицитными состояниями различного генеза до 22%. По данным наших исследований, у хирургических больных, оперированных в экстренном порядке по поводу различных гнойно-воспалительных и деструктивных заболеваний органов брюшной полости, при проведении длительной ИВЛ пневмония развивается в 34, 5% случаев. Следует отметить, что у пациентов, которым не проводили длительную ИВЛ частота развития пневмонии не превысила 15%.

У 107 пациентов из 190 (56,3%) пневмония развилась в течении первых 4 суток ИВЛ и охарактеризована как «ранняя». У 83 пациентов (43,7%) пневмония манифестировала позже этого срока и расценивалась как «поздняя».

Выделяют следующие факторы риска развития пневмоний, в том числе их нозокомиальных форм, у хирургических больных:

- длительность ИВЛ более 72 часов;
- повторные оперативные вмешательства;
- неадекватность предшествующей антибактериальной терапии;
- абдоминальный сепсис;
- хронические заболевания легких;
- экстренная операция;
- несовершенство констрикции дыхательного аппарата;
- повторная госпитализация в течение 6 месяцев;

За период 2018-2022 гг. в ОРИТ ФФРНЦЭМ на длительном ИВЛ находилось 24 больных после абдоминальной хирургических вмешательств которые находились на ИВЛ более 3-х суток. Из них 6 больных оперированы по поводу перитонитов, связанных с перфорацией язвы 12 перстной кишки, 4 с гангренозно-перфоративным холецистит, 3 с травматическими повреждениями кишечника, 5 с тотальным панкреонекрозом, 2 с разрывом нагноившейся эхинококковой кисты печени и 4 с аппендикулярным перитонитом.

У всех больных было взято смыв из трахеи и мокрота для бактериологического исследования и получены следующие результаты: при посеве мокроты обнаружилось у 3 больных *Klebsiella pneumonia*, у 2х *Pseudomonas aeruginosa*, у 1го *Acinetobacter* spp., у 1 го *Escherichia coli*, у 1 го *Proteus mirabilis*. Для профилактики и лечения пневмонии у этих больных мы применяли цефалоспорины 3го поколения, в частности цефтриаксон в сочетании с ципрофлоксацином и метридом. Наши исследования подтвердили наличие выраженной корреляции между продолжительностью ИВЛ и развитием нозокомиальной пневмонии .

## **TERMOPSIS ( AFSONAK (LAT. THERMOPSIS)) O'SIMLIGI VA PREPARATINING O'PKA VA NAFAS YO'LLARI KASALLIKLARIDA FOYDALI XUSUSIYATLARI**

*Abdujabborova Charosxon Sanjarbek qizi*  
*Farg'na jamoat salomatligi tibbiyot instituti*  
*Xalq tabobati va farmakologiya kafedrasi o'qituvchisi*

**Annotatsiya:** Ushbu tezisdagi O'zbekistonda uchraydigan Termopsis (lat. Thermópsis) o'simligining morfologiyasi, kimyoviy tarkibi, farmakologiyasi, xalq tabobatida va zamonaviy tibbiyotda; yo'tal, o'pka va nafas yo'llari kasalliklarida qo'llanilishi to'g'risida so'z borgan.

**Kalit so'zlar:** Termopsis (Afsonak (lat. Thermópsis)), dukkaklilar (Fabaceae), kimyoviy tarkibi va foydali xususiyatlari, Farmakologiyasi va tabobatda qo'llanilishi,

Termopsis (Afsonak (lat. *Thermópsis*)) - dukkaklilar (Fabaceae) oilasiga mansub ko'p yillik o'simliklarning bir turi. Tabiiy tarqalish maydoni Shimoliy Amerika va Osiyoning Sharqiy mintaqalarida: Sibir, Himoloy, Xitoy va Yaponiyada joylashgan. Termopsis-uzun, sudraluvchi ildizpoyalari va oddiy tik poyasi bo'lgan yoqimsiz hidli ko'p yillik o'simlik. Bunday ot o'simlik lanceolate shaklidagi uch bargli kulrang-yashil barglarga ega. Barg plitalari katta barglar bilan to'ldiriladi. Sariq katta tartibsiz gullar oqlangan racemesda to'planadi. Termopsis mevasi kichik burunli chiziqli bob bilan ifodalanadi. Bunday o'simlik iyun va iyul oylarida gullaydi. Avgust oyi atrofida urug'lar pishishni boshlaydi. Termopsis Rossiyaning Janubi-g'arbidagi Volga va cho'l hududlarida uchraydi. U O'zbekistonda sho'r nam o'tloqlarni, o'tloqli yon bag'irlarni, dalalarni va dashtlarni afzal ko'radi.



### **Termopsisning kimyoviy tarkibi va foydali xususiyatlari**

Taqdim etilgan o't ko'p miqdorda odamlar uchun foydali moddalar, esterlar va alkaloidlarni o'z ichiga oladi. Termopsisga asoslangan turli xil dorilar kuchli ekspektoran ta'siriga ega. O't tarkibidagi taninlar va saponinlar inson tanasiga juda ko'p qirrali ta'sir ko'rsatadi. Bunday o'simlik qon bosimini oshirishi, ishtahani qo'zg'atishi, bachadon ohangini oshirishi va avtonom asab tizimining tugunlarini inhibe qilishi mumkin. Anagarin tufayli o't kurarga o'xshash xususiyatlarga ega. Dorivor o'simlik infuziyalari balg'amni nafas yo'llaridan tezda olib tashlashga yordam beradi, nafas olishni rag'batlantiradi va periferik tomirlarning spazmlarini engillashtiradi. Ushbu quruq o'simlikning kukuni insektitsid ta'sirini keltirib chiqaradi. Termopsis kabi o'tlar anthelmintic sifatida samarali ekanligi isbotlangan. Zamonaviy shifokorlar o'tni nafaqat pnevmoniya va bronxit uchun, balki isitma, gripp, bosh og'rig'i va ichak atoniyasi uchun ham buyuradilar.

### **Farmakologiyasi va tabobatda qo'llanilishi**

Har qanday o'simlik infuziyalari va damlamalari balg'amni yo'q qilishga aniq ogohlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Bu bronxial bezlarning sekretor funksiyalarining ko'payishi, sekretiyaning evakuatsiya qilishni tezlashtirish va eng kichik siliyer epiteliyning faolligini oshirish, shuningdek vagotrop ta'sir tufayli silliq mushaklarning ohangini oshirish bilan namoyon bo'ladi.

Termopsis kattalar uchun ham, bolalar uchun ham ko'rsatiladi. Bu ko'plab murakkab dorivor choylar va o'simlik preparatlarining bir qismi bo'lishi bejiz emas. Surunkali bronxit va pnevmoniya bilan bunday universal vositasiz qilish qiyin. 6 mg o'tga infuzionni tayyorlash uchun biz bir stakan qaynoq suv olamiz va mahsulotni taxminan sakkiz soat davomida tindirib olamiz. Uni kattalar kuniga 5 martagacha, 1 osh qoshiqda ichishlari kerak. Bolalar dozasi kuniga uch martadan ko'p bo'lmagan 1 osh qoshiq.

Ko'pincha past qon bosimi uchun termopsis preparatlari buyuriladi, shu bilan birga maxsus adrenergik ta'sir mexanizmlari tufayli ular buyrak usti bezlari faoliyatini kuchaytiradi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, o'simlikning ganglion blokirovka qiluvchi xususiyatlari. Termopsisga asoslangan dorivor preparatlarni buyurishda ehtiyot bo'lish tavsiya etiladi, chunki termopsis kuchli hisoblanadigan modda.

### **Yo'tal uchun termopsis preparati**

Termopsisga asoslangan mashhur yo'tal tabletkalari zamonaviy dorilar mavjudligiga qaramay, o'n yildan ortiq vaqt davomida muvaffaqiyatli ishlatilgan. Bunday ajoyib ekspektoran bronxopulmoner tizimning turli kasalliklari uchun ko'rsatiladi.

Og'iz orqali qabul qilinganda, bu tabletkalar oshqozon-ichak traktining o'zida so'riladi, so'ngra darhol qonga va traxeya va bronxlarning shilliq qavatiga kirib, kuchli tirnash xususiyati beruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Bu qalin bronxial sekretsianing refleks sekretsiasini keltirib chiqaradi. Bronxial mushaklarning motor faolligi ham kuchayadi, bu ekspektoratsiyaga va patogen balg'amni to'liq olib tashlashga yordam beradi. Natriy tabletkalari tarkibidagi bikarbonat tufayli ular balg'amning yopishqoqligini sezilarli darajada kamaytiradi. Termopsis samarasiz quruq yo'tal uchun ham ko'rsatiladi.

## **BRONXIAL ASTMA KASSALLIGINI TASHXISLASHDA LABORATOR TAHLILLARINING ROLI**

*Nematov O'.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

Noqulay havo muhitlaridan nafas olish oqibatida Bronxial astma kasalligi tobora ko'payib bormoqda. Astma kassalligini qanchalik erta aniqlash uni davolashni shuncha yengillashtirishini inobatga olgan holda laborator tahlillarini tashxislashda qo'llash katta ahamiyatga ega.

**Kalit so'zlar:** Bronxial astma, Laboratoriya tahlili, Eizinofillar, Echt.

**Mavzuning dolzarbligi.** Yevropa respirator jamiyati va Rossiya pulmonologlarining statistik malumotlariga ko'ra hozirgi kunda dunyo aholisining 3-4 foizi bronxial astma kasalligi bilan og'rikan. Bronxial astmaning og'ir turlari ko'payib

bormoqda. Shu sabab, bronxial astmadan o'lish hollari ham ko'paymoqda. Bu holat bronxial astma tashxisini o'z vaqtida qo'yilmasligi bilan bog'liq.

**Kirish:** Bronxial astma xurujsimon xarakterli surunkali kasallik bo'lib, uning asosida nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi va bronxlarda rivojlanadigan giperreaktivlik yotadi. Kasallikning og'ir-yengilligiga bog'liq ravishda bronx obstruksiyasi turli darajadagi nafas qisishi xurujlari bilan kechadi.

Bronxial astma turli mamlakatlarda shu yerning iqlimi, o'simliklari, ob-havosining ifloslanishi, urbanizatsiya darajasi kabi omillarga bog'liq ravishda tarqalgan.

Bronxial astmani erta tashxislashda laborator tahlillarining roli kattadir. Kasallikdan kelib chiqadigan bo'lsak bronxial astma alergik xarakterli xurujdir. Buni inobatga olgan holda organizimda alergik jarayonlar ro'y berashini ya'ni tanamiz hurujga sabab deb olgan antigenlarga qarshi immun javob reaksiyalarini vujudga keltirishini kuzatamiz.

Shu sababdan ham organizimda immunalogik ajralmalar ko'p miqdorda chiqarilishini hisobga olgan xolda organizomning turli muhitlarida alergik javob komponentlari laborator tahlillarining ptkazish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bronxial astma kasalliklarida qonda gistamin, atsetilxolin, bradikinin, S-reaktiv oqsil, Eizinofillar mixdori keskin oshib ketadi va bush oshish vaqti bishqa infeksiyon kasalliklardan farqli o'laroq bronxial astmaning xuruj davriga to'g'ri keladi.

Organizimda ECHTning oshishi kuzatiladi va bu ko'tarilish miqdori infeksiyon yallig'lanish kasalliklariga qaraganda pastroq bo'lishi bilan ajralib turadi.

Balg'am ekmalarida ko'oincha patologik mikroflora aniqlanmaydi, va mikroskop ostida ko'rilganda infeksiyon kasalliklarda bo'ladigan bakteriya, zamburug', sodda hayvonlar va ularga qarshi kurashadigan leykotsitlar, makrofaglar emas alergik javob hujayralari bo'lgan ko'plab eizinofillarni ko'rishimiz mumkun bo'ladi.

**Xulosa:** Kasallikning obyektiv, subyektiv simptomlariga laborator tekshirish natijalarini ham qo'shish bronxial astma kasalligining erta va to'g'ri diagnoz qo'yilishiga bu esa davo choralarining samaradorligiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Biror bir kasallikni to'g'ri va erta tashxislash bemor sog'ligi uchun qanchalik muhumlugini hisobga olgan olda shifokorlar kompleks tashxislashning bir bo'lagi bo'lgan laboratoriya tahlillarini unutmasliklari lozim.

## XALQ TABOBATIDA NAFAS YULLARI KASALLIKLARINI DAVOLASH (BO'ZNOCH O'SIMLIGI MISOLIDA)

*Jumanova Barno G'aniyevna*

*Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti*

*Annotatsiya:* ushbu tezida O'zbekistonda uchraydigan bo'znoch o'simligini morfologiyasi, kimyoviy tarkibi, farmakologiyasi va halq tabobatida ishlatilishi to'g'risida so'z yuritilgan

*Kalit so'zlar:* bo'znoch, holeretik, safro sekretsiyasi, bilirubin.



BO'ZNOCH (*Helichrysum arenarium* L. Moench.) Vessmertnik (Smin peschaniy)

Halq ichidagi nomi; o'lmas o't, tillabosh, grimotnik, mushukpanja, dastarbosh.

Qoqidoshlar (Asteraceae) oilasiga mansub ko'p yillik o't. Bo'yi 40-45 santimetr, poyasi qalin tuk bilan qoplangan.

Bo'znochning botanik tavsifi. Pastki barglari keng, teskari tuxumsimon, yuqoridagilari — ensiz, nashtarsimon. Guli sariq, gul savatchalari dumaloq bo'lib, poya uchida murakkab qalqonsimon to'pgul hosil qiladi. Bo'yi asosan 40-45 sm bo'ladi lekin madaniylashtirilgan bo'lsa uning bo'yi 1-1,5 metrga yetadi. Bu o'simlik asosan to'p to'p bo'lib o'sishga moslashgan bo'ladi. Iyun oxiridan sentabrgacha gullaydi.

Tarqalishi: Ozbekiston va o'rta osiyoning barcha ogyon bag'irlaridagi qiyaliklarda o'sadi, Rossiya davlatini hattoki o'rmonlarida ham uchraydi. ba'zan O'zbekistonning qumloq joylarida ham uchraydi. Biz bu o'simlikni ba'zida qumloq joylarda xam uchratamiz. Chunki unda suvsizlikka chidamlilik turlari xam bor. Botqoqlik suv yoqalarida xam uchrab turadi.

Kimyoviy tarkibi: Bo'znoch poyasi, bargi va gullarida efir moylari, oshlovchi moddalar, shuningdek karotin, S vitamin, stearin, flavonoid-naringenin, salidrozd, gelixrizin izosalpurpazid; ftalidlar va steroidlar kabi moddalarni saqlaydi.

Farmakologiyasi: Bo'znoch o'simligi holeretik o'simlik vositasi hisoblanadi. Uning gullarini damlamalaridan holeretik, holekinetik, holeretik, yallig'lanishga qarshi va antispazmolitik ta'sirga ega. Safro sekretsiyasini kuchaytiradi va undagi bilirubin miqdorini oshiradi, o't pufagining ishlash ohangini oshiradi va safroni organzmdan

chiqib ketishiga yordam beradi. O't pufagi va o't yo'llari sfinkterlarining silliq mushaklariga taskin beruvchi ta'sir ko'rsatadi, o'tning yopishqoqligi va kimyoviy tarkibini o'zgartiradi. Oshqozon shirasining sekretsiyasini rag'batlantirish va oshqozon hamda ichaklarning evakuatsiya funksiyasini sekinlashtirish orqali oshqozondagi oziq ovqatning yahshi hazm bo'lishiga yordam beradi. oshqozon osti bezini faollashtiradi, ichak qon tomirlarini kengaytiradi.

Halq tabobatida bo'znoch o'simligidan nafas yullari kasalliklarini davolashda ham keng qo'llaniladi. Biz bilamizki hozirgi zamon nafas yo'llari kasalliklari hamda COVID-19 kabi kasalliklarni davolashda turli hil antibiotiklardan foydalaniladi. va bu antibiotiklarni hojo'ya ta'sirlari natijasida immunitet tushib ketish va inson jigarini zararlantirib qo'yish holatlari uchraydi. Organizmni toksik ta'sirlardan himoya qilish maqsadida biz shunday holatlarda bemorga boznoch o'simligidan olingan damlama va qaynatmalarni tavsiya qilamiz. Bu o'simlikdan tayyorlangan turli xil dorivor ekstraktlar va dori darmonlar mavjud. Yoshi katta qariyalarimiz asosan ovqat hazm qilish qon bosimini nazorat qilishda juda xam muammolarga duch keladi. Shunday holatlarda ularga asosan tabiiy yo'l orqali tayyorlangan turli xil damlamalar va qaynatmalar foyda beradi. Demak, bo'znoch o'simligi qon bosimini pasayishi (gipotoniya)da juda yaxshi foyda beradi. Kuniga 1 maxal ushbu quritilgan o'simlik gullaridan damlab ichilsa qon bosimini meyorda saqlab turadi. Bu o'simlikni yana eng yaxshi foydali tomonlaridan biri tabobatimizda qo'llanilishi bo'yicha u qon to'xtatuvchi xam sifatida foydalaniladi. Bu o'simlikdan hazm qilish jarayoni yaxshi bo'lmagan bemorlar xam foydalansa bo'ladi. Bo'znoch o'simligidan kuniga 2-3 maxal ovqatdan oldin damlab ichilsa u hazm qilishga yordam beradi. Oshqozon, o't yo'llari, jigar ishlashida juda xam foydasi katta. Bo'znochni o'simligida asosan insonga kerakli bo'lgan vitaminlar S va K vitaminlari mavjud. Uning tarkibidagi flavonoidlar, stearin, efir moylari, inozit hamda kumarinlar juda xam kerakli bo'lgan moddalardir. Xolesistit, sarg'ayma, o't pufagiga tosh yig'ilishi kabi kasalliklarda ishlatilishini aytib o'tish joizdir.

Bo'znoch o'simligi o'z kimyoviy tarkibida o'chraydigan flavanoidlar va kumarinlar hisobiga hech qaysi dori vositasi ham qila olmagan ishni qiladi yani o't va jigar kasalliklarida organizmni sarg'ayib ketish kabi holatlarda sariqlikni oldini oladi va davolaydi.

Xulosa: Yuqorida o'rganilganlardan shuni hulosa qilish mumkinki bo'znoch o'simligini halq tabobatida nafas yullari kasalliklarini davolashda va bu kasalliklarni davolash davomidagi nojo'ya ta'sirlarni davolashda ko'p qollanilmoqda va bu bizdan juda ko'p izlanish va o'rganishlarni talab qiladi va go'zal tabiatimizni o'zi tabibliгинi bizga yana bir bor eslatadi.

## **OZON TERAPIYANING XALQ TABOBATIDAGI AHAMIYATI**

*Abduhalilov Zikrillo Abdullo og`li*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

*Farmatsiya yo`nalishi 1-kurs 70/23-guruh talabasi*

*Ilmiy rahbar: Raximova Xusnidaxon Abdukarimovna*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

*Xalq tabobati va farmakologiya kafedrasida asssenti*

**Annotatsiya:** Ushbu tezis yaratilishi jarayonida Ozon terapiyaning tarixi, ozonning inson tanasi uchun ahamiyati, uning tibbiyotdagi va xalq tabobatidagi ahamiyati to`g`risida ma`lumotlar berib o`tilgan.

**Kalit so`zlar:** Ozon terapiya, strotosfera, bakteritsid, fungitsid, antibakterial, “muqobil tibbiyot”

### **Ozon terapiyaning tarixi**

Ozon terapiya 1840-yil Uilyam Reyx tomonidan kashf etilgan 1856-yilga kelib ozon birinchi marotaba sog`liqni saqlash sharoitida operatsiya xonalarni dezinfeksiya qilish uchun ishlatilgan 19-asir oxiriga kelib Yevropada ichimlik suvini bakteriya va viruslardan zararsizlantirish uchun ozondan foydalanish yo`lga qo`yilgan. 1892-yilda Lancet “sil kasaligini” davolash uchun ozon qo`llanilishini tavsiflovchi maqola chop etildi.

### **Ozon gazi haqida**

Ozon-bu gaz, uning molekulasi uchta beqaror kislorod atomidan iborat. Ushbu gazning 90% dan ortig`i strotosfera (atmosfera)ning balandligi taxminan 10 km dan 50 km gacha) joylashgan bo`lib, u erda quyosh tomonidan hosil bo`ladigan ultrabinafsha nurlanishiga qarshi himoya to`sig`idir. Ammo bu uning yagona muhim vazifasi emas. Ozon, shuningdek, samarali bakteritsid, fungitsid va virusni zararsizlantiruvchi vositadir va Covid-19 ga qarshi kurashda, aslida sirtlarni zararsizlantirish uchun ishlatilgan.

### **Ozonning inson tanasidagi ahamiyati:**

Inson tanasida ham Ozon tabiiy ravishda mavjud oq qon hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan, u organizim tomonidan bakteriya, viruslar va zamburug`lardan o`zini himoya qilish uchun ishlatiladi. Ozon suvli muhitda, masalan, tanamizda taxminan 20 daqiqada ikki baravar kamayish qobiliyatiga ega. Ushbu xususiyat ushbu gazni tibbiyot sohasida kislorod bilan aralashtirilgan holda ishlatilishiga olib keladi. Amaldagi ozon konsentratsiyasining pastligi bu vaqt ichida tanamizdan butunlay yo`q bo`lib ketishini ta`minlaydi.

## **Ozon terapiyasi**

Og`riqni kamaytiradigan, yallig`lanishga qarshi, antibakterial va to`qimalarni jonlantiruvchi ta`sirga ega bo`lgan ozon va kislorod aralashmasiga asoslangan tibbiy davolash turi. Ko`plab avzaliklari tufayli, u churralangan disklar va o`simtalar tufayli bel og`rig`idan tortib artrit va revmatizim kabi og`riqli qo`shma kasalliklarga qadar turli xil kasallik va kasallikni davolashi va Fizyoterapiya bo`lib, terapevtik ta`sirning multifaktorial mexanizimiga ega anti bakterial, dezinfeksiyalovchi ,antifungal detoksofikatsiya.

### **Ozon terapiyasining ta`siri va foydasi**

Ozon ultrabinafsha nurlanishidan himoya qiladi va bakteriyalar, viruslar va zamburug`larga qarshi samarali hisoblanadi. Qon va limfa tizimini tozalaydi,jigardan to`ksinlarni olib tashlaydi,organizimdagi siydik kislotasi miqdorini kamaytiradi,qon aylanishini yaxshilaydi va uni qo`shimcha kislarod bilan ta`milaydi,viruslar, bakteriyalar va patogen zamburug`larini o`ldiradi, leykotsitlar faolligini oshiradi, hujayra metabolizmini yaxshilaydi,qarish jarayonini sekinlashtiradi.

### **Ozon terapiyasining asoratlari, yon ta`siri muqobil bo`lgan zarari**

Ushbu protsedura ko`pincha odam uchun mutlaqo xavfsiz va juda “do`stona” deb ataladi. Bu qisman to`g`ri lekin buni hisobga olish kerak Tibbiyot hamjamiyatida hali ham qarama-qarshi fikirlar mavjud. Asosiy muammo - ozon terapiyasining samaradorligi va xavfsizligini tasdiqlaydigan ilmiy tadqiqotlarining etarli emasligi. Shuning uchun butun dunyoda AQSH, Evropada ozon terapiyasi “muqobil tibbiyot” deb ataladi va juda ehtiyotkorlik bilan va cheklangan miqdorda qo`laniladi va tomir ichiga yuborish usuliumuman qo`llanilmaydi. Lekin bu ma`lumotlar yon effektlar ozon terapiyasi bilan ular bilan vaziyat ancha aniq: ular haqiqatan ham bor, lekin ular kamdan-kam uchraydi va sog`likka sezilarli zarar yetkazmaydi.

### **Ozon terapiyasi qanday amalga oshiriladi**

Ozonni davolash paytida bir necha xil usulda yuborish mumkin: mushak ichiga, tomir ichiga va teri ostiga yuborish mumkin. Ozonni tomir ichiga yuborish uchun fizilogik ertima talab qilinadi, u sensadan 20 daqiqa oldin gaz bilan boyitilgan bo`lishi kerak. Boyitish maxsus ozonizator yordamida amalga oshiriladi. Sessiyaning davomiyligi 15-20 minut uning oxirida igna tomirdan chiqariladi va in`ektsiya joyiga bandaj qo`llaniladi. Ozon terapiyasidan so`ng 15 daqiqa turmaslik lozim.

### **Ozon terapiya mutaxasisi tavsiyasi**

Mutaxasisning ma`lumoti bo`yicha ozon terapiyasini 12 yoshdan olsa bo`larkan. Ozon terapiyasiga ko`proq ayollar, homladorlar, vazni og`ir insonlar, Covid -19 bo`lgan insonlar, qandliy dibet bilnan kasalangan insonlar va katta yoshdagi insonlar tashrif buyurar ekan.

### **Ozish uchun ozon terapiyasining foydasi**

Ozon yog`larni qisman parchalaydi va qisman ularni kamroq “chidamli” qoladi, bu shunga o`xshash boshqa protseduralarning ta`sirini kuchaytiradi, budan tashqari ozon terapiyasi umumiy metabolizm tezlashtiradi, shuning uchun organizim tezda to`ksinlardan tozalanadi. Yuzaki in`ektsiyalari bilan teri osti yog`idagi metabolizm sezilarli darajada tezlashadi va yog` hujayralarining tolali membranalari yo`q qilinadi – “apelsin qobig`i” ni tashkil etuvchi tuberkullar.

### **Qandli diabet uchun ozon terapiyasining foydasi**

Qandliy diabet jiddiy tibbiy ijtimoiy muamodir. Ozon ko`p qiralli terapevtik ta`sirga ega ekanligini hisobga olsak, ya`ni u to`g`ridan-to`g`ri antibakterial virusga qarshi ta`sirga ega, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, shu jumladan qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydi, gormonal kasallikni tuzatishga yordam beradi, shuningdek immunomodulyator ta`sir ko`rsatadi. 1 yoki 2-toifa diabet bilan og`rigan bemorlarni davolashda faol foydalaniladi. Ijobiy ta`sir ko`pincha birinchi muolajadan so`ng kuzatiladi deydi mutaxassis.

### **Ozon terapiyani qo`llash mumkin bo`lmagan holatlar**

Qon ivishining buzulishi, shuningdek, qon pihitlarini mavjudligi, yurak-qon tomir kasalliklari, qalqonsimon bez kasalliklari. Shunday kasallik bilan og`rigan insonlarga mumkin emas.

**Xulosa** :Xulosa qilib aytganda, ozon terapiyasi bugungi kunda tibbiyotda eng kerakli muolajalardan biri.Uni antibakterial, virusga qarshi ta`siri, sezilarli. Qandli diabetni davolashda, semizlikni davolashda samarasi va ahamiyati katta.

## **NAFAS OLISH KASALLIKLARI KELIB CHIQISHIDA TAMAKI MAHSULOTLARINING AHAMIYATI.**

*U.A.Teshaboyev G.O.Ikromjonova*

*Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.*

**Dolzarliligi.** Mutaxassisning ta`kidlashicha, nikotin organizmdagi metabolik jarayonga xalaqit beruvchi, miya faoliyati va fiziologik funksiyalariga ta`sir qiluvchi alkogol va boshqa psixoaktiv moddalar kabi odamni o`ziga o`rgatib qo`yadi. Tamaki mahsulotlarini iste`mol qilish surunkali nafas olish kasalliklari (o`pka saratoni, qizilo`ngach raki,) va hakoza keltirib chiqaradi. Tamaki mahsulotlarini muntazam iste`moli tamakiga jismoniy bog`liqlikni shakllantiradi. Doimiy nikotin oqimiga o`rganib qolgan odam tamakidan foydalanishni to`xtatsa, tashvish va xavotirga tushib qoladi.

Jahon sog`liqni saqlash tashkilotining ma`lumoticha, chekish ta`siri ostida 25 dan ortiq kasallik (yurak-qon tomir, o`pka va saraton)larning organizmda rivojlanishi

kuchayadi. Tibbiy tadqiqotlar bo'yicha Britaniya Kengashi olimlarining ko'p yillik izlanishlari xulosalarida o'pka saratoni va miokard infarktining chekish bilan bog'liqligi haqida jiddiy ilmiy dalillar keltirilgan.

**Kalit so'zlar:** Koronavirus, COVID-19, chekish, tamaki, nafas olish kasalliklari.

### **Tekshiruvning maqsadi.**

Cekish orqali kelib chiqadigan nafas olish kasalliklarini kamaytirish hamda oldini olish. Ilmiy tadqiqotlarda hatto passiv chekish ham odamda kasallikka chalinish, nogironlikka yo'liqish va o'lim xavfini oshirishini isbotlangan.

Garchi koronavirus infeksiyasi xavfi sezilarli darajada chekingan bo'lsada, chekuvchilar bu zararli odatdan voz kechish haqida jiddiyroq o'ylashi lozim. Chunki chekish og'iz orqali COVID-19 ni yuqtirish xavfini oshiradi.

Bundan tashqari, zararli odat tufayli o'pkasi zararlangan chekuvchilarda koronavirus keltirib chiqargan pnevmoniya qiyinroq kechadi.

**Tahlillar** JSST ma'lumotlariga ko'ra, tamaki mahsulotining inson organizmiga zararli ta'siridan har yili sayyoramizning 6 millionga yaqin aholisi vafot etadi. Ularning 12 foizi chekuvchi bo'lmagan (passiv chekuvchilar)dir. Achinarlisi shuki, bolalar passiv chekuvchilar bo'lib qolmoqda. Ya'ni ular atrofidagi odamlarning chekishi oqibatida tamaki tutuni aralash havo bilan nafas olishadi. Shuningdek, yurak ishemik kasalligi va insultdan o'lim holatlarining 70 foizi chekuvchi va spirtli ichimliklar ichuvchi odamlarga to'g'ri keladi. Statistik ma'lumotlar har bir chekuvchi odam o'z hayotini 18 yilga qisqartirishini ko'rsatadi.

Olimlarining fikriga ko'ra, chekuvchilar orasida koronavirus bilan bog'liq og'ir holatlar chekmaganlarga qaraganda ko'proq uchramoqda. Shuningdek, tamaki tutuni kasallikka qarshi immunitetning birlamchi kurashuvchan javobiga sabab bo'luvchi interferonlarni bloklaydi hamda o'zida juda ko'p miqdorda og'ir inert gazlarni saqlashi aniqlangan.

Sog'liqni saqlash vazirligi har qanday tamaki mahsulotlarini, shu jumladan, filtrli yoki yengil sigaretalarni chekish sog'liq uchun xavfli ekanligi haqida ogohlantirib, bu zararli odatdan yiroq bo'lishga chaqiradi.

Dunyoda tamakidan voz kechishning yuzdan ortiq usullari mavjud. Psixologlarga ko'ra, chekishni tashlash jarayonida eng qiyini dastlabki uch kunni boshdan kechirishdir.

Tamaki mahsulotlarini iste'mol qilish va shunga o'xshash zararli odatlar inson organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatibgina qolmay kelajak avlodga ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Organizmning kasallikka chalinish moyilligini oshiradi, organlarning funksional xolatini yomonlashtiradi.

### **Profilaktikasi**

Nafas olish kasalliklari va chekish orqali kelib chiqadigan o'pka kasalliklari profilaktikasi uchun aholi orasida sog'lom turmush tarzi va sanitariya gigiyena

sharoitlarini yaxshilash, ularning adekvat ovqatlantishi (ovqatda oqsillar, yog'lar, vitaminlar yetarli miqdorda bo'lishi) ga zararli odatlardan voz kechishga alohida ahamiyat berish kerak. Chekishdan tiyilish bu odatda nafas yo'llari kasalliklarini davolash rejasi uchun birinchi zarur omil hisoblanadi. Chekishni tashlamaslik bu holatning yomonlashishiga olib krladi va davolashning samarali kechishini kamaytiradi. Shunday ekan o'z salomatligingiz o'z qo'lingiz.

## **NAFAS YO'LLARI KASALLIKLARINI DAVOLASHDA AEROIONOTERAPIYA**

*Usmonov S.A.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

**Annotatsiya:** Har bir inson nafas yo'llarining turli qismlariga ta'sir ko'rsatadigan nafas yo'llari kasalliklariga moyil. Bu holatlar ham normal nafas olish qobiliyatiga to'sqinlik qiladi va hayot uchun xavfli asoratlarga olib kelishi mumkin. Shunday qilib, nafas yo'llari kasalliklarining oldini olish uchun erta tashxis qo'yish va davolash zarur. Ushbu maqolada ham nafas yo'llari kasalliklarini aeroionlar bilan davolash usulini ko'rib chiqamiz.

**Kalit so'zlar:** Aeroionlar, o'pka alveolalari, devoridan qonga o'tish, zaryadini qon oqsillari va hujayra elementlariga berish..

**Ishning maqsadi:** Aeroionoterapiya (aero... va yun. ion — keluvchi, terapiya) — havo ionlari bilan davolash usuli. Bunda maxsus asboblar — aeroionizatorlar ishlatiladi; ular yordamida havoda ko'plab aeroionlar hosil qilinadi. Aeroionlar nafas yo'llari va o'pka alveolalaridagi o'z konsentratsiyasi va zaryadiga qarab, o'pka interoreseptorlari — sezuv nervi uchlarining qo'zg'aluvchanligini o'zgartiradi. Bu yerda hosil bo'lgan impulslar bosh miya markazlariga boradi, so'ngra a'zolarga tegishli signallar yetib keladi. Aeroionlar o'pka alveolalari devoridan qonga o'tib, o'z zaryadini qon oqsillari va hujayra elementlariga beradi. Natijada qon va boshqa suyuqliklarda (mas, orqa miya suyuqligida) elektr zaryadlarining miqdori o'zgaradi, bu hol markaziy va vegetativ nerv sistemasining faoliyatiga, pirovardida, organizm faoliyatiga foydali ta'sir etadi. Aeroionoterapiya ta'sirida to'qimalarda moddalar almashinuvi va oksidlanish qaytarilish jarayonlari tezlashadi, kislorod bilan ta'minlash kuchayadi. Aeroionoterapiya odatda boshqa davo tadbirlari bilan birga qo'llaniladi. Aeroionoterapiyadan bronxiol astma, gipertoniya, uzoq vaqtgacha bitmaydigan yarachaqalarni va boshqa kasalliklarni davolashda foydalaniladi. Aeroionoterapiya umumiy tarzda qo'llanilishi yoki havo oqimi faqat jarohat, yaraga yo'naltirilishi mumkin.

Og'ir ionlar organizmga zararli ta'sir etadi. Engil va asosan manfiy ayeroionlar foydali ta'sir qiladi. Ulardan asosan bemorlarni davolash uchun

foydalaniladi (ayeroionoterapiya). Tabiiy sharoitda havoda ionlanish yuqori bo'lgan (tog'lar, sharshara va hokazo) joylarda bemorlarning turishi bilan bog'liq bo'lgan tabiiy ayeroionoterapiyani maxsus qurilmalar ayeroionizatorlar yordamida o'tkaziladigan sun'iy ayeroionoterapiya bilan almashtirish mumkin. Biroq sun'iy ayeroionoterapiya davolash maqsadida ishlatilganda organizmga zarar keltirmaydigan bo'lishi kerak. Uning turlaridan biri elektrostatik dush (franklinizatsiya)dir. Franklinizatsiya vaqtida yuqori kuchlanishli (50 kV gacha) doimiy elektr maydon ishlatiladi. Bu vaqtda hosil bo'ladigan ayeroionlar va ozgina azon davolash ta'sirini ko'rsatadi. Franklinizatsiya umumiy va mahalliy davolash tadbirlari shaklida o'tkaziladi. Umumiy franklinizatsiya vaqtida bemor izolyatsiyalangan metall plastinkali yog'och kursida o'tiradi, metall plastinka apparatning musbat qutbga ulanadi. Bemor boshining tepasiga 10-15 sm masofada,, o'rgimchak“ shaklidagi elektrod joylanadi, bu elektrod apparatning manfiy qutbga ulanadi.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Н.И.Махмудов, А.А.Сидииков, И.О.Саидахмедов*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Одной из основных причин высокой летальности при тяжелой ЧМТ является развитие гнойно-септических осложнений, в структуре которых ведущее место занимают нозокомиальная пневмония (НИ). Среди 182 больных с ТЧМТ различной тяжести у 41 больных развивалась нозокомиальная пневмония, что явилась причиной развития жизнеугрожающих состояний больных. Состояние больных по комплексу патологии и по шкале Глазго во всех случаях оценивалось как тяжелое. Это группа больных длительное время (8 и более суток) находилась на ИВЛ.

В этиологии нозокомиальной пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой основную роль играют полирезистентные возбудители: Streptococcus pneumoniae (31,2%), S.aureus (28%), A.baumannii (11,5%), K.pneumoniae (15%), E.coli (14%) и P.aeruginosa (12%). Авторы пришли к выводу, что профилактика нозокомиальной пневмонии у больных с ТЧМТ способствует снижению частоты развития жизнеугрожающих осложнений, позволяет сократить продолжительность респираторной поддержки и срок пребывания в ОРИТ, а также затраты на лечение.

Ключевые слова: Тяжелая черепно-мозговая травма, длительная искусственная вентиляция легких, нозокомиальная пневмония, респираторный дистресс синдром.

One of the main causes of high mortality in severe TBI is the development of purulent-septic complications, in the structure of which nosocomial pneumonia (NI) occupies a leading place. Among 182 patients with PMT of varying severity, 41 patients developed nosocomial pneumonia, which was the cause of the development of life-threatening condition of patients. The condition of the patients according to the pathology complex and the Glasgow scale was assessed as severe in all cases. This is a group of long-term patients who were on a ventilator for 8 days. Poly-resistant pathogens play a major role in the etiology of nosocomial pneumonia in patients with severe traumatic brain injury: Streptococcus pneumoniae (31.2%), S. aureus (28.2%), A. baumannii (11.5-2%), K. pneumoniae (15%), E.coli (14%) and P.aeruginosa (12%). The authors concluded that the prevention of nosocomial pneumonia in patients with PMT contributes to reducing the incidence of life-threatening complications, reduces the duration of respiratory support and the duration of stay in the ICU, as well as treatment costs.

Keywords: Severe traumatic brain injury, prolonged artificial lung ventilation, nosocomial pneumonia, respiratory distress syndrome.

В течение последних десятилетий частота тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) неуклонно увеличивается. Летальность при тяжелой изолированной и сочетанной ЧМТ остаётся на высоком уровне, занимая место в структуре общего травматизма.

Одной из основных причин высокой летальности при тяжелой ЧМТ является развитие гнойно-септических осложнений, в структуре которых ведущее место занимают нозокомиальной пневмонии (НИ). Особый тип НИ — вентилятор ассоциированная пневмония (ВАГИ), которая развивается через 48 ч и более после проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) [1,2,6,17].

Среди факторов риска развития НИ в ОРИТ называют: длительность ИВЛ, реинтубацию, профилактическое применение антибиотиков, тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания дыхательной системы, ожоги, нейрохирургические и кардиохирургические операции, травму, острый респираторный дистресс синдром (ОРДС), миоплегию, энтеральное питание и др. [3,7,9,11,16]. НИ занимает 3е место в структуре всех госпитальных инфекционных осложнений после инфекции мягких тканей и мочевыводящих путей и составляет 15–18 % случаев [2, 31]. НИ занимает 3е место в структуре всех госпитальных инфекционных осложнений после инфекции мягких тканей и мочевыводящих путей и составляет 15–18 % случаев [8,10,14,15]. Введение эндотрахеальной трубки в верхние дыхательные пути отрицательно влияет на естественные механизмы, препятствующие проникновению микроорганизмов в нижние дыхательные пути [13,16]. Эндотрахеальная трубка нарушает

мукоцилиарный клиренс с формированием бактериальных биопленок на полимере трубки, способствует микроаспирации, рот глоточный секрет скапливается вокруг манжеты эндо трахеальной трубки [9,12,17,]. Эти явления усугубляются в связи с положительным вентиляционным давлением, что сопровождается поступлением секрета и микроорганизмов в дистальные отделы дыхательных путей. Верхние дыхательные пути большинства пациентов на ИВЛ колонизированы потенциально патогенными микроорганизмами. Впервые это было установлено в исследовании 1969 г., в котором сообщалось о наличии кишечных грамотрицательных бактерий в ротоглотке у 75% больных в тяжелом состоянии [17].

Принят выделять три группы специфических факторов риска внутрибольничной пневмонии. 1.Фактор риска связанные с пациентом, 2.Фактор риска обусловленные инфекций.3.Фактор риска,связанные сразличными вмешательствами ( 12)

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) и актуальность интенсивной терапии (ИТ) не вызывает сомнения в связи с высокой степени летальности на госпитальном этапе лечения, а также в связи с высокой степенью инвалидизации как исход ТЧМТ. Однако на данный момент существует ряд особенностей ведения данной категории больных и остается малорешенным вопрос специфической терапии легочных осложнений, в особенности вызванных госпитальными штаммами инфекций. Особую актуальность данная проблема составляет в нейрореаниматологии, поскольку высокий процент больных длительно находящихся на ИВЛ. Как известно, ТЧМТ всегда сопровождается расстройствами газообмена, которые связаны как с нарушением центральных механизмов регуляции дыхания, так и с паренхиматозными легочными осложнениями. Однако, пневмония, связанная с проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), относится к тяжелому осложнению, частота которого колеблется от 9 до 70%, а летальность – от 25 до 70% [1,4,6,17].

У больных, которым длительной время проводилось ИВЛ (до внедрения в практику бактериологических фильтров), летальность от пневмонии была значительно выше, чем у пациентов, находящихся на спонтанном дыхании [4,17]. Существует прямая зависимость между частотой возникновения пневмонии и длительностью ИВЛ [5,16]. Многоцентровое исследование, проведенное в 17 странах Европы у 9565 пациентах, показало, что в ОИТ нозокомиальная пневмония занимает первое место среди всех инфекционных осложнений (47%). В то время как в отделениях общего профиля частота развития НП не превышает 6,5-0,7%, в ОИТ этот показатель составляет, по разным данным, от 15 до 40% [4,17].

**Цель исследования:** проанализировать особенности развития, этиологии и лечения госпитальной пневмонии (ГП) у больных с тяжёлыми черепно – мозговыми травмами (ТЧМТ).

**Методы и результаты:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных с тяжелой черепно-мозговой травмой госпитализированных в реанимационное отделение ФФРНЦЭМП за период 2020-2022 годов. Всего за три года госпитализировано 182 больных с ТЧМТ различной тяжести, из них 128 мужчин, что составляет 70,3%, и 54 женщин (29,7%). Средний возраст больных составил  $44,3 \pm 2,3$  года.

Состояние больных по комплексу патологии и по шкале Глазго во всех случаях оценивалось как тяжелое. Из них у 41 (22,5 %) больных развивался нозокомиальная пневмония. Это группа больных длительной время 8-более сутки находились на ИВЛ.

Диагноз пневмония был поставлен на основании клинической картины, повышение температура тела, гнойного отделяемого из дыхательных путей, аускультативной хрипы ,ослабленной везикулярной дыхание соответствующие стороне и рентгенологических данных (инфильтрат в легком) и общего анализа крови, свидетельствующего о наличии активного воспалительного процесса. Рентгенография грудной клетки является наиболее важным диагностическим критерием установления диагноза пневмонии.



Рентгенограмма больного Д.

Для диагностики НП практически всегда требуется обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании с соответствующей симптоматикой поражения органов дыхания.

Однако нельзя рассматривать рентгенографию как абсолютно чувствительный и специфичный метод, так как ряд факторов способен привести

к ложно отрицательной или ложноположительной оценке.

Назокомиальной пневмония при длительной искусственной вентиляции легких вызывают различные микроорганизмы, в том числе грамотрицательные и грамположительные возбудители. Обычно длительность ИВЛ расценивается как один из наиболее важных факторов, определяющих состав возбудителей.

У всех больных в соответствии с развитием патологического процесса в легких был взят смыв из трахеи на бактериологическое исследование и на последующем этапе исследования запланировано расшифровка микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний.

Течение и прогноз поздней внутрибольничной пневмонии весьма серьезны. Бактериологическое исследования смывы из трахеи, частота выделения различных возбудителей назокомиальной пневмонии в нейрореанимационной отделении ФФРНЦЭМП показали следующие результаты:



По многочисленным литературным данным столь серьезные последствия НП, связанной с ИВЛ, в особенности у пациентов с ТЧМТ, связаны с тем, что легочная инфекция является осложнением уже имеющегося у больного критического состояния, потребовавшего применения жизни спасительного замещения функции дыхания. Очевидно, что оптимизация диагностики,

антимикробного лечения и профилактики нозокомиальной пневмонии связанной искусственной вентиляцией лёгких, способна существенно улучшить прогноз у этой группы больных с этим тяжелым инфекционным осложнением.

Проблема нозокомиальной пневмонии интенсивно разрабатывается как у нас в стране, так и за рубежом. Однако, как свидетельствуют неблагоприятные результаты лечения, она далека от разрешения. К основным "белым пятнам" вопроса можно отнести следующее

1) Отсутствуют четкие представления о диагностической значимости различных методов выявления НП, не разработан алгоритм диагностического поиска у больных с подозрением на НП;

2) Представления о спектре возбудителей НП, полученные при исследованиях у пациентов ОИТ "общего" профиля, не могут быть целиком перенесены на больных с ТЧМТ. Кроме того, даже в различных хирургических учреждениях микробный спектр возбудителей и их антибиотикорезистентность имеют свои особенности; микробный "пейзаж" ОИТ также неодинаков в разных стационарах.

Наличие нового и прогрессирующего инфильтрата на рентгенограмме органов грудной клетки в сочетании с двумя из 3 клинических признаков ( $t^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ , лейкоцитоза / лейкопении, гнойного отделяемого из дыхательных путей) является наиболее точным клиническим критерием для начала эмпирической АБТ. Повторный анализ необходимости проведения АБТ проводится на основании клинической оценки (в динамике) и результатов количественного исследования материала из НДП на 3й день терапии (или раньше, по решению лечащего врача) (уровень рекомендаций В).

**Результаты и обсуждение:** Антибактериальная терапия (АБТ) является одним из важнейших компонентов лечения пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Применение АБТ в условиях ОИТР преследует, как правила, две цели: лечение ведущего патологического процесса или профилактика нозокомиальной инфекции. В обоих случаях эффективность АБТ может существенно влиять на течение и исход заболевания. Цефалоспорины III поколения без анти синегнойной активности (цефтриаксон, цефотаксим), или фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин), или пиперациллин / тазобактам, или карбапенем без анти синегнойной активности (эртапенем) Карбапенем с антисинегнойной активностью (меропенем, имипенем, дорипенем), или ингибиторозащищенный  $\beta$ лактам с антисинегнойной активностью (цефоперазон / сульбактам, пиперациллин / тазобактам), или цефалоспорин III поколения с антисинегнойной активностью (цефепим, цефтазидим)<sup>4</sup> плюс (при наличии факторов риска MRSA) линезолид или ванкомицин указывают на потенциальные преимущества использования комбинаций. У 32 больных нами была произведена интубацию трахеи и больные переведены на режим ИВЛ с последующим введением антибиотиков в трахеобронхиальной дерево (ТБД через инкубационные трубки и параллельно

произведен лаваж трахеобронхиальной дерева. Техника выполнения лаважа трахеи производилась следующим образом: после введения трипсина, произведена санация ТБД от патологического субстрата, инстилированы антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефатоксим, зинацеф и др.) и гормональные препараты. Санационная бронхоскопия применяли в случае обструкции дыхательных путей густым секретом — для диагностики нарушения проходимости дыхательных путей.

Несмотря комплексной интензивной терапии направленной на поддержание витальных функций организма летального случае отмечены у пациентов. Основными причинами летального случая были тяжелая черепно мозговая травма в сочетании с нозокомиальной пневмонией, полиорганной недостаточностью.

Профилактическое мероприятие предупреждение развития нозокомиальной пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой направленной на устранение факторов риска и включающихся комплекс взаимосвязанных мероприятий организационного, технического и медицинского характера, усиливающих антиинфекционную защиту самого пациента снижают жизни угрожающих осложнений и летальных исходов

Выводы:

1. Нозокомиальной пневмонией у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой является серьезным осложнением, сопровождающимся высокой летальностью

2. Наиболее значимыми факторами риска развития нозокомиальной пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой являются: пожилой возраст; бессознательное состояние; аспирация; экстренная интубация и длительная (более 48 часов) ИВЛ; зондовое питание; горизонтальное положение; проведение операций и анестезии; ОРДС; • хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ).

3. В этиологии нозокомиальной пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой основную роль играют полирезистентные возбудители: *Streptococcus pneumoniae* (312 %) *S.aureus* (28%), *A.baumannii* (115%), *K.pneumoniae* (15%), *E.coli* (14%) и *P.aeruginosa* (12%).

4. Профилактика нозокомиальной пневмонии у больных с ТЧМТ способствует снижению частоты развития жизнеугрожающего осложнения, позволяет сократить продолжительность респираторной поддержки и срок пребывания в ОРИТ, а также затраты на лечение.

Литература

1. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. 1985 М., Медицина

2. Состояние антибиотикорезистентности грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Межведомств. научный совет по внутрибол. инф. при РАМН и Минздраве

РФ//Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 1997

3. Горбунов, В.И. Иммунологические изменения при черепно-мозговой травме / В.И. Горбунов, И.В. Ганнушкина // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А. А. Потапова. - М.: Антидор, 1998. - Т. Г-Гл. 77. - С. 342-361.

4. Горбунов, В.И. Иммунологические осложнения и последствия черепно-мозговой травмы / В.И. Горбунов // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. — М.: Антидор, 2002. - Т. 3. -Гл. 19. - С. 376-386.

5. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И., Виннер М. Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медицина; 1978. 526.

6. Кац Д. С., Кейвин Р., Стюарт А., Гроскин С. А. Секреты рентгенологии. М. — СПб.: БИНОМ — Диалект; 2003. 704.

7. Зубков М. Н. Этиология и патогенез внебольничных пневмоний у взрослых. Пульмонология 2005, 5: 53—60.

8. Новиков В. Е., Зубков М. Н., Гугуцидзе Е. Н. Пневмококковая пневмония у лиц старше 60 лет: особенности специфического гуморального иммунного ответа. Пульмонология 1991; 1: 15—19.

9. Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б. Рентгенологические синдромы и диагностика болезней легких (программированное руководство для врачей). М.: Медицина; 1972. 472.

10. Hoelz C., Negri E. M., Lichtenfels A. J. et al. Morphometric differences in pulmonary lesions in primary and secondary ARDS. Pathol. Res. Pract. 2001; 197 (8): 521—530.

11. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Пульмонология 2005; 3: 13–36.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

*Салаева М.С., Гулямова Ш.С., Сагдуллаева Ю.А.*

*Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это хроническое рецидивирующее заболевание легких с ограничением воздушного потока, который не полностью обратим. Ограничение скорости воздушного потока неуклонно

прогрессирует и связано с патологическим воспалительным отеком легких под влиянием различных примесей вдыхаемого воздуха (курения, производственной и домашней пыли, газов и др.).

На сегодняшний день, во всем мире хроническая ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения, которая постоянно увеличивается и представляет собой важную как медицинскую, так и социально-экономическую проблему [1,3,4,8]. Медицинское значение этого заболевания чрезвычайно высоко, в первую очередь, из-за своей распространенности, так как оно входит в число лидирующих причин по количеству дней нетрудоспособности, инвалидности и смертности [5,6,7,9]. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. ХОБЛ займет третье место в мире среди причин, обуславливающих высокую смертность населения (ЕРО, 2001). Причем, за последнее десятилетие XX века летальность от осложнений этого заболевания выросла на 28% [2,3]. Вместе с тем, недостаточно изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными показателями, характеризующими тяжесть течения ХОБЛ.

**Цель исследования.** Изучение и анализ нарушений функций дыхательной системы у больных страдающих хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от клинических проявлений и тяжести течения заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 115 пациентов ХОБЛ в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст 48,6 лет) со стажем заболевания в среднем 15,6 лет, находящихся на обследовании и лечении в стационаре.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате «Pneumoscope» (Erich Jaeger, Германия). Оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), мгновенные максимальные объемные скорости на выдохе 25, 50 и 75% (МОС 25, МОС 50, МОС 75), выраженных в процентах от должных величин, пиковая скорость выдоха, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ (индекс Тиффно) было изучено у 115 больных ХОБЛ.

Для диагностики утомления диафрагмы и респираторных мышц использовалось дискриминантное уравнение:  $\Phi = 17,3 \times \text{МОС } 50 \text{ (л/с)}$ , где  $\Phi$  дискриминантная функция. МОС 50 максимальная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 50% ЖЕЛ. При  $\Phi < 65,1$  – диагностировалось утомление диафрагмы (Перельман Ю. М. с соавт., 1998). У 96 больных ХОБЛ включенных в исследование микро методом Аструпава артериализованной крови исследовали напряжение кислорода ( $pO_2$  мм рт.ст), напряжение углекислого газа ( $pCO_2$  мм рт.ст), насыщение крови кислородом ( $O_2$ , %).

**Полученные результаты.** У больных ХОБЛ с утяжелением степени течения заболевания нарастает интенсивность клинической симптоматики, что выражается

в достоверном увеличении их балльной оценки (табл. 1).

Таблица 1

**Характеристика клинических симптомов тяжести течения ХОБЛ (в баллах)**

Степень тяжести	n	Кашель	Мокрота	Одышка	Слабость	Потливость
<b>II</b>	41	2,15±0,05	2,04±0,05	2,20±0,05	2,23±0,07	1,72±0,07
<b>III</b>	27	2,52±0,05	2,47±0,05	2,63±0,05	2,57±0,10	2,03±0,10
<b>IV</b>	50	2,67±0,03	2,64±0,03	2,90±0,03	2,85±0,03	2,20±0,06
<b>p</b>	1-2	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	<0,02
<b>p</b>	1-3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>p</b>	2-3	<0,01	<0,01	<0,001	<0,01	<0,05

Утяжеление степени тяжести заболевания у больных ХОБЛ характеризуется выраженными кардиологическими и респираторными нарушениями. Характеристика респираторных нарушений, представленная в табл. 2, отражает, то, что с утяжелением состояния больных нарастает выраженность обструктивных и рестриктивных нарушений. С прогрессированием степени обструкции бронхов у больных ХОБЛ резко возрастает частота и степень выраженности синдрома утомления респираторных мышц.

Таблица 2

**Характеристика выраженности вентиляционных нарушений у больных ХОБЛ**

Степени тяжести	ОФВ1	ЖЕЛ	ИТ
<b>II степень n=41</b>	62,1±7,6	72,9±6,9	69,2±7,2
<b>III степень n=26</b>	40,9±9,6	52,3±9,8	65,4±9,3
<b>IV степень n=50</b>	30,6±6,5	47,2±7,1	55,9±7,0
<b>p1-2</b>	<0,05	<0,05	>0,5
<b>p1-3</b>	<0,01	<0,01	<0,2
<b>p2-3</b>	>0,2	>0,5	>0,2

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ХОБЛ с тяжелыми нарушениями бронхиальной проходимости и показателями ОФВ1 менее 30% от должной величины в 96,3% случаев диагностируется резкая степень СУРМ с индексом менее 21,6 от диагностического значимого уровня. У больных ХОБЛ с умеренными обструктивными нарушениями тяжелую степень СУРМ имеют лишь 23,2% больных (табл. 3).

Таблица 3

**Сравнительные показатели степени нарушений вентиляции легких со степенью выраженности синдрома утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ**

Степени ОФВ1 в %	n	Степень выраженности СУРМ		
		Умеренная (65,1 – 43,4)	Значительная 43,4 – 21,6	Резкая < 21,6
$\geq 50 < 80$	43	$\frac{3}{7,0 \pm 3,9}$	$\frac{30}{69,8 \pm 7,0}$	$\frac{10}{23,2 \pm 6,4}$
$> 30 < 50$	45	–	$\frac{5}{11,1 \pm 4,7}$	$\frac{40}{88,9 \pm 4,7}$
$< 30$	27	–	$\frac{1}{3,7 \pm 3,6}$	$\frac{26}{96,3 \pm 3,6}$
<b>P</b>	1-2	–	<0,001	<0,001
<b>P</b>	1-3	–	<0,001	<0,001
<b>P</b>	2-3	–	>0,2	>0,2

*Примечание: в числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты.*

В табл. 4 показано, что с утяжелением степени тяжести со II-IV у больных ХОБЛ в 1,6 раза чаще (с  $47,2 \pm 8,3$  до  $76,6 \pm 6,2\%$ ,  $p < 0,01$ ) возникают нарушения ритма сердца; в 2,8 раза чаще диагностируется отклонение оси сердце вправо (с  $8,3 \pm 4,6$  до  $23,4 \pm 6,2\%$ ,  $p < 0,05$ ), в 10 раз (с  $5,5 \pm 3,8$  до  $55,3 \pm 7,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) чаще выявляется R-pulmonale и в 4,4 раза (с  $8,3 \pm 4,6$  до  $36,2 \pm 7,0\%$ ,  $p < 0,001$ ) чаще регистрируется гипертрофия правого желудочка (S-тип).

Таблица 4

**Показатели электрокардиографических изменений в зависимости от степени тяжести течения ХОБЛ (в %)**

Степень тяжести	Нарушения ритма сердца	Отклонение оси вправо	Отклонение оси влево	R-pulmonale	ГПЖ S-тип	ГПЖ R-тип	Блокада ПНПГ (неполная)	ГЛЖ	Дестр. измен. миокарда
II-ст.	$\frac{17}{47,2 \pm 8,}$	$\frac{3}{8,3 \pm 4,}$	$\frac{9}{25,0 \pm 7,}$	$\frac{2}{5,5 \pm 3,}$	$\frac{3}{8,3 \pm 4,}$	–	$\frac{5}{13,9 \pm 5,}$	$\frac{5}{13,9 \pm}$	$\frac{34}{94,4 \pm 3,}$

<b>n=36</b>	3	6	2	8	6		8	5,8	8
<b>III-ст.</b>	<u>13</u> 68,4±1	<u>3</u> 15,8±	<u>3</u> 15,8±8,	<u>2</u> 10,5±	<u>3</u> 15,8±	–	<u>1</u> 5,3±5,1	<u>3</u> 15,8±	<u>15</u> 78,9±9,
<b>n=19</b>	0,8	8,4	4	7,0	8,4			8,4	4
<b>IV-ст.</b>	<u>36</u> 76,6±6,	<u>11</u> 23,4±	<u>2</u> 4,2±2,9	<u>26</u> 55,3±	<u>17</u> 36,2±	–	<u>5</u> 10,6±4,	<u>5</u> 10,6±	<u>39</u> 83,0±5,
<b>n=47</b>	2	6,2		7,2	7,0		5	4,5	5
<b>P1-2</b>	<0,2	>0,2	>0,2	>0,5	>0,2	–	>0,2	>0,5	<0,2
<b>P1-3</b>	<0,01	<0,05	<0,05	<0,00 1	<0,00 1	–	>0,5	>0,5	<0,05
<b>P2-3</b>	>0,5	>0,2	<0,2	<0,00 1	<0,05	–	>0,2	>0,5	>0,5

В табл. 5 показано, что оценка уровня PaO<sub>2</sub> у больных ХОБЛ дает возможность диагностировать симптомы хронической дыхательной недостаточности (ХДН) в зависимости от степени тяжести течения заболевания. Результатами исследования отмечено, что у больных ХОБЛ II степени тяжести в 1,6 раза реже диагностируется ХДН I степени с уровнем гипоксемии от 60 до 79 мм. рт. ст. У больных ХОБЛ IV степени тяжести лишь у 25% не диагностируются проявления ХДН и уровень PaO<sub>2</sub> превышает 80 мм. рт. ст. У 50% больных диагностируется I степень ХДН, у 15% – II степень ХДН (PaO<sub>2</sub> от 40 до 59 мм. рт. ст.) и у 10,0% – III степень ХДН (PaO<sub>2</sub> менее 40 мм. рт. ст.).

Таблица 5

**Сравнительная характеристика уровней гипоксемии у больных в зависимости от степени тяжести течения ХОБЛ**

Степень тяжести	PaO <sub>2</sub> мм рт.ст.			
	≥ 80	≥ 60 - < 79	≥ 40 - < 59	< 40
<b>II-ст. n=35</b>	<u>20</u> 57,1±8,4	<u>11</u> 31,4±7,8	<u>4</u> 11,4±5,4	—
<b>III-ст. n=20</b>	<u>6</u> 30,0±10,5	<u>10</u> 50,0±11,4	<u>3</u> 15,0±8,2	<u>1</u> 5,0±5,0
<b>IV-ст. n=40</b>	<u>10</u> 25,0±6,8	<u>20</u> 50,0±7,9	<u>6</u> 15,0±5,6	<u>4</u> 10,0±4,7
<b>P1-2</b>	<0,05	<0,2	>0,5	<0,001
<b>P1-3</b>	<0,01	<0,1	>0,5	<0,001
<b>P2-3</b>	>0,5	>0,5	—	<0,5

*Примечание: в числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты.*

**Выводы:** Анализ клинического течения ХОБЛ показал, что с прогрессированием степени тяжести заболевания отмечается не только усугубление интенсивности клинических симптомов заболевания, но и нарастание степени кардиологических и респираторных нарушений, что характеризуется высокой частотой развития синдрома утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ с резкой степенью выраженности (96,3%); тяжелыми нарушениями ритма сердца (76,6%); гипертрофией правых отделов сердца (36,2%) и наличием P-pulmonale (55,3%), а также различной степени гипоксемии (75,0%).

### **Литература:**

1. Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Осипов А.Г. и др. Чувствительность и специфичность спирометрических показателей при скрининговом исследовании респираторной функции. // Пульмонология. - 2004.-№6.-с. 45-50.
2. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хозиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания // Проблемы туберкулеза. 2002 -№5. - с 55-61.
3. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. //Медицинская помощь. 2002.- №4.-с. 13-15.
4. Черняк Б.А., Трофименко И.Н., Белевский А.С. Качество жизни у больных ХОБЛ. Чучалин А.Г. (ред.). Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. //Издательство «АТМОСФЕРА» Москва. 2004.-с. 219-253.
5. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. // Москва. -2003.-с. 5-108.
6. Mc Sweeny A.J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – New York. 1988. – P.59-85.
7. Fan V.S., Curtis J.P., Tu S.P., et al. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. //Chest.- 2002.-Aug. 122. (2). P. 429-36.
8. Djalilova, S., Sadikova, S., & Salayeva, M. (2021). Assessment Of The Incidence Of Psycho-Emotional Disorders In The General Somatic Hospital.
9. Салаева, М. С., Парпибаева, Д. А., Турсунова, М. У., Эргашов, Н. Ш., & Мусаков, М. С. (2023). Взаимосвязь вегетативной нервной системы и качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких. Allergic diseases are increasing all the socio - economic problem worldwide [ 2,3,4 ] Rising allergies and asthma coincided with changes in both the environment and the

lifestyle of people .

According to the results of epidemiological studies , the incidence of allergies and asthma in different nations varies widely . This is due to climatic characteristics , environmental variability , social inequality between wealthy and low-income segments of the population [ 4,5,6,7 ] . It is currently believed that rhinitis and asthma are manifestations of a single disease , the combined group in the airways ("one wag, one disease", allergic rhinobronchitis ") [8,9,10]. In this regard, the aim of our research is the study of cell- humoral immunity in patients with asthmatic children combined and incongruous form of allergic rhinosinusitis APC.

**Keywords:**

**Allergic rhinosinusitis , bronchial asthma, immunoglobulins, T- lymphocytes, B - lymphocytes, the phagocytic activity of neutrophils .**

**Resume:** According to our research there are 49 patients who hurt with bronchial asthma and first group i.e. (id est) 26 of them hurt with bronchial asthma (BA), second group i.e. 23 of them hurt with bronchial asthma which combined with allergic rhinosinusith. The results of research show that cellule humoral immunity spoiled in patients of both group. There are a lot of patients who hurt with bronchial asthma which combined with allergic rinosinusiths. Research on acturity of fagositos show that fagositive activity of neutrofeels exceed in B.A. but decrede in BATARS.

**Materials and Methods :**

We have carried out a study on the state of the immune system in 49 children with asthma . Of these 27 boys , 22 girls . The control group consisted of 20 healthy children of similar age. Patients were divided into two groups , one group of 26 children with bronchial asthma (BA ) . 2-group of 23 children with asthma sochetannym allergic rhinosinusitis . (APC ) . Immunological studies were carried out to study the quantitative determination of lymphocyte fenotinom CD3 , CD4 , CD8 , SD16 , SD20 of peripheral blood in a series of monoclonal antibodies LT ( Institute of Immunology , TOO " sorbent " , Moscow, Russia ) .

Of serum immunoglobulins A.M.G. determined by the method Manshini (1963), the phagocytic activity of neutrophils was determined by the method G.E.Platonova (1966), the content of anti-inflammatory cytokines : determined by ELISA method .

Results and discussion . Analysis of the studies showed that the content of T-lymphocytes in asthma was significantly reduced compared with the control group . And it was observed in both children with asthma and in associated with allergic rhinosinusitis . The relative number of lymphocytes in the CD - averaged  $45.2 \pm 1.6$  % in bronchial asthma and  $42.2 \pm 1.5$  % when combined with a form of allergic rhinosinusitis , below the control values by 1.3 and 1.4 times , respectively, ( $p < 0.001$  ) . The absolute number of T lymphocytes in combined form was 1.1 times lower than the reference values -968 , 29.0 in 1mkl 0\_ ( $p < 0.05$  ), while BA- 1, 3 -fold lower than the

control group , 820.0  $\pm$  75.0 to 1 l ( p < 0.001).

Analysis of the results of the study subpopulations of T lymphocytes showed that in AD observed significantly reduced content as T-helperov/induktorov 24,2-1,3 439.0 % and 21.0  $\pm$  in l ( p < 0.01) and cytotoxic T- suppressor lymphocytes -18 1.007 % 4 $\pm$  333.0 and 26.0 in 1 l ( p < 0.01). In children with asthma combined form of APC relative number of LEDs 4 -lymphocytes was reduced by 1.4 times to 26.4  $\pm$  1.05 % and the absolute in the same 605.0  $\pm$  29.0 in 1 l ( p < 0.01) . Whereas the relative and the absolute value DM - 8 cells in the second group of children had significantly elevated  $\pm$  26.1 1.7 % ( p < 0.01) and in 598,0-27,0 l ( p < 0.01) respectively. Sick children asthma was observed significantly reduced content of CD 16 + lymphocytes ( 8,3-0,41 % ) , which is 1.7 times lower than the control group ( p < 0.01) . Different pattern was observed in 2 patients which children were children with asthma in conjunction with APC , the relative and the absolute value of DM 16 cells was increased compared with the control group 19.2  $\pm$  1.2 ( p < 0.01) and 440.0  $\pm$  26.0 in 1 mm ( p < 0.05).

In the study of humoral immunity in patients with asthmatic children had an average of : IgG 1-1276,0  $\pm$  +56,0 mg % ( p < 0.05). IgA -220,0  $\pm$  + -11,0 mg % ( p < 0.01). IgM level slightly below control values 99, 11.0 mg % 0 $\pm$  % . In the group of children with asthma combined ARS IgG1 level was significantly higher than the control values -1417 , 0 $\pm$  72.0 % vs 1173.0 mg  $\pm$  54.0 mg % , IgA levels were significantly elevated -267 , 20.0 mg % 0 $\pm$  against 142.0  $\pm$  7.9 mg % ( p < 0.001). IgM concentration was significantly lower in the control values of 74.0  $\pm$  7.9 mg % vs. 125.0  $\pm$  11.0 mg % ( p < 0.05). Phagocytic activity of neutrophils in atopic asthma in children was significantly increased compared with the control group - 70.1 +  $\pm$  3 , 8 % versus 54.3  $\pm$  + 1.2% ( p < 0.001) . However , in a group of children with asthma in combination with phagocytosis by APCs was reduced by 1.9 % -42.4  $\pm$  ( p < 0.01)

It is known that T-lymphocytes helper type 1 (Th1) responsibility for the development of cellular immunity and T - lymphocyte helper type 2 (Th2)- humoral . Osnavnaya role in regulating the immune response between klonamiTh1 -Th2 cells play cytokines tumor necrosis factor ( TNF ),  $\gamma$ - interferon (IFN  $\gamma$ ), interleukin -1 $\beta$ . Therefore determine the level of serum TNF , IFN  $\gamma$  and IL -1 $\beta$  in patients with both groups of children .

Our data demonstrate increasing levels of proinflammatory cytokine levels in patients , both children groups . Particularly pronounced increase in TNF , IL -1 $\beta$  was observed in children with asthma form the perfect balance with allergic rhinosinusitis .

In bronchial asthma with combined ARS TNFa level h greatly privyshe (243,5  $\pm$  68,0 pg / ml compared with a group of patients with bronchial astmoy113 , 7  $\pm$  32,0 pg / ml, p < 0.001) . Contents of IL 1 $\beta$  in the blood serum of children patients with co Bass ARS form pokazivaet tenfold increase compared with the control group (346,7  $\pm$  73,0 pg ml versus 35,8,6 pg / ml  $\pm$  12 , p < 0.001 ) .

In children with bronchial asthma levels of IL -1 $\beta$  more than 3 -fold compared with the control group  $110,4 \pm 21,0$  pg ml ,  $p < 0.00$ . The results of determination of serum IFN $\gamma$  in both groups of patients showed a decrease in concentration as IFN $\gamma$  combined and when not combined with a form of asthma APC  $74,3 \pm 12,5$  pg / ml and  $78,5 \pm 14,1$  pg / ml. against a control group  $131,7 \pm 18,1$  pg / ml. Thus, when analyzing the level of a number of anti-inflammatory cytokines in the serum of children and co- co- BA form with a marked ARS significant increase FNO2 and IL1 $\beta$  in combined form with BA ARS and a moderate increase in bronchial asthma. Serum levels of IFN  $\gamma$  in patients okozalos both groups was significantly lower than the control group.

On the basis of research results , the following conclusions :

1. As for combined and combined forms of BA ARS marked with violations cell humoral immunity , T-and B - lymphocytes and their subsets , as well as increasing the concentration of IgA, IgG and reduction in blood IgM. These changes are more pronounced in AD combined with APC. The study shows a significant increase in phagocytosis of phagocytic activity of neutrophils in asthma and vice versa , reducing it in AD with concomitant AR
- 2 . Analysis of anti-inflammatory cytokines in the serum of children with combined and co- form with BA ARS recognizes the significant significant increase of TNF and IL - 1 $\beta$  in combined form with asthma and ARS moderate increase in bronchial asthma. Serum IFN $\gamma$  levels in patients , both groups were significantly lower than control group ( $p < 0.001$ ).

### **literature**

- 1.Romanova O.N . Clinical features and therapeutic tactics in polypoid rhinosinusitis combined with allergic diseases // Herald otorinolaringologii. 2003 . -With - a1. .32-34.
- 2.Sentsova . TB, Revyakina VA , Degilova.N.D . state of humoral immunity and interleukin status with atopic dermatitis detey.Ros . Pediatrician . Magazine. - 2002. - 5.- 18-12 .
- 3 . Potemkin AM, Klykova TB, Mayorov OA Risk factors of asthma and severe course in children // Asthma -2001. - V.2 ., № 1.- p.191 .
4. Revyakina VA Dermorespiratory syndrome. // Allergologiya. 2000 . -№ 4.s.42 -44.
- 5 . Hakberdiyev MM Actual aspects of combined clinical forms of allergic rhinitis in children . Zhurn.teor.i wedge . Medicine. - Tashkent. 2004 . - № 4.- p.58- 61.
- 6.Expression of interleukin- 16 ruballergic rhinitis / M Korakl, M.Dobashi, R.Kobayashi et al. - Arcu Allergy Immunol. - 2005 . -Vol. 138 (1 ).-P.67- 72.
- 7.Humoral immune response in patients nith bronchopulmoru infections to ivvunotherapy / OV. Slatinova, M, A Morcanosova-Zh Mircobiol. Epidemical Immunoboil 2001 . Vit.2.-p 49-53.
- 8.Serum levels of eosinophilis cationic protein, myeloperoxidase, lipid peroxidation products, interleukin -5, end interferon-gamma in children With bronchial asthma attack

end remission / O Kalayci, Y.Saraclar, K. Kilinc, B. E / Sekeler. - Turc J.Pediatr. 2006.- Vol.42. Number 1 - p. 9-16

9. Sterk PJ / Lung mechanics and airway responsiveness in severe asthma // Eur / Respir. Rev.-2000.-Vol.10, 69.-P/31-35.

10 . The levels of CD4 + CD25 + regulatory T cells in paediatric patents with allergic rhinitis and bronchial asthma / JHLEE, HNYU, LC Wang et al. // Clin Exp Immunol.- 2007/-Vol. 148 , № 1.-P // 53-63.

## **ЛЕЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, ПУТЕМ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ.**

*Х.А. Махмудов, Г.Х.Аббасханов, М.К.Шарипов.*

*ФФРНЦЭМП, отделение анестезиологии-реанимации*

Расширение показаний к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), создание новых поколений аппаратов и совершенствование инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем внедрение в практику новых технологий, повышающих выживаемость в период шока и острой дыхательной недостаточности, изменили общую структуру осложнений и уровень летальности. Более того, антибактериальная терапия (АБТ) является одним из важнейших компонентов лечения пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Применение АБТ в условиях ОИТР преследует, как правило, две цели: лечение ведущего патологического процесса и/или профилактика нозокомиальной инфекции. В обоих случаях эффективность АБТ может существенно влиять на течение и исход заболевания.

В связи с совершенствованием системы оказания экстренной медицинской помощи в соответствии с программой реформирования здравоохранения Республики Узбекистан, в настоящее время все шире стали применяться «щадящие» или «малоинвазивные» методы лечения для повышения эффективности лечения и уменьшения пребывания больных на койке. Одним из таких методов, на наш взгляд, является применение метода эндотрахеального введения антибактериальных средств посредством интубационных трубок и постоянная санация трахеобронхиального дерева.

**Цель работы:** изучить эффективность эндотрахеального введения антибиотиков влияние ИВЛ и вводимых антибактериальных веществ на течение неотложных состояний и дыхательной недостаточности при заболеваниях легких и бронхов.

**Материалы и методы.** За период исследования (2007г.). всего под наблюдением находилось 157 неврологических больных из них, осложненных пневмонией 30 больных: из них 10 больных менингоэнцефалитом, 1 миастенией, 14 больных с ОНМК, 4 с восходящим отёком Ландри1. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет и составил в среднем  $46,5 \pm 1,9$  лет. В связи с тем, что больные в этой группе осложнены ДН и нуждаются в ИВЛ, им была произведена интубацию трахеи и больные переведены на режим ИВЛ с последующим введением антибиотиков в ТБД через интубационные трубки и параллельно произведен лаваж ТБД. Техника выполнения лаважа трахеи производилась следующим образом: после введения трипсина, произведена санация ТБД от патологического субстрата, инстиллированы антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефатоксим, зинацеф и др.) и гормональные препараты.

**Результаты:** В большинстве случаев был достигнут ожидаемый результат у 26 больных, что составляет 86,7% было отмечено быстрое снижение температуры с нормализацией на 2-3 сутки, уменьшение явлений интоксикации, нормализация показателей периферической крови, ЦВД и КЩС, рентген картина легких, что позволило снизить показатель койко-дня пребывания больного в реанимации до 2,7 дней даже при выраженных ДН-3 и ССН-3 ст.

В этой группе больных было зарегистрировано 4 летальных исхода (13,3%) и основной причиной, приведшей к смерти, был старческий возраст (70-75 лет), более того у них, вдобавок, к основному заболеванию сопутствовали другие хронические заболевания, такие как хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная патология, хронические обструктивные заболевания легких, иммунная недостаточность и т.д.

Таким образом, данный способ эндотрахеального введения антибактериальных средств позволит достаточно безопасно и экономически выгодно выхаживать больных при неотложных состояниях в условиях реанимации и интенсивной терапии, в данном случае с неврологической патологией и позволяют достигнуть желаемого эффекта в более короткие сроки лечения.

## **СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

***Рахматова Ф.У***

***Ферганский медицинский институт общественного здоровья***

Пульмонологические заболевания представляют собой серьезную проблему здравоохранения, так как влияют на качество жизни и прогноз больных, а также увеличивают риск развития осложнений и смертности. Среди наиболее распространенных пульмонологических заболеваний можно выделить хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальную астму,

пневмонии, туберкулез, рак легкого, интерстициальные легочные заболевания, легочную гипертензию и другие. Для своевременной диагностики и эффективного лечения пульмонологических больных необходимо использовать современные критерии, основанные на доказательной медицине и международных рекомендациях.

Современная диагностика пульмонологических заболеваний включает в себя комплексный подход, состоящий из анамнеза, клинического обследования, функциональных исследований легких, лабораторных анализов, инструментальных методов визуализации и инвазивных процедур. Анамнез позволяет выявить факторы риска, характер и продолжительность симптомов, наличие сопутствующих заболеваний и терапии. Клиническое обследование включает в себя осмотр грудной клетки, прослушивание легких, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений. Функциональные исследования легких позволяют оценить объемы и емкости легких, скорость воздушного потока, газообмен и бронхиальную реактивность. Спирометрия является основным методом функциональной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы. Лабораторные анализы включают в себя общий и биохимический анализ крови, иммунологические тесты, микробиологическое исследование мокроты и плевральной жидкости. Инструментальные методы визуализации позволяют получить изображение легочной ткани и выявить структурные изменения. Рентгенография является первичным методом скрининга при подозрении на пневмонию, туберкулез или рак легкого. Компьютерная томография (КТ) является более чувствительным и специфичным методом для детекции опухолей, метастазов, интерстициальных заболеваний или эмболии легочной артерии. Магнитно-резонансная томография (МРТ) может быть полезна для дифференциальной диагностики легочной гипертензии или для исключения сердечной патологии. Инвазивные процедуры, такие как бронхоскопия, биопсия или плевральная пункция, могут быть необходимы для получения материала для гистологического, цитологического или микробиологического исследования<sup>12</sup>.

- Современное лечение пульмонологических заболеваний направлено на устранение причины, симптоматическую терапию, профилактику осложнений и улучшение качества жизни больных. Лечение может быть медикаментозным, не медикаментозным или хирургическим. Медикаментозное лечение включает в себя применение антибактериальных, противовирусных, противогрибковых, противоопухолевых, противовоспалительных, бронходилататорных средств.

- Хирургическое лечение может быть показано при наличии опухолей, бронхоэктазов, абсцессов, эмпиемы, эмболии легочной артерии, буллезной эмфиземы или рефрактерной легочной гипертензии. Виды хирургического вмешательства могут быть резекционными (лобэктомия, сегментэктомия, пневмонэктомия), дренирующими (торакоцентез, плевральная декорткация), реконструктивными (бронхопластика, ангиопластика), трансплантационными (трансплантация легких или сердца-легких) или паллиативными (плевродез, эндобронхиальная стентирование) .

- Профилактика пульмонологических заболеваний заключается в устранении или снижении воздействия факторов риска, таких как курение, загрязнение воздуха, аллергены, инфекции, профессиональные вредности. Кроме того, необходимо проводить регулярные медицинские осмотры, вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции, обучение больных самоконтролю и самолечению, соблюдение режима дня и питания, физическую активность и психологическую поддержку.

- Качество жизни пульмонологических больных зависит от степени контроля симптомов, функционального состояния легких и сердца, социальной адаптации и удовлетворенности жизнью. Для оценки качества жизни используются специализированные опросники, такие как Ст. Джордж Respiratory Questionnaire (SGRQ), Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRDQ), Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) и другие. Целью лечения является достижение максимально возможного уровня качества жизни при минимальных побочных эффектах терапии.

В заключение можно сказать, что современные критерии диагностики и лечения пульмонологических больных основаны на комплексном и индивидуальном подходе к каждому пациенту с учетом его клинических особенностей, функционального состояния и предпочтений. Такой подход позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз и качество жизни пульмонологических больных.

Литература:

Книга “Пульмонология. Национальное руководство” - авторы: Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Белевский А.С., Овчаренко С.И., Стражеско Н.Д. - название источника: ГЭОТАР-Медиа, 2019. Статья “Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни легких: клинические рекомендации” - авторы: Авдеев С.Н., Белевский А.С., Овчаренко С.И., Стражеско Н.Д., Чучалин А.Г. - название источника: Пульмонология, 2019, № 1, с. 7-31.

- Статья “Диагностика и лечение бронхиальной астмы: клинические рекомендации” - авторы: Чучалин А.Г., Айламазян Э.К., Белевский А.С., Безрукова Е.В., Белопольская М.Ф. и др. - название источника: Пульмонология, 2019, № 2, с. 9-45.

- Статья “Диагностика и лечение пневмоний: клинические рекомендации” - авторы: Синопальников А.И., Козлов Р.С., Рачина С.А., Страчунский Л.С., Шляпникова Т.В. и др. - название источника: Пульмонология, 2019, № 3, с. 8-36.

- Статья “Диагностика и лечение туберкулеза: клинические рекомендации” - авторы: Зими́на В.Н., Балаболкин И.И., Белкин А.А., Васильева И.А., Галкин В.Б. и др. - название источника: Пульмонология, 2019, № 4, с. 7-40.

- Статья “Диагностика и лечение рака легкого: клинические рекомендации” - авторы: Ильинская Е.В., Каприн А.Д., Овчаренко С.И., Петрова Г.В., Романова Е.В. и др.

## ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Рахматова Ф.У.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Ревматические болезни – это группа заболеваний, характеризующихся аутоиммунным воспалением соединительной ткани, которое может поражать различные органы и системы, в том числе легкие. Поражение легких при ревматических болезнях может иметь различную клиническую картину, тяжесть и прогноз, в зависимости от типа и стадии заболевания, а также от наличия сопутствующих факторов риска. Для своевременной диагностики и эффективного лечения поражения легких при ревматических болезнях необходимо проводить дифференциальный диагноз с другими заболеваниями легких, имеющими сходные проявления.

Дифференциальный диагноз поражения легких при ревматических болезнях основывается на комплексном анализе анамнеза, клинических симптомов, функциональных исследований (спирометрия, пикфлоуметрия, оксиметрия), лабораторных данных (общий и биохимический анализ крови, иммунологические тесты, анализ мокроты и плевральной жидкости), инструментальных методов (рентгенография, компьютерная томография, бронхоскопия, биопсия). При дифференциальном диагнозе учитываются специфические особенности поражения легких при различных ревматических болезнях, таких как:

- Ревматоидный артрит – характеризуется интерстициальным фиброзом легких, плевритом, узелковым поражением легочной ткани, обструктивным бронхитом, бронхоэктазами. Для дифференциального диагноза важны наличие суставных проявлений, высокий уровень ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в крови<sup>1</sup>.

- Системная красная волчанка – может проявляться плевритом, интерстициальным фиброзом легких, альвеолярным кровотечением, легочной гипертензией. Для дифференциального диагноза важны наличие кожных синдромов (бабочка), почечного поражения (нефрит), высокий уровень антинуклеарных антител и анти-ДНК-антител в крови<sup>2</sup>.

- Системная склеродермия – характеризуется интерстициальным фиброзом легких, легочной гипертензией, аспирационным пневмонитом. Для дифференциального диагноза важны наличие кожного фиброза (склеродактилия), поражения пищевода (дисфагия), высокий уровень антител к топоизомеразе I и центромерам в крови<sup>3</sup>.

- Полимиозит/дерматомиозит – может проявляться интерстициальным фиброзом легких, альвеолярным кровотечением, легочной гипертензией. Для дифференциального диагноза важны наличие мышечной слабости,

кожных синдромов (Готтрона папулы, лиловое эритема), высокий уровень ферментов мышечного происхождения (КФК, АЛТ, АСТ) и антисинтезных антител в крови<sup>4</sup>.

- Синдром Шегрена – характеризуется интерстициальным фиброзом легких, лимфоидной инфильтрацией легочной ткани, бронхоэктазами. Для дифференциального диагноза важны наличие синдрома сухости (ксеростомия, ксерофтальмия), высокий уровень ревматоидного фактора и антител к Рo/ССА и Ла/ССБ в крови<sup>5</sup>.

- Современное лечение поражения легких при ревматических болезнях направлено на подавление воспалительного процесса, предупреждение прогрессирования фиброза и легочной гипертензии, коррекцию нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой функций. Основой лечения являются иммуносупрессивные препараты, такие как глюкокортикоиды, цитостатики (циклофосфамид, метотрексат, азатиоприн), антиметаболиты (микофенолат мофетил), генно-инженерные биологические препараты (ритуксимаб, инфликсимаб, токилизумаб). В некоторых случаях применяются антикоагулянты, антибиотики, бронходилататоры, кислородотерапия. При неэффективности консервативного лечения может потребоваться хирургическое вмешательство (плевральная декорткация, трансплантация легких). Важную роль в лечении играют реабилитационные мероприятия, такие как физическая терапия, дыхательная гимнастика, психологическая поддержка<sup>6</sup>.

Использованные литературы:

1. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Лучихина Е.Л. Ревматоидный артрит: современные подходы к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. <sup>2</sup>:

2. Насонов Е.Л., Насонова В.А., Лучихина Е.Л.

- Статья “Поражение легких при системных заболеваниях соединительной ткани” - авторы: Баранов А.А., Чучалин А.Г., Насонов Е.Л., Лучихина Е.Л. - название источника: Российский медицинский журнал, 2019, № 1, с. 5-12.

- Статья “Легочная гипертензия при ревматических заболеваниях” - авторы: Мартынов А.И., Козловская Н.Л., Корнеева И.Е., Шилов Е.М. - название источника: Терапевтический архив, 2019, № 2, с. 67-74.

- Статья “Поражение легких при ревматоидном артрите” - авторы: Лучихина Е.Л., Насонов Е.Л., Каратеев А.Е., Насонова В.А. - название источника: Ревматология, 2019, № 1, с. 18-25.

- Статья “Поражение легких при системной красной волчанке” - авторы: Насонова В.А., Насонов Е.Л., Лучихина Е.Л., Балабанова Р.М. - название источника: Ревматология, 2019, № 2, с. 26-33.

# СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАР КАМҚОНЛИКНИ АСОСИЙ ПАТОГЕНЕТИК

## ОМИЛЛАРИНИ БАХОЛАШ

*Акборова Р.Т, Сулеймонова Д.Н*

*Республика ихтисослашган гематология илмий амалий маркази.*

**Резюме.** Цель исследования - изучить . Материалы исследования - 104 больных с АХЗ, из них 28 мужчин, 76 женщин. Исследованы общий анализ крови и морфологии эритроцитов на фотокалориметре «КФП» 3 позиция, микроскоп «Биолайн». Показатели - сывороточное железо, ферритин, трансферрин, витамин В12, фолиевая кислота, эритропоэтин - изучены на аппарате Roche Hitachi Cobas С 311. Результаты показали, что в 85 -89% случаях выявляется нормохромная нормоцитарная анемия. Основную долю - 83,33% составила анемия средней и тяжелой степени, легкая степень выявлена всего у 16,64%. Результаты исследований основных патогенетических факторов АХЗ показали, что в зависимости от пола у 21-57% пациентов имеется дефицит сывороточного железа, у 8-42.% снижен уровень ферритина. Фолаты снижены у 8-14% пациентов, эритропоэтин снижен у 14 -39%. Повышение показателей цианокобаламина отмечено у 17 -42% пациентов, повышение уровня эритропоэтина у 42 – 13%. Выводы - У больных АХЗ в основном выявляется нормохромная нормоцитарная анемия, основную долю составляет анемия средней и тяжелой степени. Основные факторы патогенеза развития АХЗ, в частности показатели метаболизма железа достоверно ниже у мужчин, а показатели витамина В12, фолиевой кислоты и эритропоэтина достоверно ниже у женщин.

**Хулоса** Сурункали касалликлар камқонлиги (СКК) тарқалиши бўйича темир танқислиги камқонликлардан сўнг иккинчи ўринни эгадидилар ва 70-95% холатларда сурункали кузатадилар. СКК кўп тарқалганига қарамасдан, соғлиқни сақлаш тизимида унинг ташҳислаш, даволаш, профилактика масалаларига бўлган эътибор етарли эмас, бу эса асосий касалликни кечишига салбий таъсир кўрсатади. СКК ни этиопатогенезига, таснифига, даволашига, профилактикасига умумий йўналиш йўқ. Ушбу мақолада турли сурункали касалликлар ва СКК ташҳиси аниқланган ёши 17 дан 84 бўлган 104 эркак ва аёл беморлар орасида текширувлар натижаси келтирилган. Тадқиқотлар натижасида СКК ни 85 -89% нормохром ва нормоцитар турда бўлганлиги аниқланди. СКК 83,33% ни ўрта ва оғир даражали камқонлик ташкил этди, енгил даражали камқонлик фақат 16,64% да аниқланди. СКК ривожланишида асосий патогенетик омиллари ўрганилди, ва натижалар шуни кўрсатдики, темир танқислиги 21-57% беморларда аниқланди (жинсига нисбатдан), ферритин миқдори 8-42.% камайган. Фолатлар 8-14% беморларда пасайган, эритропоэтин эса 14 -39%. Аксинча, цианокобаламин

кшрсаткичи 17 -42% беморларда ошган, эритропозтин эса 42 – 13%.

### Summari

**Актуальность.** Хронические заболевания часто сопровождаются анемией, частота может достигать и 100%, если заболевание имеет высокую продолжительность (1,4,6). Анемия хронических заболеваний (АХЗ) отягощает течение основного заболевания, снижает эффективность лечения, повышает риск различных осложнений (3,7,9). Несмотря на высокую частоту АХЗ внимание к ней со стороны медицинской науки и практики недостаточно, нет единого подхода в вопросам этиопатогенеза, стандартов диагностики и лечения, профилактики анемии. Нет также единой классификации АХЗ, и в большинстве случаев в медицинской практике используется классификация на основе объема эритроцитов: микроцитарная, нормоцитарная, макроцитарная. В зависимости от патофизиологии АХЗ делятся на 2 группы- связанные с недостаточной продукцией эритроцитов и повышенным разрушением эритроцитов (гемолиз) (2). Рядом авторов предлагается разделить АХЗ на 3 группы:

1. «Дефицитные» связанные с дефицитом железа, постгеморрагические, дефицит витамина В12, фолиевой кислоты

2. Анемии сопровождающие опухолевые, аутоиммунные, инфекционно – воспалительные болезни, которые протекают в течение длительного времени.

3. «Гематологические» анемии связанные с нарушением деятельности костного мозга (гемабласты, гемолитические анемии и др.) (5)

Последняя классификация помогает практическим врачам выбрать оптимальную тактику лечения – первая группа лечится у ВОП, вторая группа у соответствующих специалистов по основному заболеванию, третья группа у гематолога. Наиболее сложен патогенез АХЗ второй группы, в основе которого лежит нарушение эритропоза (5.11).

Таким образом, в настоящее время нет единого подхода к классификации АХЗ, этиопатогенезу и лечению. Наука и практика здравоохранения не уделяют достаточного внимания изучению патогенеза развития АХЗ, изучению хотя бы основных факторов патогенеза АХЗ – показателей сывороточного железа, ферритина, витамин В12, фолатов, эритропозтина. Это способствовало бы целенаправленному и эффективному лечению анемии, что в свою очередь повышало бы эффективность лечения основного заболевания, снижало риск летального исхода.. Кроме этого, необходимо учитывать, что в нашей республике широко распространен дефицит железа, фолата (10), и других микронутриентов, которые могут участвовать при развитии АХЗ. Дефицит железа играет основную роль при развитии железодефицитной анемии, наряду с этим он нередко выявляется у больных АХЗ (8).

**Цель исследования** – оценить значимость основных факторов патогенеза развития анемии хронических заболеваний

**Материалы и методы.** В исследование включены 104 больных с различными хроническими заболеваниями, сопровождавшихся анемией, из них 31 городские, 73 сельские жители.. Возраст пациентов с 17 до 84 лет, мужчин 28, женщин 76. Лабораторные исследования общего анализа крови и морфологии эритроцитов проведены на фотокалориметре «КФП» 3 позиция, микроскоп «Биолайн». Биохимические показатели - сывороточное железо, ферритин, трансферрин, витамин В12, фолиевая кислота, эритропоэтин изучены на аппарате Roche Hitachi Cobas C 311.

### **Результаты и обсуждение**

Изучение показателей морфологии эритроцитов у больных с различными хроническими заболеваниями показало, что у большинства больных АХЗ присутствует нормохромная анемия, нормоцитарная. Макроцитарная анемия выявлена среди больных с сахарным диабетом 23,08% и язвенной болезнью 12 перстной кишки 33,33%.. Наибольшее число больных с гипохромной анемией выявлено среди пациентов с язвенной болезнью 12 перстной кишки 16,67%. Гиперхромная анемия выявлена лишь у больных с сахарным диабетом 23,08% и язвенной болезнью 12 перстной кишки Многие источники литературы указывают (5,7,8), что АХЗ в основном нормохромная и нормоцитарная, однако в нашем исследовании выявлена макроцитарная, гипохромная, гиперхромная, микроцитарная формы.

Таблица 1

**Показатели морфологии эритроцитов и цветового показателя у больных с хроническими заболеваниями**

№	Хронические заболевания	Всего анемии	Из них					
			По объёму эритроцитов Абс %			По концентрации железа в эритроцитах Авс %		
			микроцитарная	нормоцитарная	макроцитарная	гипохромная	гиперхромная	нормохромная
1	Стенокардия, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	21	3 14,29	18 85,71	0 0	2 9,52	0 0	19 90,48

ть								
Ревматизм артрит	13	2 15,38	11 84,62	0 0	1 7,69	0 0	12 92,31	
Гипертоническая болезнь хроническая сердечно- сосудистая недостаточность	31	2 6,4 5	29 93,55	0 0	1 3,23	0 0	30 96,77	
Хронический гепатит	14	1 7,14	13 92,86	0 0	1 7,14	0 0	13 92,86	
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	12	3 25,00	5 41,67	4 33,33	2 16,67	4 33,33	6 50,00	
Сахарный диабет	13	1 7,69	9 69,23	3 23,08	1 7,69	3 23,08	9 69,23	
Всего	104	12	85	7	8	7	89	

В нашем исследовании большинство пациентов вошли в группу 61-70 лет, меньше всего в группу 71-84 лет. Среди больных стенокардией, ревматизмом, ГБ преобладал возраст 61-84 г, язвенная болезнь 12 перстной кишки и сахарный диабет наиболее часто выявлены в группе 41-60 лет, 84% больных с хроническим гепатитом состояли в группе 17-60 лет.

Среди больных стенокардией, осложненной хронической сердечно – сосудистой недостаточностью (ХССН) больше половины имели тяжелую степень анемии 46-69 г/л, легкая степень составила лишь 19,05%, среди больных ревматизмом, гипертонической болезнью осложненной ХССН, сахарным диабетом также больше половины имели среднюю и тяжелую степень анемии.. У больных язвенной болезнью 12 перстной кишки преобладала тяжелая степень анемии – 75%. Таким образом, лишь 20% больных АХЗ имели легкую степень анемии, хотя большинство авторов указывают на преимущество легкой степени анемии среди АХЗ (4,9)

Таблица 2

## Показатели гемоглобина у больных с хроническими заболеваниями

№	Хронические заболевания	Всего	Показатели гемоглобина %		
			46-69г/л	70 -90 г/л	91 -130г/л
1	Стенокардия, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	21	11 52,38	6 28,57	4 19,05
2	Ревматизм, артрит	13	1 7,70	6 46,15	6 46,15
3	Гипертоническая болезнь хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	31	3 9,68	19 61,29	9 29,03
4	Хронический гепатит	14	10 71,43	4 28,57	0 0
5	Язвенная болезнь 12 перстной кишки	12	9 75,00	3 25,00	0 0
6	Сахарный диабет	13	5 38,46	7 53,85	1 7,69
	<b>Всего</b>	104	39	45	20

Нами проведены биохимические исследования крови у пациентов для изучения этиопатогенеза развития АХЗ результаты представлены ниже в таблице 3. Средние значения ( $M \pm m$ ) ферритина, сывороточного железа, трансферрина, витамина В12, фолатов, эритропоэтина были в пределах референтных значений. Однако сравнительная оценка результатов между мужчинами и женщинами указывает на достоверную разницу в показателях ферритина, витамина В12, эритропоэтина. Показатели ферритина достоверно ниже ( $P < 0,001$ ) у мужчин, по сравнению с женщинами. В показателях сывороточного железа, трансферрина, фолатов, непрямого билирубина достоверной разницы в зависимости от пола не выявлено ( $P > 0,5$ ). Уровень витамина В12, эритропоэтина достоверно выше у мужчин, чем у женщин ( $P < 0,001$ ). Таким образом, среди больных АХЗ женщины имеют больший риск развития дефицита В12, эритропоэтина, чем мужчины, и наоборот, риск развития дефицита железа выше у мужчин, хотя в медицинской практике женщины чаще болеют железодефицитной анемией, а мужчины дефицитом витамина В12 (2,11).

## Изучение основных факторов патогенеза АХЗ в зависимости от пола

№	Пол	Биохимические показатели анемии M±m						
		Ферритин	Сывороточное железо	Трансферрин	Вит В12	Фолат	Эритропоэтин	Непрямой билирубин
1	Женщины	124,	9,33±	2,35	192,	8,61	41,8	8,61
		17±	1,05*	±	61±	±	5±	±
		7, 11*	*	0,33*	12,8 7*	0,86 **	4,12 *	0,88 **
2	Мужчины	90,3	8,91±	3,24	290,	10,2	207,	10,2
		7±	1,02*	±	14±	4±	31±	4±
		3, 44*	*	0,58*	15,6 4*	0,93 **	10,4 5*	1,04 **

Примечание: \* разница достоверна, \*\* разница недостоверна

Изучение биохимических показателей крови, характеризующих этиопатогенез анемии, указывает на дефицит одних показателей и превышение от нормы других показателей. Так, уровень ферритина ниже нормы у 42,86% мужчин, а у женщин этот показатель составил лишь 8,69%, разница достоверна. Среди женщин достоверно больший процент имеет референтные значения ферритина, чем среди мужчин. Хотя по литературным данным (7,9) у больных АХЗ в большинстве случаев имеется высокие показатели ферритина при низком значении сывороточного железа («функциональный дефицит железа»), в наших исследованиях высокие показатели ферритина установлены лишь в 28-39% случаях. Дефицит сывороточного железа достоверно чаще выявлен у мужчин, чем у женщин 21,74% и 57,14%.

Высокие показатели трансферрина свидетельствуют о дефиците железа (8,10), таких случаев среди мужчин было 42,86%, а среди женщин 17,39%, разница достоверна. Таким образом, в наших исследованиях выявлено еще одно подтверждение, что среди больных АХЗ мужчины чаще страдают дефицитом железа, чем женщины, хотя в популяции населения нашей республики анемией в больше страдают женщины.

Изучение показателей витамина В12, который играет важную роль в гемопоэзе, показало, что среди мужчин дефицит этого витамина выявлен в 14,28% случаях, у женщин не выявлено ни одного случая. Завышенные показатели вит В12 имелись у 42,86% мужчин и 17,39% женщин. Возникает

вопрос о причинах такого явления, чем это обусловлено – питанием, лечением? Этот вопрос требует более глубокого целенаправленного исследования.. Дефицит фолатов выявлен у 14,28% мужчин и 8,69% женщин, разница достоверна, хотя на практике женщины чаще страдают дефицитом фолатов (11), этот вопрос также требует целенаправленного исследования. Завышенных показателей фолатов не выявлено ни в одном случае.

Эритропоэтин один из главных патогенетических факторов АХЗ (11). Как правило показатели эритропоэтина не всегда адекватны степени тяжести анемии (7). В наших исследованиях низкие показатели эритропоэтина имели 14,29% мужчин и 39,13% женщин, разница достоверна. Выше нормы эритропоэтин установлен среди 42,86% мужчин и 13,94% женщин, разница достоверна. Следовательно, у женщин чаще выявляется низкие показатели эритропоэтина, который является одним из основных факторов развития АХЗ.

Таблица 4

**Биохимические показатели основных факторов патогенеза АХЗ в зависимости от пола**

№	Лабораторные параметры	Биохимические показатели анемии %						
		Феррит %	Сывороточное железо %	Трансферрин %	Вит В12 %	Фолат %	Эритропоэтин %	Непрямой билирубин
<b>А</b>	<b>Мужчины</b>							
<b>1</b>	Ниже нормы	42,86	57,14	0,00	14,28	14,28	14,29	0,00
<b>2</b>	Выше нормы	28,57	0,00	42,86	42,86	0,00	42,86	0,00
<b>3</b>	В пределах нормы	28,57	42,86	57,14	42,86	85,72	42,85	100,0
<b>В</b>	<b>Женщины</b>							
<b>1</b>	Ниже нормы	8,69	21,74	0,00	0,00	8,69	39,13	0,00
<b>2</b>	Выше нормы	39,13	8,69	17,39	17,39	0,00	13,94	0,00
<b>3</b>	В пределах нормы	52,18	69,57	82,61	82,61	91,31	46,93	100,0

Таким образом, в нашем исследовании изучены такие основные факторы патогенеза АХЗ как сывороточное железо, ферритин, витамин В12, фолиевая кислота, эритропоэтин, которым в обычной медицинской практике не уделяется достаточного внимания. В результате этого в лечении АХЗ обычно применяется гемотрансфузия эритроцитарной массы, а случаев обоснованного применения препаратов железа, эритропоэтина, цианокобаламина и фолиевой кислоты практически не встречается. Полученные результаты исследования будут способствовать внедрению патогенетического подхода к диагностике и лечению АХЗ в медицинской практике.

### **ВЫВОДЫ**

1 У больных АХЗ в 85 -89% случаях выявляется нормохромная нормоцитарная анемия, при этом основную долю - 83,33% составляет анемия средней и тяжелой степени, легкая степень выявлена всего у 16,64%.

2 Исследования основных патогенетических факторов АХЗ указывают, что в зависимости от пола у 21-57% пациентов имеется дефицит сывороточного железа, у 8-42.% снижен уровень ферритина.

3 Изучение показателей витамина В12, который играет важную роль в гемопоэзе, показало, что среди мужчин дефицит этого витамина выявлен в 14,28% случаях, у женщин не выявлено ни одного случая. Завышенные показатели вит В12 имелись у 42,86% мужчин и 17,39% женщин

4. Низкие показатели эритропоэтина у женщин выявляются чаще, чем у мужчин, 39,13% и 14,29% соответственно. Выше нормы эритропоэтин установлен среди 42,86% мужчин и 13,94% женщин.

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА.**

*Ганиев С.С.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья.*

Первой по значимости причиной смерти среди детей является пневмония – ежегодно она уносит жизни 1,8 млн детей в возрасте до 5 лет, > 98 % из которых проживают в развивающихся странах Пневмония является одним из распространенных заболеваний органов дыхания и по прежнему остается в числе лидирующих причин смерти от инфекционных заболеваний в развитых странах.

В настоящее время термин "пневмония" означает острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое при наличии синдрома дыхательных расстройств и / или физикальных данных,очаговых или инфильтративных изменениях на рентгенограмме[4]. При определении

внебольничной пневмонии (ВП) преимущественно указывается бактериальная этиология заболевания. Данные отечественной и зарубежной литературы об этиологии пневмоний у детей весьма противоречивы. У детей в возрасте 6 мес. – 5 лет в основном отмечается доминирующая роль бактериальных возбудителей в этиологии ВП, в первую очередь пневмококка (в 70–90 % случаев) [5, 8]. *Haemophilus influenzae* типа В выявляются реже (до 10 %). Атипичные пневмонии, вызванные *Mycoplasma pneumoniae*, наблюдаются у 15 % больных, а *Chlamydia pneumoniae* – у 3–7 % . Несмотря на частое выделение респираторных вирусов при ВП у детей, считается, что вирус выступает как фактор, способствующий инфицированию нижних дыхательных путей бактериальной флорой. У детей старше 5 лет пневмококковые пневмонии составляют 35–40 % случаев, атипичные пневмонии, вызванные *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*, – 23–44 и 15–30 % соответственно. *H. influenzae* типа В практически не выявляется, в редких случаях ВП вызывается пиогенным стрептококком В. В некоторых исследованиях указывается на преобладающее значение респираторных вирусов в этиологии пневмонии у детей дошкольного возраста. Среди респираторных вирусов, способных стать причиной пневмонии, наибольшее значение имеют респираторно-синцициальный вирус (РСВ) и вирус парагриппа 1го и 3го типов, менее значимы вирусы гриппа А и В и аденовирусы. Описаны пневмонии, обусловленные вирусами кори, краснухи, ветряной оспы. По данным С.С.Ким и соавт.(2012), среди выделенных от больных среднетяжелой ВП вирусов преобладают РСВ (27 %) и риновирус (20 %), реже обнаруживаются метапневмовирус и вирус гриппа А (по 13 % соответственно). По данным зарубежной литературы, *Streptococcus pneumoniae* является наиболее частым этиологическим агентом ВП у детей в возрасте 1–4 мес., реже встречается *H. influenzae* типа В, *Moraxella catarrhalis* и *Staphylococcus aureus*. У детей старше 4 мес. ВП вызывается вирусами, чаще всего РСВ. *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae* – частая причина ВП у детей школьного возраста и взрослых. Смешанная инфекция имеет место в 25–40 % случаев ВП, наиболее часто встречается комбинация *S.pneumoniae* с РСВ или *M. pneumoniae*. По данным J. A. Marx et al. (2013), вирусные агенты являются возбудителями 60–90 % случаев ВП у детей, смешанная вирусно-бактериальная этиология пневмонии имеет место в 1/3 случаев. *Bordetella pertussis* при пневмониях встречается обычно у детей до 1 года, но может иметь место и у детей более старшего возраста и взрослых. По данным американских врачей, вирусная этиология ВП у детей до 5 лет, госпитализированных в стационар, встречается в 45 % случаев. В отличие от бронхоолита, наиболее часто диагностируемого у детей на 1м году жизни, вирусные пневмонии чаще всего имеют место у детей 2–3 лет. Целью исследования явилось определение

этиологической структуры ВП у детей в зависимости от возраста.

**Материалы и методы** Под наблюдением находились дети ( $n = 145$ ) в возрасте от 1 мес. до 17 лет, получавшие лечение в клинике ФГБУ "Научно-исследовательский институт детских инфекций" ("НИИДИ") по поводу респираторной инфекции, осложненной развитием ВП средней степени тяжести. Дети поступали в среднем в течение  $8,5 \pm 1,1$  дня острого респираторного заболевания; до заболевания 79,7 % из них посещали детское учреждение. У 53 из 143 больных до госпитализации отмечались повторные респираторные заболевания (в среднем  $3,2 \pm 0,2$  эпизода в течение  $4,4 \pm 0,3$  мес.). Дети госпитализировались в полубоксированное отделение; 5 (3,5 %) пациентов госпитализировались в отделение реанимации и интенсивной терапии, где получали лечение в течение  $3,7 \pm 0,4$  суток, после чего были переведены в отделение респираторных инфекций.

Этиологическая диагностика проводилась следующими методами: микробиологические исследования ларинготрахеального смыва методом микроскопии и полуколичественным бактериологическим методом с последующей идентификацией выделенных культур микроорганизма и определением их чувствительности к антибиотикам; серологический – определение иммуноглобулина (Ig) M и G к *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* методом иммуноферментного анализа (ИФА); молекулярно-биологический – определение нуклеиновых кислот возбудителей острого респираторного заболевания (ОРВИ) (грипп, парагрипп, аденовирус, РСВ, рино-, метапневмокока, коронавируса), *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae* в мазках из верхних дыхательных путей с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Рентгенологическое исследование и забор материала для бактериологического и молекулярно-биологического исследования на ОРВИ, *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* проводилось в 1е сутки (у 83,9 % пациентов) после поступления в стационар или на 2е сутки (у 16,1 %). У больных ( $n = 53$ ) с затяжным и / или рецидивирующим течением респираторного заболевания, осложненного пневмонией, в крови определялись ДНК вирусов Эпштейна–Барр (ВЭБ), цитомегало вируса (ЦМВ) и герпеса человека 6го типа (ВГЧ6) с использованием ПЦР, а также IgM и G – с помощью ИФА. Обследование детей с частыми и затяжными респираторными инфекциями в анамнезе на ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ6 проводилось в 1е сутки после поступления в 43,4 % случаев; на 2е – в 15,1 %; на 6–10е – в 41,5 % случаев. Детям с клинической картиной коклюша ( $n = 3$ ) методом ПЦР проводилось исследование мазков на *B. pertussis* с задней стенки глотки. У пациентов ( $n = 7$ ) с подозрением на энтеровирусную инфекцию определялся антиген энтеровируса в крови методом модифицированной реакции связывания

комплемента.

Статистическая обработка материала проводилась в программе Statistica 5,0 с использованием критерия Стьюдента (ttest).

**Результаты и обсуждение** Среди пациентов, получавших лечение в стационаре по поводу респираторной инфекции, осложненной развитием ВП средней степени тяжести, преобладали дети (62,1 %) в возрасте от 1 года до 4 лет, пациенты в возрасте до 1 года составили 7,6 %, старше 7 лет – 15,8 %. Распределение детей с ВП по возрасту представлено в таблице. В зависимости от результатов рентгенологического исследования в 21,0 % случаев диагностированы моноsegmentарные пневмонии (с поражением нижней доли – у 14,0 %, средней – у 4,2 % и верхней – у 2,8 % больных) и полиsegmentарные пневмонии (79,0 %; из них долевыe – у 27,3 %; верхнедолевыe – у 4,2 %; среднедолевыe – у 19,6 %; субдолевыe с поражением нижней доли – у 3,5 % детей). Чаще наблюдались правосторонние пневмонии (69,2 %), левосторонние – в 24,5 % и 2сторонние – в 6,3 % случаев. Осложнения в виде реактивного плеврита наблюдались у 10,5 % детей (парапневмонический – у 6,3 %; метапневмонический – у 4,2 %) и развития ателектаза – у 13,3 % пациентов. Возбудители ОРВИ были выявлены у 53 % обследованных. Наиболее часто выявлялись РСВ (30 %) и вирус гриппа (13 %).

Маркеры активной герпесвирусной инфекции у детей (n = 53) с затяжным и / или рецидивирующим течением респираторного заболевания, осложненного пневмонией, выявлялись в 77 % случаев. Чаще диагностировался ЦМВ (70 %, причем 15 % из них – в ассоциации с ВЭБ и / или ВГЧ, значительно реже выявлялись маркеры активной инфекции ВЭБ – у 17 % обследованных, ВГЧ6 – у 13 %). При культуральном исследовании ларинготрахеального аспирата в 69 % случаев не были верифицированы патогенные микроорганизмы, что связано с забором материала на фоне начатой в течение 1–2 суток (67,8 %), а подчас и длительной, начатой амбулаторно антибактериальной терапии. До поступления в стационар 32,2 % детей получали антибактериальный препарат в течение  $2,8 \pm 0,6$  дня (11,2 % – амоксициллин; 7,7 % – амоксициллин / клавуланат; 3,5 % – азитромицин; 2,1 % – рокситромицин; 4,2 % – цефуроксим; 3,5 % – цефиксим). При микроскопии материала бактериальные возбудители выявлены в 42 % случаев, признаки вирусного поражения – в 80 %, хламидийной инфекции – в 11%. По результатам комплексной диагностики из бактериальных возбудителей чаще всего выявлялся пневмококк (у 23 % больных), реже – стафилококк (у 10 %), респираторные хламидии (у 9 %) и микоплазмы (у 7 %), стрептококк (у 5 %), гемофильная палочка (у 4 %).

В результате анализа частоты выявления наиболее значимых возбудителей

пневмонии в зависимости от возраста установлены достоверные различия.

РСВ этиология пневмонии доминировала у детей до 4 лет (33–36 % случаев) и не была выявлена ни у одного ребенка с ВП старше 4 лет ( $p < 0,001$ ). Гриппозная этиология пневмонии диагностирована у детей старше 1 года: в 3 % случаев – у детей 1 года – 3 лет; у 15 % больных в возрасте 3–4 лет и у 9 % детей старше 4 лет. Вирус парагриппа при пневмонии выявлялся только у детей 3–7 лет (4 % случаев); аденовирус – у 9 % детей до 1 года и у 4 % пациентов в возрасте 1 года – 7 лет; бокавирус – у 3,5 % детей в возрасте 1 года – 3 лет (рис.3).

Маркеры активной ЦМВ инфекции определялись у 18 % детей до 1 года, у 21–26 % – 1 года – 7 лет достоверно реже – у школьников (9 %;  $p < 0,05$ ). Активная инфекция ВЭБ диагностировалась у детей с ВП старше 1 года, включая школьников (4–10 % случаев), и не встречалась в группе детей до 1 года ( $p < 0,05$ ). ДНК ВГЧ выявлялись в крови в 7,2 % случаев ВП у детей в возрасте 1 года – 7 лет и не диагностировались в группе детей до 1 года и школьников ( $p < 0,05$ ). У 7 % детей с ВП в возрасте 1–2 лет выявлена ассоциация энтеровируса и ЦМВ. Среди бактериальных возбудителей у пациентов с ВП наиболее часто выявлялся пневмококк: в возрасте до 1 года – у 9 %; 1–4 года – у 26 %; старше 4 лет – у 14–18 % (рис. 5). Гемофильная инфекция диагностировалась у 3 % детей с ВП в возрасте 1–2 лет и у 7,5 % – 3–7 лет, стрептококковая – у больных старше 1 года, включая школьников (3 % случаев). Клебсиелла выделена только у 9 % детей до 1 года. Хламидийная пневмония диагностировалась в 6,3 % случаев у детей 1 года – 7 лет и наиболее часто – среди школьников (22 %;  $p < 0,05$ ). Микоплазменная пневмония диагностировалась в основном у школьников (26 %;  $p < 0,01$ ). У детей до 1 года в 9 % случаев пневмония была связана с коклюшной инфекцией. Частота выделения вирусных, бактериальных и одновременно вирусных и бактериальных возбудителей ВП в зависимости от возраста представлена в группе детей до 4 лет вирусы определялись в 62 % случаев; 4–7 лет – в 43 %; школьного возраста – в 17 % ( $r = -0,91$ ;  $p < 0,01$ ). Бактериальные возбудители определялись у 36 % больных до 1 года; у 41 % детей 3го года жизни; у 28 % детей 4–7 лет, у 61 % школьников ( $r = 0,72$ ;  $p > 0,05$ ). Частота смешанных вирусно бактериальных пневмоний также снижалась с возрастом ( $\geq 30$  % – у детей до 4 лет;  $\leq 14$  % – у детей 4–7 лет и у 4 % школьников;  $r = 0,87$ ;  $p < 0,05$ ). Согласно действующим протоколам лечения пневмонии, все больные получали антибактериальную терапию. В 47,6 % случаев отмечен удовлетворительный эффект: температура нормализовалась в течение 2 суток, аускультативная симптоматика купировалась в течение  $5,8 \pm 0,6$  дня, катаральный синдром – за  $9,2 \pm 1,1$  дня. В 25,8 % случаев отмечалось сохранение лихорадки к 3–4 му дню, при этом потребовалась смена антибактериального препарата, а у 14,0 % пациентов –

добавление противовирусной терапии (при подтверждении аденовирусной или герпесвирусной инфекции). У 17,5 % больных отмечалось улучшение, однако при сохраняющемся стойком субфебрилитете  $> 37,5$  °C и катаральном синдроме в 10,5 % случаев потребовались замена антибактериальных препаратов, а в 11,2 % – добавление противовирусной терапии. В 7,0 % случаев отмечалось улучшение, затем последовала 2я волна лихорадки, связанная с внутрибольничным инфицированием вирусом. У 2,1 % больных сохранялась лихорадка, связанная с развитием выпотного плеврита, в связи с этим они были переведены в стационар с хирургическим отделением.

### **Заключение**

Вирусные возбудители у детей с ВП в возрасте от 1 мес. до 4 лет определялись в 2/3 случаев, тогда как бактериальные агенты при использовании бактериологических методов исследования – у 36–41 % пациентов. Среди вирусов респираторной группы чаще выявлялись РСВ, а из группы герпесвирусов – ЦМВ. У детей старше 4 лет наблюдалось снижение роли вирусов в формировании ВП (у 43 % детей 4–7 лети у 17 % – школьного возраста), тогда как роль бактериальных возбудителей возрастала (от 36 % случаев – у детей 1го года жизни до 61 % – у школьников). У 48 % школьников в случаях, потребовавших госпитализации, выявлена ВП, вызванная атипичными возбудителями – хламидией и микоплазмой

## **QORA MARJONDARAXT (SAMBUCUS NIGRA) -(SHILVIDOSHLAR) NING KIMYOVIY TARKIBI VA TABOBATDA QO'LLANILISHI BLACK MARIGOLD (SAMBUCUS NIGRA)- THE CHEMICAL COMPOSITION OF(SLUGS) AND ITS USE IN MEDICINE**

*G'ulomova N. Sh.*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.*

**Annotatsiya:** ushbu tezisdagi O'zbekistonda uchraydigan qora marjondaraxt (*Sambucus nigra*) -(shilvidoshlar) o'simligini morfologiyasi, kimyoviy tarkibi, farmakologiyasi va halq tabobatida ishlatilishi to'g'risida so'z borgan.

**Annotation:** this thesis spoke about the morphology, chemical composition, pharmacology and use of the black Marigold (*Sambucus nigra*) -(slugs) plant found in Uzbekistan in folk medicine.

**Аннотация:** В этой диссертации рассматривается морфология, химический состав, Фармакология и использование растения черного коралла (*Sambucus nigra*) - произрастающего в Узбекистане, в народной медицине.

**Kalit so'zlar:** qora marjondaraxt (*Sambucus nigra*) -(shilvidoshlar), *Sambucus*

nigra,terlatuvchi, siydik haydovchi, burushtiruvchi sifatida, og'izni chayish.

**Ключевые слова:** черное коралловое дерево (*Sambucus nigra*) -*Sambucus nigra*,как потоотделитель, мочегонное средство, средство для полоскания рта.

**Keywords:** Black Marigold (*Sambucus nigra*) - (slugs), *Sambucus nigra*,as a sweater, urinator, curler, mouthwash.

**Qora marjondaraxtning botanik tavsifi:**(shilvidoshlar) oilasiga mansub o'simliklar turkumi. Buta yoki kichkina daraxt, ba'zan ko'p yillik o't. Ikkala yarimsharda 40 ga yaqin turi tarqalgan. O'zbekistonda qora marjondaraxt (*S.nigra*) turi o'sadi. U yirik buta yoki daraxtcha; guli sarg'ish-oq, mayda, to'pguli soyabonsimonro'vaksimon, mevasi krramtirbinafsha, guli va mevalari vinoga rang berish va xushbo'y qilish uchun ishlatiladi; manzarali o'simlik. Shingilsimon, qizil yoki oddiy marjondaraxt (*S.racemosa*) — ser-shox buta yoki daraxtcha; guli oqish yoki yashilsariq, to'pguli tuxumsimon; mevasi qizil. O'tsimon marjondaraxt yoki buzniq (*Sebulus*) — ko'p yillik qo'lansa o't, bo'yi 0,5—1,5 m. Qora marjondaraxt va o'tsimon marjondaraxt gullarining qaynatmasi terlatuvchi, siydik haydovchi, burushtiruvchi sifatida va og'izni chayish uchun ishlatiladi. Qora marjondaraxt (*Sambucus nigra* L.) ning guli oq yoki sariq rangda. U aprel-may oylarida gullaydi. Ular yigilib novdaning ucliida ko'p gulli to'pgul hosil qiladi. Mevasi iyul-avgust oyida etiladi, qora, eti qora-qizg'ish bo'lib, uchta urug'i bor. Urug'i mayda. tuxumsimon. Kuzda ekilgan urug'lar uchun ekish oldi tayyorgarligini o'tashlari shart emas, ular tuproqning o'zida tabiiy stratifikatsiyani o'taydilar. Bahorda sepiladigan bo'lsa, albatta stratifikatsiya qilinishi zarur, aks holda unib chiqmaydi. Qora marjon daraxt to'nkasidan ko'karadi, parxish yo'li biian, qalamchasidan ko'paytiriladi.

**Tarqalishi:**U o'rmonzorlarda, yo'l bo'ylarida. turli tashlandiq yerlarda o'sa beradi. Marjondaraxtning bu turi MDHning Yevropa qismida, Kavkazda va Qrimda yovvoyi holda o'sadi. U Kichik Osiyoda ham tarqalgan. Soyaga, qurg'oqchilikka chidamli buta. Nam yerda yaxshi o'sadi.

**Kimyoviy tarkibi:**gullarda-glikozidlar (gidrosiyan kislotasi, benzaldegid va glyukozaga bo'linadigan sambunigri va boshqalar), yarim qattiq efir moyi (0,27-0,32 %, uning muhim qismi terpenlar), xolin, rutin; konin va sanguinarin alkaloidlari; karotin; kislotalar: askorbin (82 mg% [3]), sirka, olma, xlorogen, kofe, valerian va boshqalar; taninlar, shilimshiqlar, pentozanlar, qatronlar, mineral tuzlar mevalarda antosiyaninlar, askorbin kislotasi (10-49 mg%), karotin, rutin, sambucin, xrizantemin, taninlar (0,29—0,34 %), karboksilik kislotalar va aminokislotalar (tirozin), shakar, efir moylarining izlari mavjud urug'larda-yog'li yog' va sambunigrin barglarda: quruq xom ashyoda — sambunigrin (0,11 %), laksatif xususiyatlarga ega qatronlar, oz miqdordagi efir moyi. Yangi barglarda askorbin kislotasi 200-280 mg%, karotin mavjud ildizlarda-saponinlar, taninlar va achchiq moddalar,qobiqda efir moyi, xolin, triterpen birikmalari, ursolik kislota metil efiri, betulin, a-amirin, b-sitosterol, seril spirti, xolin, fitosterollar, shakar, organik kislotalar, pektin va taninlar mavjud.

**Farmakologiyasi:**Qora marjondaraxt gullaridan tayyorlangan preparatlar

diaphoretik , diuretik, yallig'lanishga qarshi, dezinfektsiyalovchi ta'sirga ega. Ular infuziyalar, zarbalar, damlamalar, shamollash, gripp, yuqori nafas yo'llari, buyraklar va siydik pufagi kasalliklari, og'iz bo'shlig'ini yuvish uchun ishlatiladi. Ginekologiyada qora oqsoqol gullarining infuziyalari va damlamalari qinning yallig'lanish kasalliklari uchun , vannalar uchun ishlatiladi. marjondaraxt po'stlog'i ham diuretik xususiyatlarga ega, bu klinik kuzatuvlar bilan tasdiqlangan. Qabziyat uchun ular yangi yoki quritilgan qora marjondaraxt tayyorlangan jele ichishadi. Gullarning infuzioni og'iz va tomoqning yallig'lanish kasalliklari, kompresslar va parrandalarni yuvish uchun ishlatiladi.

Antioksidantlarga boy qora marjondaraxt meva sharbati gripp virusining tarqalishini kasallik tsiklining keyingi bosqichlarida, hujayralar allaqachon virus bilan kasallanganida samarali ravishda himoya qiladi. Ushbu antiviral faollik uning antosiyanidin birikmalariga (ayniqsa, uning asosiy faol birikmasi, siyanidin-3-glyukozid) — homilaga yorqin binafsha rang berish uchun mas'ul bo'lgan fitonutrientlarga bog'liq bo'lishi mumkin.

**Foydali va dorivor xususiyatlari:** Xalq tabobatida qora marjondaraxt gullarining damlamalari buyrak kasalliklari, revmatizm, podagra va bo'g'imlarning yallig'lanishi uchun olinadi. Sutda qaynatilgan yosh marjondaraxt barglari tashqi tomondan kuyish, furunkul, yo'rgak toshmasi, gemorroy yallig'lanishi uchun yallig'lanishga qarshi vosita sifatida ishlatiladi. Kasal bo'g'inlar, shuningdek, teng ravishda olingan marjondaraxt va romashka gullari aralashmasi bilan qaynoq suv bilan qoplashni tavsiya qiladi (yumshoq to'plam). Qandli diabet uchun qora marjondaraxt ildizlaridan tayyorlangan damlamalar tavsiya etiladi, ammo bunday davolanishning samaradorligi to'g'risida ishonchli ma'lumotlar yo'q.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar ro'yhati:**

1. I.R.Asqarov."O'zbekiston tabobat akademiyasi a'zolari".-T:"Fan va tehnologiya",2019y.,280b.
2. I.R.Asqarov."Tovarlar kimyosi".Monografiya.Toshkent-2019y.,1001b.
3. I.R.Asqarov."Tabobat qomusi".Toshkent."Mumtoz so'z" nashriyoti.2018.-390b.
4. I.R.Asqarov, Yu.T.Isaev, A.G.Mahsumov, SH.M.Qirg'izov Organik kimyo.T:G'.G'ulom, 2012.
5. Jo'raboyeva G.B., Po'latova Sh.B, Agzamova G.S. Буйрак фибрози маркерларини ревматоид артрит касаллигида баҳолаш. Вестник ТМА № 5 2023.

## **НАРАСТАНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Норов Ш.Ш.  
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика  
Узбекистан*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) среди ведущих причин смертности населения во всем мире занимает третье место. Среди людей до 70 лет почти в 90% случаев смерти от ХОБЛ происходит в странах с низким и средним социальным и экономическим уровнем. В странах с высоким экономическим уровнем дохода более 70% случаев ХОБЛ связаны с курением, а среди населения с низким и средним уровнем дохода курение является причиной в 30-40% случаев ХОБЛ. Кроме того, одним из ведущих факторов риска этого заболевания является загрязнение воздуха в помещениях. ХОБЛ неизлечима, однако ее течение можно облегчить, пройдя вакцинацию, отказавшись от курения и исключив воздействие загрязненного воздуха.

**Цель исследования.** Оценка и мониторинг нарушений функций дыхательной системы у больных страдающих хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от клинических проявлений и тяжести течения заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 115 пациентов ХОБЛ в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст 48,6 лет), находящихся на обследовании и лечении в стационаре. Стаж заболевания в среднем составил 15,6 лет.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате «Pneumoscope» (Erich Jaeger, Германия). Оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), мгновенные максимальные объемные скорости на выдохе 25, 50 и 75% (МОС 25, МОС 50, МОС 75), выраженных в процентах от должных величин, пиковая скорость выдоха, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ (индекс Тиффно) было изучено у 115 больных ХОБЛ.

**Полученные результаты:** у больных ХОБЛ с утяжелением степени течения заболевания нарастает интенсивность клинической симптоматики, что выражается в достоверном увеличении их балльной оценки.

Утяжеление степени тяжести заболевания у больных ХОБЛ характеризуется выраженными кардиологическими и респираторными нарушениями. Характеристика респираторных нарушений, отражает, то, что с утяжелением

состояния больных нарастает выраженность обструктивных и рестриктивных нарушений. С прогрессированием степени обструкции бронхов у больных ХОБЛ резко возрастает частота и степень выраженности синдрома утомления респираторных мышц (СУРМ).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ХОБЛ с тяжелыми нарушениями бронхиальной проходимости и показателями ОФВ1 менее 30% от должной величины в 96,3% случаев диагностируется резкая степень СУРМ с индексом менее 21,6 от диагностического значимого уровня. У больных ХОБЛ с умеренными обструктивными нарушениями тяжелую степень СУРМ имеют лишь 23,2% больных.

**Выводы:** С прогрессированием степени тяжести заболевания отмечается не только усугубление интенсивности клинических симптомов заболевания, но и нарастание степени кардиологических и респираторных нарушений, что характеризуется высокой частотой развития синдрома утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ с резкой степенью выраженности (96,3%).

## **ВЛИЯНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА УТОМЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

*Ш.С. Гулямова к.м.н., М.С. Салаева доцент, к.м.н.*

*Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Обострения ХОБЛ (периодическое усиление кашля, одышки и продукции мокроты) вносят серьезный вклад в снижение легочной функции, качества жизни, повышение потребности в неотложной помощи и госпитализациях, а также в стоимость лечения больных. В последние десятилетия выполнены исследования, по результатам которых существенно углубилось понимание патогенеза ХОБЛ и расширились терапевтические возможности. Одним из ведущих факторов риска этого заболевания является табакокурение и загрязнение воздуха в помещениях. ХОБЛ неизлечима, однако ее течение можно облегчить, устранив основные причины этого заболевания и пройдя вакцинацию.

**Цель исследования.** Оценка нарушений функций дыхательной системы у больных страдающих хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от клинических проявлений и тяжести течения заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 115 пациентов ХОБЛ в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст 48,6 лет), находящихся на обследовании и лечении в

стационаре со стажем заболевания в среднем 15,6 лет.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате «Pneumoscope» (Erich Jaeger, Германия). Оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), мгновенные максимальные объемные скорости на выдохе 25, 50 и 75% (МОС 25, МОС 50, МОС 75), выраженных в процентах от должных величин, пиковая скорость выдоха, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ (индекс Тиффно) было изучено у 115 больных ХОБЛ.

**Результаты исследования.** Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ХОБЛ с тяжелыми нарушениями бронхиальной проходимости и показателями ОФВ1 менее 30% от должной величины в 96,3% случаев диагностируется резкая степень синдрома утомления респираторных мышц с индексом менее 21,6 от диагностического значимого уровня. У больных ХОБЛ с умеренными обструктивными нарушениями тяжелую степень СУРМ имеют лишь 23,2% больных (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительные показатели степени нарушений вентиляции легких со степенью выраженности синдрома утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ**

Степени ОФВ1 в %	n	Степень выраженности СУРМ		
		Умеренная (65,1 – 43,4)	Значительная 43,4 – 21,6	Резкая < 21,6
≥ 50 < 80	43	<u>3</u> 7,0±3,9	<u>30</u> 69,8±7,0	<u>10</u> 23,2±6,4
> 30 < 50	45	–	<u>5</u> 11,1±4,7	<u>40</u> 88,9±4,7
< 30	27	–	<u>1</u> 3,7±3,6	<u>26</u> 96,3±3,6
<b>P</b>	1-2	–	<0,001	<0,001
<b>P</b>	1-3	–	<0,001	<0,001
<b>P</b>	2-3	–	>0,2	>0,2

**Примечание:** в числителе – абсолютные значения, в знаменателе – проценты.

С утяжелением степени тяжести со II-IV у больных ХОБЛ в 1,6 раза чаще (с 47,2±8,3 до 76,6±6,2%, p<0,01) возникают нарушения ритма сердца; в 2,8 раза чаще диагностируется отклонение оси сердце вправо (с 8,3±4,6 до 23,4±6,2%, p<0,05), в

10 раз (с  $5,5 \pm 3,8$  до  $55,3 \pm 7,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) чаще выявляется R-pulmonale и в 4,4 раза (с  $8,3 \pm 4,6$  до  $36,2 \pm 7,0\%$ ,  $p < 0,001$ ) чаще регистрируется гипертрофия правого желудочка (S-тип).

#### **Выводы:**

С прогрессированием степени тяжести заболевания отмечается не только усугубление интенсивности клинических симптомов заболевания, но и нарастание степени кардиологических и респираторных нарушений, что характеризуется высокой частотой развития синдрома утомления респираторных мышц у больных ХОБЛ с резкой степенью выраженности (96,3%); тяжелыми нарушениями ритма сердца (76,6%); гипертрофией правых отделов сердца (36,2%) и наличием R-pulmonale (55,3%), а также различной степени гипоксемии (75,0%).

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ**

*Китаева Н. Х.*

*Ферганский институт охраны общественного здоровья*

**АННОТАЦИЯ:** Данная научная статья посвящена изучению вопросов антибактериальной терапии при тяжелой пневмонии, представляя актуальную проблему современной медицины. В работе анализируются основные аспекты применения антибиотиков, оптимальные схемы терапии, их эффективность, а также рассматриваются возможные осложнения и меры профилактики. Авторы обращают внимание на важность рационального подхода к назначению антибиотиков с учетом микробиологического профиля и резистентности возбудителей, а также показывают необходимость индивидуализированного подхода к каждому клиническому случаю тяжелой пневмонии. Результаты исследования могут быть полезными для врачей-терапевтов, инфекционистов и специалистов по респираторным заболеваниям для улучшения результатов лечения пациентов с тяжелой пневмонией.

**Ключевые слова:** тяжелая пневмония, антибактериальная терапия, микроорганизмы, антибиотики, лечение дыхательных заболеваний, резистентность к антибиотикам, комбинированная терапия, индивидуализация лечения.

Тема "Антибактериальная терапия тяжелой пневмонии" касается одной из актуальных проблем в медицине и здравоохранении – тяжелой пневмонии. Тяжелая пневмония является серьезным заболеванием, характеризующимся воспалением легких, которое приводит к нарушению их функций. Это заболевание имеет высокую распространенность по всему миру и может иметь серьезные последствия для здоровья пациентов.

Важной составляющей успешного лечения тяжелой пневмонии является

антибактериальная терапия. Поскольку основная причина тяжелой пневмонии связана с бактериальной инфекцией, применение антибиотиков и других антимикробных средств становится неотъемлемой частью лечения.

Существующие микроорганизмы, вызывающие тяжелую пневмонию, могут проявлять резистентность к некоторым антибиотикам, что делает проблему терапии более сложной. Поэтому требуется глубокое изучение микробиологической активности антимикробных препаратов и разработка оптимальных режимов антибактериальной терапии, индивидуально подходящих к конкретному случаю.

В данной теме обсуждаются как общепринятые методы лечения тяжелой пневмонии, так и новые тенденции в антибактериальной терапии. Рассматривается эффективность различных антибиотиков и их комбинированное применение, а также проблемы, связанные с возникновением резистентности микроорганизмов. Анализируются клинические проявления болезни, аспекты диагностики и индивидуализации лечения.

Таким образом, изучение и обсуждение этих аспектов позволяет сформировать более эффективные методы лечения тяжелой пневмонии и повысить качество медицинской помощи при данном заболевании.

Существует несколько ключевых аспектов, которые позволяют сформировать более эффективные методы лечения тяжелой пневмонии и улучшить качество медицинской помощи при данном заболевании:

*Раннее выявление и диагностика:* Очень важно своевременно распознать тяжелую пневмонию и провести комплексное обследование, включая клинические, лабораторные и инструментальные методы. Быстрое начало адекватного лечения имеет решающее значение.

*Разработка эффективных протоколов лечения:* Необходимо разработать стандартизированные протоколы антимикробной терапии с учетом локальной эпидемиологии и резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

*Индивидуальный подход к лечению:* Учитывая различия в возрасте, состоянии здоровья и иммунитете пациентов, необходим персонализированный подход к выбору антибиотиков и их дозировке.

*Комплексный подход к реабилитации:* Важно не только эффективно лечить саму инфекцию, но и проводить реабилитацию легких, физиотерапию, упражнения дыхания и физическую реабилитацию для улучшения качества жизни пациентов после перенесенной тяжелой пневмонии.

*Образование пациентов:* Необходимо предоставлять пациентам информацию о заболевании, его профилактике и последствиях. Образование способствует более ответственному отношению к своему здоровью.

*Контроль за процессом лечения и мониторинг:* Следует установить систему

контроля за проведением антимикробной терапии и реабилитации, а также внедрить системы мониторинга состояния здоровья пациентов после выписки.

*Исследования и разработки новых методов лечения:* Непрерывное исследование и разработка новых препаратов, методов диагностики и лечения тяжелой пневмонии являются ключевыми аспектами для повышения эффективности терапии.

Для повышения эффективности лечения тяжелой пневмонии и улучшения качества медицинской помощи, необходимо уделять внимание не только антимикробной терапии, но и всем аспектам комплексного подхода к пациенту. Это включает в себя разработку оптимальных схем антибактериального лечения, правильное дозирование препаратов, учет особенностей организма каждого пациента и возможные факторы риска.

Неправильное дозирование препаратов может иметь серьезные последствия и увеличивает риск различных осложнений. Рассмотрим факторы риска, связанные с неправильным дозированием препаратов:

*Персональные характеристики пациента:* Возраст, пол, вес, состояние здоровья, функция органов (особенно почек и печени) - все эти факторы могут влиять на способность организма усваивать и обрабатывать препараты.

*Патологические состояния:* Некоторые заболевания могут изменять обработку препаратов в организме. Например, заболевания почек или печени могут замедлить метаболизм препаратов.

*Взаимодействие с другими препаратами:* При совместном применении нескольких препаратов возможно усиление или ослабление действия одного из них, что требует коррекции дозировки.

*Подбор дозы по общепринятым нормам:* Иногда врачи руководствуются общими стандартами дозирования, не учитывая индивидуальные особенности пациента.

*Несоблюдение рекомендаций:* Пациенты могут неправильно понимать или не соблюдать рекомендации врача относительно приема препаратов, что может привести к недозировке или переизбытку.

*Самолечение:* Самостоятельное назначение дозы без консультации с врачом может привести к неправильному выбору дозировки.

*Неправильное разведение или приготовление препарата:* Ошибки при разведении порошков, жидкостей, неправильное хранение могут привести к недозировке или переизбытку.

*Изменение реакции организма в процессе лечения:* Иногда пациент может развивать переносимость или аллергические реакции на препарат, что требует коррекции дозировки.

Для предотвращения ошибок в дозировке необходимо строго

придерживаться рекомендаций врача, брать препараты только по назначению, информировать врача о всех принимаемых препаратах и изменениях в самочувствии, а также тщательно изучать инструкции по применению препаратов.

Важным компонентом успешного лечения тяжелой пневмонии является комплексная реабилитация, направленная на восстановление здоровья пациента и предотвращение осложнений. Рассмотрим основные аспекты реабилитации после перенесенной тяжелой пневмонии:

*Реконвалесценция:* Это период восстановления организма после болезни, когда важно обеспечить пациенту полноценный отдых, сбалансированное питание, умеренные физические нагрузки и укрепление иммунитета.

*Физическая реабилитация:* Осуществляется через физиотерапию, физические упражнения и процедуры для укрепления мышц, улучшения дыхательной функции и восстановления физической активности.

*Респираторная реабилитация:* Включает в себя специальные упражнения для улучшения работы дыхательной системы, восстановление функции легких и уменьшение дыхательных осложнений.

*Психологическая поддержка:* Важна для пациентов, переживших тяжелое заболевание. Психологическая помощь помогает справиться с стрессом, тревогой, депрессией, улучшает психоэмоциональное состояние.

*Профилактика рецидивов и осложнений:* Она включает в себя регулярное медицинское наблюдение, соблюдение рекомендаций врача, профилактические прививки, соблюдение здорового образа жизни.

Необходимо, чтобы реабилитационные мероприятия были под контролем специалистов и индивидуально адаптированы под потребности каждого пациента. Эффективная реабилитация способствует быстрому восстановлению и уменьшению риска возникновения последствий тяжелой пневмонии.

Общий вывод заключается в том, что эффективное лечение тяжелой пневмонии требует комплексного подхода, включающего правильный выбор антибиотиков, контроль за резистентностью микроорганизмов, использование современных методов реабилитации и последующего наблюдения. Эти меры способствуют улучшению результатов лечения и снижению осложнений у пациентов с тяжелой пневмонией.

## **ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

1. Marston BJ, Plouffe JF, File TM Jr, et al. Incidence of community-acquired pneumonia requiring hospitalization. Results of a population-based active surveillance Study in Ohio. Arch Intern Med. 1997;157(15):1709-1718.

2. Arnold FW, Summersgill JT, Lajoie AS, et al. A worldwide perspective of

atypical pathogens in community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(10):1086-1093.

3. Mandell, L. A., Wunderink, R. G., Anzueto, A., Bartlett, J. G., Campbell, G. D., Dean, N. C., ... & Dowell, S. F. (2007). Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clinical Infectious Diseases*, 44(Supplement\_2), S27-S72.

4. File Jr, T. M., & Segreti, J. (2003). Atypical pneumonia. *New Horizons (Baltimore, Md.)*, 11(1), 32-42.

Marrie, T. J. (2001). Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clinical infectious diseases*, 33(5), 741-747.

5. Woodhead, M., Blasi, F., Ewig, S., Garau, J., Huchon, G., Ieven, M., ... & Torres, A. (2011). Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Clinical Microbiology and Infection*, 17(6), E1-E59.

6. World Health Organization. (2014). *Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses.* World Health Organization.

7. Jain, S., Self, W. H., Wunderink, R. G., Fakhran, S., Balk, R., Bramley, A. M., ... & Grijalva, C. G. (2015). Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among US adults. *New England Journal of Medicine*, 373(5), 415-427.

8. Torres, A., Niederman, M. S., Chastre, J., Ewig, S., Fernandez-Vandellos, P., Hanberger, H., ... & Welte, T. (2017). International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). *European Respiratory Journal*, 50(3), 1700582.

9. Natalya Kitayeva Khamidovna BRONCHO – OBSTRUCTIVE SYNDROME IN THE PRACTICE OF A THERAPIST FRANCE international scientific-online conference: “SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM”, Part 18 5th OCTOBER COLLETIONS OF SCIENTIFIC WORKS PARIS 2023, 198-200.

# ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИК СУРАТИ ВА БЕМОЛЛАР РУҲИЙ ҲОЛАТИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ

*Исмоилова М.И.*

*Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти*

**Аннотация:** Илмий ишга гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан оғриган 18 ёшдан 69 ёшгача бўлган 57 та беморлар (31 эркаклар ва 26 аёллар) клиник, инструментал, эндоскопик, нейропсихологик (ВАШ ва САН сўровномалари) ва лаборатор текширув натижалари асос қилиб олинган. Натижаларга кўра, эндоскопик негатив ва катарал рефлюкс эзофагит аниқланган беморларда эрозив рефлюкс эзофагит билан оғриган беморларга нисбатан ўзларига ВАШ ва САН сўровномаларида нисбатан паст баҳо беришган.

**Калит сўзлар:** рефлюкс, эзофагит, руҳий ҳолат, қизилўнғач

**Резюме:** Научная работа основана на результатах клинического, инструментального, эндоскопического, нейропсихологического (опросники ВАШ и САН) и лабораторного обследования 57 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (31 мужчина и 26 женщин). По результатам, пациенты с отрицательным эндоскопическим и катаральным рефлюкс-эзофагитом набрали более низкие баллы по опросникам ВАШ и САН, чем пациенты с эрозивным рефлюкс-эзофагитом.

**Ключевые слова:** рефлюкс, эзофагит, психическое состояние, пищевод.

**Summary:** Scientific work is based on the results of clinical, instrumental, endoscopic, neuropsychological (VAS and SAN questionnaires) and laboratory examination of 57 patients aged 18 to 69 years with gastroesophageal reflux disease (31 men and 26 women). According to the results, patients with negative endoscopic and catarrhal reflux esophagitis scored lower on the VAS and SAN questionnaires than patients with erosive reflux esophagitis.

**Key words:** reflux, esophagitis, mental state, esophagus.

**Қириш.** Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) замонавий ички касалликлар ва гастроэнтерологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир. Муаммонинг долзарблиги касалликнинг юқори даражада тарқалиши ва оғир асоратларнинг ривожланиши билан боғлиқ [1].

Охириги халқаро тавсияномаларга (Монреальский консенсус, 2006) кўра ГЭРК ошқозон массаси рефлюкси натижасида беморни безовта қилувчи симптом ва асоратларнинг кузатилишидир. [5].

Замонавий гастроэнтерологлар олдида ГЭРК нинг патоморфологияси, диагностикаси ва даволаш, жумладан қизилўнғач шиллик қаватида микроциркуляция ҳолати, ГЭРК кечишининг *H. pylori* инфекцияси билан

боғлиқлиги, беморлар индивидуал ҳолатидан келиб чиқиб ошқозон қизилўнғач рефлюксларининг характери ва интенсивлигини ўрганиш каби муаммолар ўз ечимини кутмоқда [22]. Кўпчилик ҳолатларда даволаш самарадорлигининг камлиги ва касалликнинг қайталаниш кўрсаткичларининг юқорилиги янги дори воситалари ва даволаш усулларини ишлаб чиқиб амалиётга тадбиқ қилишни талаб қилади.

**Тадқиқотнинг мақсади:** гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги клинко-эндоскопик сурати ва беморлар руҳий ҳолатини солиштирма ўрганиш.

**Тадқиқотнинг материали ва услублари:** Илмий ишга 2022-2023 йиллар давомида гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги билан оғриган 18 ёшдан 69 ёшгача (ўртача ёши  $41,0 \pm 14,3$ ) бўлган 57 та беморлар (31 эркаклар ва 26 аёллар) клиник, инструментал, эндоскопик, нейропсихологик ва лаборатор текширув натижалари асос қилиб олинган. Барча текширувлар Фарғона шаҳри “Premium” клиникасида бажарилди.

**Тадқиқот натижалари таҳлили:** Рўйхатга олинган беморларнинг барчаси (57 та бемор) ўзимиз томонимиздан ишлаб чиқилган анкета сўровномаси, клиник инструментал, ЭФГДС ва психодиагностик тестлар натижаларига кўра баҳоланди.

Текширувдаги беморларнинг анкета сўровномаларига кўра уларнинг асосий шикоятлари таҳлил қилинди. Таҳлил натижаларига кўра ГЭРКнинг асосий шикоятлари ўрганиб чиқилди. Таҳлил натижалари 1-жадвалда келтирилган.

Текширувимиздаги беморларнинг 89.5% томоқдаги аччиқлик яъни жиғилдон қайнашидан шикоят қилган. Беморларнинг кейинги ўриндаги шикояти тўш ортида нохушлик 21 (36,8%) беморда кузатилган, ҳаволи кекириши - 21(36,8%), эпигастрал соҳада оғриқ – 38(66,7%) беморларни безовта қилган, энг кам кузатилган шикоят одинафагия бўлиб, у 6(10,5%) беморларни безовта қилган.

#### Жадвал-1.

#### Беморлар шикоятлари бўйича тақсимланиши

№	Шикоятлари	Беморлар сони	
		N	%
1	Зарда бўлиш (жиғилдон қайнаши)	51	89,5
2	Тўш ортида нохушлик сезиш	21	36,8
3	Ҳаволи кекириш	21	36,8
4	Дисфагия	18	31,6
5	Одинофагия	6	10,5
6	Эпигастрал соҳада оғриқ ёки оғирлик	38	66,7
7	Кўнгил айнаш	35	61,4
8	Хиқичоқ	15	26,3

Жиғилдон қайнаши умумий ҳисобда 51 (89,5%) беморда кузатилган бўлиб, шундан –37 (72,5%) беморни жиғилдон қайнаши кунда безовта қилган. Жиғилдон қайнаши интенсивлиги беморлар ёши кўтарилган сари пасайиб борган. 60 ёшгача бўлган беморларда жиғилдон қайнаши 30(90,9%) кузатилган бўлса, 60 ёшдан катта беморларда -15 (83,3%) ни ташкил қилган. Жиғилдон қайнаши учраш кўрсаткичи ва интенсивлиги Likert шкаласи бўйича баҳоланди ва қуйидаги 2-жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўринадики, жиғилдон қайнаши безовта қилган беморларнинг кўпчилик қисми яъни 15 (29,4%) бемор ўзларидаги ўзгаришга 2 бал беришган, кейинги ўринда 1 балли беморлар 12(23,5%), 3 балл билан баҳолаган беморлар сони 11(21.6%) ни ташкил қилган бўлса 5 баллли жиғилдон қайнаши 3(5,9%) беморда кузатилган.

## Жадвал 2.

### Жиғилдон қайнаш учраш кўрсаткичи ва интенсивлиги бўйича беморлар тақсимланиши

Likert шкаласи бўйича балл	Беморлар сони	
	N	%
1 бал	12	23,5
2 бал	15	29,4
3 бал	11	21,6
4 бал	8	15,7
5 бал	3	5,9
Жами	51	100,0

Хиқичоқ кузатилиши бизнинг текширувимидаги беморларнинг 15 (26,3) тасида аниқланган. Ушбу беморларда хиқичоқнинг умумий кузатилиши йил давомида 3 ойдан ошмаган.

Кўнгил айниб қайт килиш безовта қилган беморлар сони 35 (61,4%) ташкил қилган бўлиб, қонли қайт килиш 6(17,1%), ўтли қайт килиш – 11 (31,4%) кузатилган.

Бундан ташқари текширувдаги беморларда ГЭРК нинг экстраэзофагеал белгилари намоён бўлган беморлар 21.1% ни ташкил қилган. Экстраэзофагеал белгилар учраш кўрсаткичи қуйидагича тасвирланди:

- овознинг ўзгариши -5 (8,8%) беморда.
- йўтал тутиши - 7 (12,3%) беморда, шундан қиска вақт давом этган -4 (57,1%) ва узок вақт давом этган йўтал – 3 (42,9%).

Тўш ортида оғриқ кузатилиши бизнинг текширувимидаги 21 (36,8%)

беморда кузатилган. Ушбу симптом барча ёшдаги беморларни бир хил кўрсаткичларда безовта қилган. Тўш ортидаги оғриқ нокардиал характерга эга бўлиб, юрак ва бошқа тўш орти аъзолари патологиялари истисно қилинган. анкета сўровномаси натижаларига кўра тўш ортидаги оғриқ кузатилиш кўрсаткичи турлича кузатилган. Беморларнинг кўпчилиги қисмида (13 (61,9%)) тўш ортидаги оғриқ бир ойда бир марта кам безовта қилган, 6 (28,57%) беморда тўш ортидаги оғриқ ойда бир марта безовта қилган бўлса 3 (14,28%) – беморда ойда бир неча марта безовта қилган.

Сурункали йўтал тутиши ГЭРК билан оғриган 7(12,3%) беморларни безовта қилган бўлиб, шунда 5 (71,4%) нафар ёши 60 ёшдан катта беморларда кузатилган.

Клиник инструментал текширув натижасида аниқланган ЛОР аъзолари патологиялари 5 (8,8%) беморда кузатилган. Шундан ларингит 3 (60%) беморда кузатилган, сурункали фарингит 2 (40%) беморда кузатилган.

Текширувдаги беморлар ичида бронхиал астма 2 (3,5%) та беморда кузатилган бўлиб, шундан 1 (50%) беморда бронхиал астманинг ўрта оғирликда кечиши, 1 (50%) беморда енгил кечган.

8 нафар (14%) беморлар анамнезида сурункали бронхит аниқланган.

Беморлар электрокардиограмма назорати натижасида юрак ритмини бузилиши 1 (1,75%) беморда кузатилган.

Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, ушбу кўрсаткичлар нафақат ГЭРК диагностикасида балки рефлюкс ҳисобига тўш ортидаги оғриқ ва ритм бузилишларини аниқлашга ёрдам беради.

Беморлар рухий ҳолати, ҳаёт тарзи жиғилдон қайнаши кўрсаткичи ва қизилўнгач эндоскопик суратига кўра тақсимланди.

**Жиғилдон қайнашининг намоён бўлиш кўрсаткичига кўра беморлар рухий ҳолати ва ҳаёт тарзини ўзгариши.**

Текширувга олинган барча беморларда жиғилдон қайнаши ҳар хил кўринишда безовта қилган. Likert шкаласи бўйича жиғилдон қайнашини баҳоладди ва иккита гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга 27 (52,9%) беморлар киритилиб уларда жиғилдон қайнаши енгил ва ўртача (Likert шкаласи бўйича 2-3 балл) кузатилган. Иккинчи гуруҳга 24 (47,1%) та бемор киритилган ва улар жиғилдон қайнашини кучли ва ўта кучли баҳолашган (Likert шкаласи бўйича 4-5 балл). Жиғилдон қайнашининг намоён бўлишига кўра беморлар тақсимооти 3-жадвалда келтирилган.

## Жиғилдон қайнаши намоён бўлишига кўра беморлар тақсимланиши

	I гуруҳ		II гуруҳ		Жами	
	N	%	n	%	N	%
Эркаклар	16	53,8	12	45,2	28	100
Аёллар	11	46,2	12	54,8	23	100
ГЭРК давомийлиги, ой.	64,4±53,3		79,0±71,6			
Жами	27	52,9	24	47,1	51	100

Гуруҳлардаги беморлар ёш кўрсаткичи, тана вазни индекси ва ГЭРКнинг давомийлиги бўйича бир хил кўрсаткичларга эга бўлган. (жадвал 3).

Жиғилдон қайнаши намоён бўлиш кўрсаткичига кўра беморларда аниқланган ГЭРК клиник симптомларини солиштирма таҳлили қуйидаги жадвалда келтирилган.

## Жиғилдон қайнаши намоён бўлиши кўрсаткичига кўра ГЭРК клиник симптомларининг пайдо бўлиши ва беморлар тақсимоти (M±SD)

	I гуруҳ	II гуруҳ	P
Даволашдан олдинги симптомлар кузатилиши, касаллик давомийлиги ва интенсивлигини баҳолаш, балларда:			
- жиғилдон қайнаши	8,8±2,7	11,6±2,2	<0,001
- Регургитация	7,1±2,7	9,1±3,1	<0,001
- хаволи кекириш	8,7±3,0	10,0±2,7	0,002
- Дисфагия	6,1±2,7	7,9±2,9	0,001
- Одинофагия	5,8±2,7	7,5±2,8	0,011
Симптомлар намоён бўлишини Likert шкаласи бўйича баҳолаш, балларда			
- жиғилдон қайнаши	2,7±0,4	4,3±0,5	<0,001
- Регургитация	1,6±0,9	2,6±1,2	<0,001
- хаволи кекириш	2,5±1,4	2,6±1,4	0,178
- Дисфагия	1,3±0,8	1,6±1,0	0,007
- Одинофагия	1,2±0,7	1,3±0,9	0,137

4-жадвалга кўра касалликнинг клиник намоён бўлиши, кузатилиш кўрсаткичи, анамнез давомийлиги ва интенсивлиги шуни кўрсатдики, 2 гуруҳдаги беморларда регургитация ( $p<0,001$ ), дисфагия ( $p=0,001$ ), одинофагия ( $p=0,011$ ) ва кекириш ( $p=0,002$ ) нисбатан кўпроқ кузатилган. Регургитация ва дисфагия интенсивлигини Likert шкаласи бўйича юқорилиги ҳам 2- гуруҳ беморларда ишончли тарзда кузатилган. Бундан кўринадики, жиғилдон қайнаши кучли тарзда

намоён бўлиши касалликнинг бошқа симптомларини яққолроқ намоён бўлишига олиб келиши билан характерланади.

Жиғилдон қайнаши беморларнинг умумий ҳолати ва ҳаёт тарзига етарлича негатив таъсир кўрсатади. Бундай ўзгаришлар ВАШ да ( $47,1 \pm 19,9$  ва  $56,9 \pm 21,2$  мм биринчи гуруҳда,  $p < 0,0001$ ) ва САН сўровномасида ҳам ўз тасдиғини топган ( $p = 0,001$ ) (*Жадвал №4.*). Бундан ташқари жиғилдон қайнаши интенсивлиги юқори кузатилган беморларни кайфият кўрсаткичларини пасайганини кўрсатади ( $p = 0,002$ ).

#### Жадвал 5

#### Жиғилдон қайнаши намоён бўлиши кўрстагичини беморлар ҳаёт тарзи ва руҳий ҳолатига таъсири

	Жиғилдон қайнаши кўрсаткичи, балл $M \pm SD$		P
	Енгил ёки ўрта	Кучли ёки ўта кучли	
САН – ўзини ҳис қилиш	$4,7 \pm 1,1$	$4,1 \pm 1,3$	<b>0,001</b>
САН – активлик	$4,3 \pm 0,7$	$4,3 \pm 1,0$	0,365
САН – кайфият	$5,1 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,2$	<b>0,002</b>

Беморларни ҳаёт тарзи кўрсаткичлари сезиларли даражада пасайганлигини сўровнома натижаларидан аниқланди (*Жадвал-5*).

Бундан кўринадики, жиғилдон қайнашининг намоён бўлиш кўрсаткичи ГЭРК нинг бошқа клиник симптомлари кузатилишига, бемор руҳий ҳолатига: бемор ҳолатига, кайфиятига, ҳаёт тарзини пасайишига ва руҳий дезадаптация белгиларини ривожланишига таъсир кўрсатади. Юқоридаги келтирилган таҳлилдан касаллик симптомини намоён бўлиши ёки бемор руҳий бузилиш бирламчилигини аниқлаш қийин, лекин аниқки, бу белгилар бир бирини кўзғатиши аниқ, яъни патологик халқа ҳосил қилади.

#### **Беморлар эндоскопик текширув таҳлили ҳамда унинг беморлар руҳияти ва ҳаёт тарзига таъсири.**

Эндоскопик текширувлар “Premium” клиникаси диагностика бўлимида олиб борилиб Fujinon фирмаси эндоскопидан фойдаланилди. Текширувлар натижасида ГЭРК нинг эндоскопик негатив шакли ва рефлюкс-эзофагитлар Лос-Анджелес синфланиши бўйича намоён бўлиш даражаси баҳоланди. Қизилўнгачнинг эндоскопик кўриниши даволашдан олдин ва даволашнинг 2 ҳафтасида таҳлил қилинди. Бизнинг текширувларимизда Лос-Анджелес синфланишига кўра қизилўнгач шиллиқ қавати IV даража ўзгариши (пептик яралар) аниқланмади. Эндоскопик текширув натижалари беморлар жинси,

касаллик давомийлиги ва тана вазни индексига кўра тахлили куйидаги б-жадвалда келтирилган. Аниқланган эндоскопик ўзгаришларга кўра беморларни 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди: биринчи гуруҳ беморлар 10 (17,6%) нафар қизилўнгач шиллик қаватида шикастланиш белгилари йук; иккинчи гуруҳ — 38 (66,7%) беморлар катарал рефлюкс-эзофагит билан; учунчи гуруҳ — 9 (15,7%) беморлар эрозив рефлюкс-эзофагит билан.

Шуни таъкидлаш жоизки, тахлил натижалари ва б-жадвал маълумотларига кўра 1 ва 2 гуруҳларда аёллар нисбатан кўпроқ кузатилган, 3-гуруҳда эса эркаклар устунлик қилган (*Жадвал-6*).

#### Жадвал 6

#### Беморлар эндоскопик тахлил натижасига кўра беморлар тақсимланиши (Лос-Анджелес синфланиши)

	Қизилўнгач ш/к ўзгаришсиз (n=10)	Катарал рефлюкс- эзофагит (n=38)	Эрозив рефлюкс- эзофагит (n=9)
Эркаклар	39,1%	45,8%	65,2%
Аёллар	60,9%	54,2%	34,8%
Ёши, йил	40,1±15,1	42,8±16,6	40,4±14,6
ТВИ, кг/м <sup>2</sup>	23,6±7,3	24,6±4,6	25,4±6,2
Давомийлиги, ой	65,8±63,3	64,8±66,4	108,4±82,9

Гуруҳлар беморлар ёши ва тана вазни индекси бўйича кўринарли фарқ кузатилмади, лекин эрозив рефлюкс эзофагит билан оғриган беморларда касаллик давомийлиги кўпроқ бўлган. Шунинг эрозив рефлюкс эзофагитни кузатилиши эркак жинсида ва касалликнинг узок вақт давом этганлигидан далолат беради.

Касаллик симптомлари жиғилдон қайнаши, регургитация ва кекиришни кузатилиш кўрсатгичи, давомийлиги ва интенсивлигини гуруҳлар ўртасида ўрганиб чиқилганда кўринарли даражада фарқ аниқланмади (*Жадвал-7*). Фақатгина дисфагия ва одинофагия кузатилиши рефлюкс эзофагитларга (катарал ва эрозив) хослиги аниқланди.

**ГЭРК клиник намоён бўлишининг турли эндоскопик суратларда  
даволашдан олдинги таҳлили (M±SD)**

	Группа 1 (n=)	Группа 2 (n=)	Группа 3 (n=)
Даволашдан олдинги симптомлар кузатилиши, касаллик давомийлиги ва интенсивлигини баҳолаш, балларда:			
-жиғилдон қайнаши	10,2±2,3	9,9±2,9	9,3±3,5
-Регургитация	8,4±2,6	7,9±3,3	7,9±3,1
-Хаволи кекириш	9,0±2,5	9,2±3,1	8,7±3,0
-Дисфагия	5,4±2,2	7,1±2,9	7,2±2,3
-Одинофагия	5,3±2,6	6,8±3,0	7,2±2,0

Беморлар клиник белгиларни енгиллигига қарамасдан биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморлар эрозив рефлюкс эзофагит билан оғриган беморларга нисбатан ўзларига ВАШ ва САН сўровномаларида нисбатан паст баҳо беришган. Бундан ташқари биринчи гуруҳ беморлари кайфият кўрсаткичларининг пастлиги билан фарқланади.

Келтирилган маълумотлар шуни кўрсатадики, ГЭРК билан оғриган беморларда жиғилдон қайнашининг намоён бўлиш даражасига кўра беморлар рухий ҳолати ҳам ҳар хил турда ўзгаради. Рухий дезадаптация жиғилдон қайнаши кучли ривожланган беморлар кузатилади. Бўларда кўпроқ невротик ва депрессив, ипохондрик ва касаллик клиник белгиларидан безовталаниш ҳамда ҳаёт тарзини бузилиши каби ўзгаришлар кузатилади. Кучли жиғилдон қайнаши кузатилган беморларнинг ярмида касалликка гипернозогностик реакция кузатилган.

**Хулоса** қилиб шуни таъкидлаш жоизки, текширувимиздаги беморларнинг асосий қисмини жиғилдон қайнашининг ҳар хил даражада кузатилиши безовта қилган.

Жиғилдон қайнаши умумий ҳисобда – 51та беморда кузатилган бўлиб, шундан –65,9% беморни жиғилдон қайнаши кунда безовта қилган.

Жиғилдон қайнаши беморларнинг умумий ҳолати ва ҳаёт тарзига етарлича негатив таъсир кўрсатганлиги ВАШ ва САН сўровномасида ҳам ўз тасдиғини топган. Бундан ташқари жиғилдон қайнаши интенсивлиги юқори кузатилган беморларни кайфият кўрсаткичларини пасайганини кўрсатади.

Эндоскопик негатив ва катарал рефлюкс эзофагит аниқланган беморларда эрозив рефлюкс эзофагит билан оғриган беморларга нисбатан ўзларига ВАШ ва САН сўровномаларида нисбатан паст баҳо беришган.

Беморларда кузатилган морфологик ўзгаришлар ва психоневрологик

ўзгаришларни етарлича баҳолаш даволаш натижаларини яхшилашга ва самарадорлигини ортишига олиб келади.

### Адабиётлар рўйхати

1. Алеутская О.Н., Лебедева Е.А., Томилов Е.С., Мишкова А.В. Состояние слизистой оболочки пищевода у больных ГЭРБ с Нр-ассоциированной патологией желудка // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
2. Алявия Ф.А., Ҳамрабаева Ф.И. Опыт комбинированного применения рабепразола и сульпирида в лечении ГЭРБ с синдромом вегетативной дистонии // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г..
3. Алявия Ф.А., Ҳамрабаева Ф.И. Проблема исследования психологического компонента в терапии ГЭРБ // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
4. Ахмедов В.А. Психоэмоциональные и гуморальные изменения у пациентов с сочетанными рефлюксными нарушениями / В.А. Ахмедов, В.А. Остапенко // Терапевтический архив. - 2009. - Т.81, №2. - С. 24-27.
5. Бордин Д.С., Машарова А.А., Кожурина Т.С. Альгинатный тест как критерий диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum (гастроэнтерология). – 2011. – № 1. – С. 5–9.
6. Бурков С.Г., Арутюнов А.Т., Окоемов М.Н. Эффективность различных дозировок ультопа в терапии неэрозивной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2008.-№8.-С. 102-108.
7. Буторина Н.В., Вахрушев Я.М., Запруднов А.М., Шараев П.Н. Оценка метаболизма коллагена у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
8. Васильев Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Справочник поликлинического врача. – 2003. – № 5. – С. 17–23.
9. Васютин А.В., Цуканов В.В. Частота изжоги у детей в семьях родителей с изжогой, эрозивным эзофагитом и язвенной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
10. Вялов С.С., Чорбинская С.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика лечение и профилактика: Методические рекомендации № 338-12/23. – М.: Изд-во РУДН, 2011. – 21 с.
11. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
12. Горбунов В.Л., Чухвистов Е.И. Варианты эзофагитов при ГЭР у детей с эзофагеальной симптоматикой // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.

# REVMATOID ARTRITDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATINI BAHOLASHDA SISTATIN – C NING AHAMIYATI.

*Jo'raboyeva G. B.*

*Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti*

**Kalit so'zlar:** Revmatoid artrit, sistatin-C, koptokchalar filtratsiya tezligi, buyraklar funksional holati, proteinuriya, leykosituriya, gematuriya.

Hozirgi kunda dunyo tibbiyotida surunkali buyrak kasalligini erta aniqlash usullari orasida Sistatin- C eng zamonaviy va yetakchi usul bo'lib hisoblanadi. Sistatin C - molekulyar og'irligi 13,400 Da (amu) bo'lgan oqsil, sistein proteazalarini ingibitori bo'lib, bu protein faqat buyraklar orqali chiqariladi, shuning uchun ham buyrak kasalligini aniqlash uchun ideal ko'rsatkich bo'lib hisoblanadi.

**Tadqiqot maqsadi.** Revmatoid artrit sistemali kasalligida bemorlarda surunkali buyrak kasalligini aniqlashda Sistatin –Cning ahamiyatini aniqlash.

**Material va usullar.** Tadqiqotni amalga oshirishda jami 60 nafar bemor tekshirildi. Bu bemorlar jinsi, yoshi, laborator va klinik tekshiruvlari, kasallikning kechishi, klinik bosqichlari bo'yicha bir nechta guruhlariga bo'lindi. I.Bemorlar jinsi bo'yicha ayollar 35ta -58.3%ni, erkaklar esa 25ta -41.7%ni tashkil etdi. II.Tadqiqotga jalb etilgan bemorlar kasallikning klinik kechish bosqichlari bo'yicha quyidagi guruhlariga bo'lindi: erta 13ta – 21.7%, ifodalangan – 17ta – 28.3%, kechki bosqich kechayotgan bemorlar esa – 30ta – 50%. III.Tanlangan bemorlar orasida kasallikning davomiyligi bo'yicha 3ta guruhga ajratildi: 1-guruh bemorlar kasallikning davomiyligi 5 yilgacha – 28(46.7%) bemor, 2 guruh 5-10yilgacha – 10(16.7) bemor, 3- guruhda esa 10 yildan ortgan bemorlar – 22(36.6%). IV.Barcha bemorlar yoshi bo'yicha 5 guruhga ajratildi: birinchi guruh 30 yoshgacha, ikkinchi guruh 30-40 yoshgacha, uchinchi guruh 40-50, to'rtinchi guruh 50-60gacha, beshinchi guruh 60 yoshdan yuqori.

Barcha bemorlarda siydik tahlili o'tkazilganda ko'proq quyidagi o'zgarishlar kuzatildi: proteinuriya, leykotsituriya, gematuriya. Umumiy siydikdagi har qanday o'zgarishlar siydik sindromi tarkibiga kiritildi. Proteinuriya -25% (60tadan 15tada), lekotsituriya -28.3%(60tadan 17tada), eritrosituriya -13.3%(60 tadan 8tada), proteinuriya +leykotsituriya -21.7%(60 tadan 13tada), leykosituriya+ proteinuriya 11.7%(60tadan 7tada) kuzatildi.

Yuqoridagi ma'lumotlar orqali biz ham o'z tadqiqotimizda bemorlar buyrak faoliyatiga baho berishning yangi usullaridan biri bo'lgan Sistatin C oqsili orqali bemorlarimizni buyrak faoliyatini koptokchalar filtratsiya tezligini aniqladik. Koptokchalar filtratsiya tezliginini aniqlash KFT- buyrakning filtratsiya faoliyatini baholashning asosiy mezoni hisoblanadi. Bu ko'rsatkichga asosan surunkali buyrak kasalliklari quyidagi guruhlariga bo'linadi: 1-bosqich buyrak zararlanishi markyorlari mavjud va KFT me'yorida yoki  $u > 90\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$  bo'lganda, 2- bosqich buyrak

zararlanishi markyorlari mavjud 60-89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>bo'lganda, 3a va 3bbosqichlar – KFT mutanosib ravishda 45-59 va 30-44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>dan pasayganda. 4 va 5-bosqichlar – KFT mutanosib ravishda 15-29 va <15ml/min/1,73 m<sup>2</sup>dan pasayganda. Bizning bemorlarning tahlil natijalariga ko'ra surunkali buyrak kasalligining bosqichlari bo'yicha quyidagi guruhlar aniqlandi: I- guruh 1-bosqichda – 2ta (3.3%), II-guruh – 2- bosqichda 17ta (28.7%), III-guruh – 3a bosqichda - 21 ta (35%), IV-guruh 3b bosqichda -12ta(20%), V-guruhda esa 4 bosqichda 8ta(13%) bemor. Bu bemorlarda qon zardobidagi Sistatin C miqdori va KFTning bir biriga teskari proporsional bo'lishi, ya'ni buyrak funksiyasining pasayishi bilan qondagi sistatin C miqdori ortishi qayd etildi. Yuqoridagi tadqiqotga olingan bemorlarda buyrak KFTko'rsatkichlari solishtirilganda I-guruh bemorlarida jinsiga ko'ra ayollar va erkaklarda buyrak zararlanishi mos ravishda teng kechishi aniqlandi, II-guruh bemorlarida klinik kechishi bo'yicha ifodalangan va kechki bosqichda ko'proq kuzatildi, III guruh bemorlarida kasallikning davomiyligi bo'yicha 2 va 3 guruhlarda o'zgarish belgilandi, IV-guruhda yoshi bo'yicha 40 yoshdan oshgan bemorlarda buyrak zararlanishi belgilari kuzatildi.

### **Xulosa.**

1. Sistatin C kontsentratsiyasini aniqlash laboratoriya diagnostikasining zamonaviy usuli bo'lib, bu buyrak patologiyasini erta bosqichda aniqlash imkonini beradi.
2. Qon zardobidagi SistatinC darajasi buyraklardagi glomerulyar filtratsiya tezligiga teskari proporsional bo'lib, buyrak funksiyasining pasayishi bilan qondagi sistatinC miqdori ortishi kuzatildi.
3. Tadqiqotga olingan revmatoid artrit tashxisi qo'yilgan bemorlarda buyraklarning KFT pasayishi hamda mos ravishda qonda sistatin S miqdorining ortishi, kasallikning klinik kechishiga, davomiyligiga, bemorning yoshiga bog'liqligi aniqlandi.

**PULMONOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI  
RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI**

**MUNDARIJA**

<b>№</b>	<b>Muallif F.I.SH.</b>	<b>Ilmiy maqol-tezis mavzusi</b>	<b>Sahifa</b>
1.	Сидиков А. А. Махмудов Н.И. Йулдашев Ш.М.	Факторы риска развития нозокомиальных пневмоний в отделениях реанимации.	<b>3-4</b>
2.	Сидиков А. А. Махмудов Н.И. Йулдашев Ш.М.	Факторы риска развития нозокомиальных пневмоний в отделениях реанимации.	<b>5</b>
3.	Махмудов Н.И. Йулдашев Ш.М. Акбарова М.А.	Применение ультрафиолетового облучения крови при острых пневмониях.	<b>6</b>
4.	Фозилов М.Т. Махмудов Н.И.	Профилактика аспирационного пульмонита при экстренных операциях.	<b>7-8</b>
5.	Nematov O'.	Bronxial astma kassalligini tashxislashda laborator tahlillarining roli	<b>9</b>
6.	Madrahimova N.R. Muhammadjonov S.G'	Пульмонологик асалликларни текширишда замонавий диагностик усуллар.	<b>10-11</b>
7.	Ойбекова Г.С. Вахабов Б.М. Хужамбердиев М.А.	Состояния нейрогуморальной системы при формировании Гипертонической болезни лиц молодого возраста	<b>12</b>
8.	Raximova X.A.	Pulmonologiyada dori vositalari bilan birgalikda dorivor o'simliklarni qo'llashning samaralari.	<b>13-15</b>
9.	Kadirov T.X.	Kovid-19 o'tkazgan bemorlarni kuzatuv davrida pulmonologik va boshqa asoratlarni klinik tahlil o'zgarishlarini aniqlash va reabilitatsiyasi	<b>16-18</b>
10.	Турсунова М.У. Махмудов Н.И. Мемджанова А.Н.	Бактериальные осложнения коронавирусной инфекции при Ковид- 19	<b>19-22</b>
11.	Йулдашев Ш.М. Махмудов Н.И. Назырходжаев Ф.А.	Вентилятор-ассоциированная пневмония, связанная с ИВЛ у детей в отделении детской реанимации.	<b>23-24</b>
12.	Махмудов Н.И. Туланов Ш.А. Ортиков А.Б.	Эпидемиология и диагностика госпитальных пневмоний у больных черепно-мозговой травмой	<b>25-26</b>
13.	Дехканова Н.Н. Жамолитдинова Н.	Коронавирус это болезнь дыхательной пути.	<b>27</b>

14.	Ташалиев Ш.Б. Тожибоев Д.И. Тожалиев Б.Х	Клинические аспекты туберкулезного плеврита у больных раком различных локализаций.	<b>28-29</b>
15.	Курамаев Ш.Ю. Махмудов Н.И. Ортиков А.Б.	Исследование легких методом ультразвуковой диагностики на ранних стадиях развития при Ковид-19.	<b>30</b>
16.	Миркурбанова Т.Х.	Экологические факторы и их воздействие на заболевания дыхательных путей: анализ современных тенденций и рекомендации с учетом профилактики.	<b>31-34</b>
17.	Махмудов Н.И. Аббасханов Г.Х. Туланов Ш.А.	Лечение нозокомиальной пневмонии у неврологических больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, путем эндотрахеального введения антибиотиков.	<b>35-36</b>
18.	Махмудов Н.И. Махмадалиев А.Ш. Ахунова О.А.	Оғир холатидаги беморларда ўпка асоратларини олдини олишда ва даволашда регионал лимфатик терапиянинг ахамияти.	<b>37</b>
19.	Йулдашев Ш.М. Шерматов Р.М. Ким К.А.	Показатели респираторной патологии на фоне экссудативно-катарального диатеза.	<b>38-39</b>
20.	Эшонкулов. Ч.И. Акбаров. Ж.А. Махмудов Н.И.	Санационная бронхоскопия; показание и роль при тяжелой сочетанной травме грудной клетки.	<b>40-41</b>
21.	Агзамова Г.С. Абдиева Ю.А. Ибрагимов Н.У. Наджимиддинова А.Ш.	Собенности клинического течения сликоза у работающих в горнорудной промышленности.	<b>42-44</b>
22.	Тожибоев Д.И. Тожалиев Б.Х. Алиев Э.Н.	Гипердиагностика туберкулеза у больных, направляемых на госпитализацию в противотуберкулезное отделение.	<b>45-47</b>
23.	Мемджанова А.Н. Турсунова М.У. Махмудов Н.И.	Эпидемиология и диагностика госпитальных пневмоний у больных черепно-мозговой травмой.	<b>48-49</b>
24.	Умирзаков О.Э. Турсуналиев У.И.	Ревматоидный полиартрит у пожилых характеристики заболевания.	<b>50</b>
25.	Абдувалиева Ф.Т.	Роль выбросов автотранспорта в формирования заболеваний верхних дыхательных путей.	<b>51-52</b>
26.	Абдувалиев А.С. Ахунбаев О.А.	Анемический синдром при хронической обструктивной болезни легких.	<b>53-55</b>
27.	Махмудов Н.И. Йулдашев Ш.М. Ортиков А.Б.	Этиологическая структура заболеваемости пневмониями хирургических больных, находящихся на режиме ИВЛ.	<b>56-57</b>

28.	Абдужабборова Ч.С.	Термопсис (афсонак (лат. Термопсис))ўсимлиги ва препаратининг ўпка ва нафас йўллари касалликларида фойдали хусусиятлари	<b>58-59</b>
29.	Nematov O‘	Bronxial astma kassalligini tashxislashda laborator tahlillarining roli.	<b>60-61</b>
30.	Jumanova B.G‘.	Xalq tabobatida nafas yo‘llari kasalliklarini davolash (bo‘znoch o‘simligi misolida)	<b>62-63</b>
31.	Abduhalilov Z.A. Raximova X.A.	Ozon terapiyaning xalq tabobatidagi ahamiyati	<b>64-65</b>
32.	Teshaboyev U.A. Ikromjonova G.O.	Nafas olish kasalliklari kelib chiqishida tamaki mahsulotlarining ahamiyati.	<b>66-67</b>
33.	Usmonova S.A.	Nafas yo‘llari kasalliklarini davolashda ayeroionoterapiya.	<b>68</b>
34.	Саидахмедов И.О. Йўлдашев Ш.М. Махмудов Н.И.	Диагностика и лечения нозокомиальных пневмоний у больных тяжелой черепно-мозговой травмой.	<b>69-75</b>
35.	Салаева М.С. Гулямова Ш.С. Сагдуллаева Ю.А.	Особенности течения нарушений функций дыхательной системы у 34больных страдающих хр35онической обструктивной бол3безнью легких.	<b>76-84</b>
36.	Махмудов Х.А. Аббасханов Г.Х. Шарипов М.К.	Лечение нозокомиальной пневмонии у неврологических больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, путем эндотрахеального введения антибиотиков.	<b>85</b>
37.	Рахматова Ф.У.	Современные критерии диагностики и лечения пульмонологических больных.	<b>86-88</b>
38.	Рахматова Ф.У.	Поражение легких при ревматических заболеваниях, дифференциальный диагноз и современное лечение.	<b>89-90</b>
39.	Акборова Р.Т. Сулеймонова Д.Н.	Сурункали касалликлар камқонликни асосий патогенетик омилларни баҳолаш.	<b>91-97</b>
40.	Ганиев С.С.	Этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей в зависимости от возраста.	<b>98-102</b>
41.	G‘ulomova N.Sh.	Qora marjon daraxt (Sambucus nigra)-(Shilvirdoshlar)ning kimyoviy tarkibi va tabobatda qo‘llanilishi.	<b>103-105</b>
42.	Гулямова Ш.С. Салаева М.С. Норов Ш.Ш.	Нарастание интенсивности клинических симптомов и вентиляционных нарушений у больных хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от тяжести течения заболевания.	<b>106</b>

43.	Гулямова Ш.С. Салаева М.С.	Влияние вентиляционных нарушений на степень выраженности синдрома утомления респираторных мышц у больных хронической обструктивной болезнью легких.	<b>107-108</b>
44.	Китаева Н.Х.	Антибактериальная терапия тяжелой пневмонии.	<b>109-113</b>
45.	Исмоилова М.И.	Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги клинико-эндоскопик сурати ва беморлар рухий ҳолатини солиштирма ўрганиш.	<b>114-122</b>
46.	Jo‘rabojeva G. B.	Revmatoid artritda buyraklarning funksional holatini baholashda sistatin – C ning ahamiyati.	<b>123-124</b>





