



Tadqiqot UZ

ЎЗБЕКИСТОН
ОЛИМЛАРИ ВА
ЁШЛАРИНИНГ
ИННОВАЦИОН
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТАДҚИҚОТЛАРИ
МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ

2021

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



CONFERENCES.UZ

31 AVGUST
№31

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 31-КҮП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

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

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

ТОШКЕНТ-2021



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 31-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 август 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 17 б.

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

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

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

1.Хуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б.,ю.ф.н. Юсувалиева Раҳима (Жаҳон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2.Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна(Фаргона давлат университети)

3.Тарих саҳифаларидағи изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4.Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманганд мухандислик-қурилиш институти)

5.Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шохида Юсуповна (Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети)

6.Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна(Андижон давлат университети)

7.Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш худудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Раҳматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Воҳидова Меҳри Ҳасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидағи инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят ҳалқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброҳимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобоҳонов Олтибод Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариеv Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Мусиқа ва ҳаёт

Доцент Чариеv Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқаюм Раҳимбердиевич (Наманганд мухандислик-курилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманганд мухандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.Ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

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

20.Ветеринария

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

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаҳхоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толивович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўқтам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География

Йўлдошев Лазиз Толивович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулdir.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Юлбарисов Абдурасул Абдувалилович, Алиджанов Ходжиакбар Кашипович, Ахматов Алимжан Мустапакулович	
РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	7
2. Алиджанов Ходжиакбар Кашипович, Джалилов Абдували Абдумуталович, Джуманиязова Дилфузаз Азадовна	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	9
3. Kamalova Mehriniso Kilichevna, Sharipova Gulnihol Idievna	
FEATURES OF TRAUMATIC INJURIES OF ORAL TISSUES IN CHILDREN	11
4. Махмудова Гулжамол Фазлидиновна, Нурбобоев Адхамбек Уйғунович	
БАЧАДОН БҮЙНИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИНГ ЁШГА ХОС КЛИНИКО- МОРФОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	14



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович

Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
заместитель директора, д.м.н.
Телефон: +998(94) 614-30-82
Angioneurology@mail.ru

Алиджанов Ходжиакбар Кашипович

Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
заведующий отделения, к.м.н.
Телефон: +998(90) 982-44-66
Alidjanov@mail.ru

Ахматов Алимжан Мустапакулович

Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
врач невролог, к.м.н.
Телефон: +998(97) 733-82-03
Olimnevrolog@mail.ru

Аннотация: В данном материале представлены результаты хирургического лечения больных с множественными поражениями сонных и позвоночных артерий, которые выполнены под регионарной анестезией.

Ключевые слова: каротидная эндартерэктомия, регионарная анестезия.

Цель исследования: изучить результаты каротидной эндартерэктомии под регионарной анестезией у больных с множественными поражениями брахиоцефальных артерий.

Материал и методы: проанализированы результаты каротидной эндартерэктомии выполненные под регионарной анестезией у 244 пациентов. Из них 92 больных были с сочетанным атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий, которые получали лечение в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии и отделении сосудистой хирургии 2-клиники Ташкентской Медицинской Академии в 2019-2020 г. Пациенты были в возрасте от 40 до 88 лет, средний возраст больных составил $57 \pm 7,8$ лет. Мужчин было 180 (74%), женщин – 64 (26%). Все больные имели атеросклеротические стенотические поражения сонных артерий. Из них 108 (44%) пациенты имели различные поражения коронарных артерий.

Кроме стандартных общеклинических исследований при поступлении всем больным проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий (УЗДС), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), мультислайсная компьютерно-томографическая ангиография (МСКТА) экстра- и интракраниальных артерий, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, селективная коронарография (СКГ) и селективная каротидная ангиография (СКА), одномоментная СКГ и СКА. Для определения толерантности ГМ к ишемии больным выполнялась церебральная оксиметрия и интраоперационная проба Матаса.

Региональная блокада выполнено стандартно, использовали 50 мл 0.5% раствора бупи-



викина. Показаниями регионарной анестезии явилось тяжелые различные сопутствующие и фоновые заболевания. Сопутствующие патологии: хроническая ишемия нижних конечностей – 12,3%; сахарный диабет – 26,3%; цирроз печени – 2,5%; ХОБЛ – 18%; артериальная гипертензия – 94%; хронический калькулезный холецистит – 10%.

Для распределения больных в зависимости от степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) использовали классификацию

А.В. Покровского (1979): I степени – 10 (4,0%), II степени – 50 (20,0%), III степени – 86 (35,0%), IV степени – 98 (40,0%).

Для распределения больных со стенокардией в зависимости от функционального класса (ФК) стенокардии была использована классификация принятая Канадским обществом кардиологов (The Canadian Cardiovascular Society, 1976г.) При этом, ФК I – 38 (15,6%); ФК II – 86 (35,2%); ФК III – 90 (36,9%); ФК IV - 30 (12,3%).

В 244 больных выполнены различные виды реконструкции сонных артерий: классическая каротидная эндартерэктомия с наложением аутовенозной заплаты – 98 (40%); эверсионная каротидная эндартерэктомия – 74 (30%); резекция ВСА с редресацией и реимплантацией в старое устье – 58 (24%); резекция и перевязка ВСА, эндартерэктомия из ОСА и НСА с наложением аутовенозной заплаты – 14 (6,0%). Все 244 (100%) операции выполнены под регионарной анестезией.

Результаты: Из 244 операций под регионарной анестезией ни один случай не потребовал перехода на интубацию и общее обезболивание пациента. У 32 (19,5%) пациентов во время интраоперационного пережатия сонных артерий возникла неврологическая симптоматика в полушарии оперируемого каротидного бассейна. Далее операция продолжена с установлением временного внутриартериального шунта, в связи с этим неврологический дефицит полностью восстановлен.

В 56 (34%) случаях требовалось дополнительное обезболивание. В 4 (2,4%) случаях во время каротидной эндартерэктомии развился малый инсульт.

Применение регионарной анестезии позволило избежать от острого инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, трепетания желудочек и предсердия. Учитывая что у 44 (18,0%) больных была диагностирована ХОБЛ, отказ от интубационного наркоза позволил избежать таких частых осложнений раннего послеоперационного периода как госпитальная пневмония и пролонгированная ИВЛ.

Таким образом, мы получили следующие показатели: инсульт в ипсилатеральной стороне – 0,8%; инсульт в контралатеральной стороне – 0%; инсульт+летальность – 0%; острый инфаркт миокарда – 0%.

Выводы: 1. Регионарная анестезия оптимальным методом анестезии в каротидной хирургии у пациентов с мультифокальным атеросклерозом, особенно, у пациентов с сочетанным атеросклерозом сонных и коронарных артерий.

2. Применение регионарной анестезии приводит к значительному снижению анестезиологического риска, церебральных, легочных и кардиологических осложнений.

3. Регионарная анестезия дает возможность первым этапом выполнить каротидную эндартерэктомию у больных с коронарной болезнью сердца, с последующей коронарной реваскуляризацией.

Список литературы:

1. Timaran C.H., Rosero E.B., Smith S.T., et al. Trends and outcomes of concurrent carotid revascularization and coronary bypass. J Vasc Surg 2014; 48: 355-6.
2. Hofman R., Kypta A., Steinweider C et al.: Coronary angiography in patients undergoing carotid endarterectomy shows a high incidence of significant coronary disease. J Heart, 2015; 91:1438-41.
3. Berens E.S., Kouchoukos N.T., Murphy S.F., et al. Preoperative carotid artery screening in elderly patients undergoing cardiac surgery. J. Vasc. Surg., 2018, 75: 313-12.
4. Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ганиев А.М. и соавт. Диагностика и тактика хирургического лечения больных с мультифокальным атеросклерозом. Вестник Российской Академии медицинских наук, 2012. N 1. С.14-18.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО- МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Алиджанов Ходжиакбар Кашипович
Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
заведующий отделения, к.м.н.
Телефон: +998(90) 982-44-66
Alidjanov@mail.ru

Джалилов Абдували Абдумуталович
Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
врач хирург
Телефон: +998(97) 450-21-27
Angioneurology@mail.ru

Джуманиязова Дилфузаз Азадовна
Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
врач ультразвуковой диагностики
Телефон: +998(97) 772-75-12
Angioneurology@mail.ru

Аннотация: В данном материале проанализированы результаты обследования и лечения 667 больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью.

Ключевые слова:

Цель исследования: снижение количества новых случаев нарушения сосудисто-мозгового кровообращение и его осложнений.

Материал и методы. Обследованы 667 пациентов в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии и в отделении сосудистой хирургии 2-клиники Ташкентской медицинской академии, с различной степенью хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) за период с 2019 по июль 2021 года. Все больные имели атеросклеротические поражения. Из 667 больных мужчин было 423 (63,4%), женщин – 384 (57,6%). Средний возраст больных составил $56,7 \pm 3,1$ лет.

Распределение больных (n=667) по исходной степени сосудисто-мозговой недостаточности по классификации А.В. Покровского (1979) было следующим: I степень – 16 (2,4%), II степень – 42 (6,3%), III степень – 404 (60,6%), IV степень – 205 (30,7%). Среди больных преобладали пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией (III степенью) и после перенесенного инсульта и его последствий (IV степень).

Кроме стандартных общеклинических исследований при поступлении всем пациентам проводили дуплексное сканирование (ДС) сонных артерий (СА), транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС), мультислайнную компьютерную томографическую ангиографию (МСКТА), магнитно-резонансную ангиографию (МРА) экстра- и интракраниальных артерий и шкалу Рэнкина (Rankin Scale).

Результаты исследования. У 559 (83,8%) пациентов было выявлено гемодинамически значимое стенозирующее поражение магистральных артерий головы (МАГ) с показателями стенозах превышающими 65%, им были выполнены разные виды реконструктивных операций на сонных артериях. Остальные 108 (17,2%) больных отказались от хирургических методов лечения в силу различных причин (ИБС, ИМ, АГ, ожирение, сахарный диабет). Отказавшиеся от оперативного лечения больные проходили кратные курсы консервативной терапии в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии в течение 18 месяцев.

При наблюдении у 108 (100%) больных были разные виды гемодинамически значимый стенозирующие поражения МАГ и во всех случаях получены качественные изображения Виллизиева круга. В зависимости от результатов нейровизуализационного исследования 108 пациентов были разделены на две группы: в 1-ю из них вошли больные с наличием



аномалия виллизиева круга (АВК) – 79 (73,1%) больных; во 2-ю – с нормальным строением виллизиева круга (ВК) – 29 (26,9%) больных.

При проведении МСКТ ангиографии у 79 (73,1%) из 108 пациентов отмечены отклонения от нормального варианта строения АВК: у 45 (56,9%) – односторонняя аплазия задней соединительной артерии, у 19 (24%) больных – двухсторонняя, у 11 (13,9%) больных – аплазия передней соединительной артерии, у 12 (15,2%) – задняя трифуркация ВСА, у 7 (8,8%) – передняя трифуркация, у 6 (7,6%) – сочетание передней трифуркации одной ВСА, у 4 (5%) пациентов – двойная задняя трифуркации ВСА. У 16 (20,2%) пациентов обнаружено сочетаний трифуркации и гипоплазии позвоночной артерии.

В периоде наблюдения из 29 пациентов с нормальным строением ВК 9 (31%) больных перенесли ишемический инсульт, 1 (3,4%) – с летальным исходом. После полученной консервативной терапии оценка по шкале Рэнкина составила $4,7 \pm 0,12$.

У пациентов 1 группы 56 (70,8%) больных перенесли ишемический инсульт, при этом из них у 24 (42,8%) инсульт был повторный. В 4 (7,1%) случаях отмечен летальный исход. Оценка по шкале Рэнкина – $3,1 \pm 0,10^*$.

Таким образом, у пациентов с инсултот частота нефункционирующих коллатералей ВК выше, чем у лиц без цереброваскулярной патологии, и обратно, при выраженному поражении СА нефункционирующие анастомозы существенно повышают риск инсульта.

Вывод. С учетом патогенетических особенностей ишемического инсульта при АВК, можно сделать вывод о том, что наличие АВК является предпосылкой и предрасполагающим фактором для развития ишемического инсульта, особенно при присутствии других сопутствующих факторов риска (сахарный диабет, гиподинамиия, курение, ожирение и др.). Объективная оценка восстановления после перенесенного инсульта по шкале Рэнкин выше у больных без АВК, в то время как у больных с АВК данный показатель ниже.

Список использованной литературы:

1. Jorgen L.M. et al. Interrelation between the degree of carotid stenosis, collateral circulation and cerebral perfusion. // Cerebrovascular Diseases, 2016, Vol. 30 (3), P. 277-284.
2. Arend M., Marianne A.A. Circle of Willis variations in migraine patients with ischemic stroke. // Jorn: Wiley brain and Behavior. December 2018. P 65-75
4. Van Seeters T., Hendrikse J., Biessels G.J., Velthuis B.K., Mali W.P., Kappelle L.J., Van der Graaf Y. Completeness of the circle of Willis and risk of ischemic stroke in patients without cerebrovascular disease. // Neuroradiology, 2015, Vol. 57 (12), P. 124-125.
5. Katsanos A.H. Is vertebral artery hypoplasia a predisposing factor for posterior circulation cerebral ischemic events? // A comprehensive review. European Neurology, 2013. P 78-83.
6. Zaninovich O.A., Ramey W.L., Walter C.M., Dumont T.M. Completion of the circle of Willis varies by gender, age, and indication for computed tomography angiography. // World Neurosurgery, 2017, Vol. 106, P. 953-963.
7. Garcia-Medina J.J., Del-Rio-Vellosillo M., Fares-Valdivia J., Alemañ-Romero L., Zanon-Moreno V., Pinazo-Duran M.D. Optic nerve hypoplasia and internal carotid artery hypoplasia: a new association. // Can. J. Ophthalmology, 2017, Vol. 52 (5), P. 173-177.
8. Трушель Н.А. Варианты строения виллизиева круга у людей с расстройствами мозгового кровообращения и умерших от других причин. // Вестник ВГМУ, 2014, Том 13 (2), С. 45-49.



УДК 616.311-001-053.36

FEATURES OF TRAUMATIC INJURIES OF ORAL TISSUES IN CHILDREN

Kamalova Mehriniso Kilichevna,

Sharipova Gulnihol Idievna.

Bukhara State Medical Institute named
after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan

Relevance

In the practice of a pediatric dentist, it is often necessary to deal with the consequences of traumatic injuries of the oral mucosa. Traumatic stomatitis can develop at any age, but it is most often observed in children. This is associated with a high risk of injuries of various etiologies. The relevance of this problem is due to a fairly high level of injuries in children. Traumatic injuries belong to a group of diseases affecting the local oral mucosa (OOM). Physical or chemical influences can be an etiological factor. Among the physical, the most common cause is mechanical injury, acute or chronic.

The purpose of the study. Improving the dental health of children with traumatic injuries of the oral cavity justification for optimizing the organization of dental care for young children.

Materials and methods of research Basic and additional diagnostic examinations conducted at the outpatient level: external examination of the face (skin, facial symmetry, skin color, condition of the lymph nodes); complaints and anamnesis; visual examination of the oral mucosa (color, moisture, consistency, thickening, thinning, deformation, integrity of the epithelium); palpation of regional lymph nodes (submandibular, parotid, chin lymph nodes); determination of the integrity of the epithelium.

The results of the study and their discussion. Acute trauma is more often localized in the anterior parts of the tongue, on the lips, cheeks and can manifest itself as edema, hyperemia, hemorrhage, abrasion. Thanks to the active defense mechanisms of the oral cavity, small injuries are subject to rapid healing.

Severe trauma can lead to ulceration. So, deep biting of the tongue, cheeks, lips or trauma to the mucous membrane with a sharp instrument is accompanied by bleeding, then you appear advanced tissue edema. The accession of a secondary infection contributes to the development of the ulcerative process. Acute catarrhal, or serous, stomatitis often occurs against the background of a general disease and occurs in all age groups, but most often in children.

Acute trauma is more often localized in the anterior parts of the tongue, on the lips, cheeks and can manifest itself as edema, hyperemia, hemorrhage, abrasion. Thanks to the active defense mechanisms of the oral cavity, small injuries are subject to rapid healing. Severe trauma can lead to ulceration. So, deep biting of the tongue, cheeks, lips or trauma to the mucous membrane with a sharp instrument is accompanied by bleeding, then there is a pronounced swelling of the tissues.

The accession of a secondary infection contributes to the development of the ulcerative process. Acute catarrhal, or serous, stomatitis often occurs against the background of a general disease and occurs in all age groups, but most often in children. The mucous membrane can be injured by toys and other objects, as well as by the influence of bad habits (sucking on the lips, cheeks, fingers). OOM becomes edematous, bright red. On the lateral parts of the tongue and the inner surfaces of the cheeks, teeth imprints are determined. Edematous hyperemic papillae partially cover the crowns of the teeth. Salivation decreases, saliva is viscous, viscous. The back of the tongue is covered with plaque. Initially white, it can be pigmented. Bad breath is noted. In case of trauma, accompanied by a fracture of the crown, dislocation of the tooth, accidental injury to the gums when brushing teeth, acute catarrhal gingivitis occurs, which is clinically characterized by hyperemia of the gingival margin or the entire gum to the transitional fold. The gums are swollen, bleeds easily, especially while eating, when brushing teeth. The inflammation is accompanied by a painful reaction. Eating is difficult, "soft" foods reduce the self-cleaning of the mouth, which increases the inflammatory process. When the gums are affected in the area of individual teeth, the disease is considered as localized.

Chronic mechanical trauma to the oral mucosa is most often associated with malocclusion, the presence of carious teeth, improperly made prostheses. Children with orthodontic designs are at increased risk of chronic injury, and therefore require special attention. It is also necessary to take



into account the combined effect of a mechanical factor with a chemical, allergenic factor, which aggravates the course of the process. Chronic inflammation is also caused by the preserved roots of decayed teeth, difficult teething, habitual biting (or biting) of the lips and cheeks. The clinical picture is very variable and is manifested in some cases by catarrhal inflammation (hyperemia, edema), in others - defects of the mucous membrane in the form of erosions, ulcers, thirdly, hyperplastic processes (papillomatosis, fibromatosis), and finally, a tendency to increased keratinization of the epithelium - hyperkeratosis.

The impact of the microbial factor significantly affects the course of traumatic injuries. If left untreated, the bacterial flora of the oral cavity causes tissue melting. As a result, a traumatic ulcer is formed, the bottom of which is covered with purulent, necrotic or fibrinous plaque (easily detachable). Its edges are uneven, the surrounding mucous membrane is hyperemic, edematous. Regional lymph nodes are enlarged and painful. When localized in the area of the transitional fold, the ulcer acquires a slit-like shape and is difficult to detect. Dilution of the edges of the ulcer reveals the nature of the discharge or plaque at the bottom of the ulcer: serous, purulent, necrotic contents speaks in favor of a traumatic ulcer. The location of the ulcer on the gum, hard palate can cause exposure of bone structures.

A long course of the process (weeks, months) leads to the formation of tuberosity and compaction of the bottom and edges of the ulcer as a result of infiltration, its significant spread deep into the tissues, and a tendency to malignancy. Such an ulcer is called decubital. The inflammatory process of oral mucosa in children can be initiated by sharp edges of teeth or fillings, remnants of the roots of milk teeth, improper use of oral hygiene products, biting the tongue, lips, cheeks. As a result, traumatic ulcers are most often found on the tip or lateral surfaces of the tongue, but may appear in the cheek, lip, or transitional fold. Their constant sign is soreness, expressed at various stages. First, catarrhal inflammation develops, then erosion appears at the site of injury. The latter goes into a superficial, and then a deep ulcer: damage to the epithelium continues into the mucous layer. The bottom of the ulcer becomes covered with a dirty gray coating, and the edges rise and become denser. In young children, damage to the frenum of the tongue may occur, which occurs as a result of injury during coughing: the tongue is pressed against the sharp edges of the lower teeth. In fact, such an injury is a pressure ulcer and begins to develop as erosion, with damage to the epithelial layer. The presence of a traumatic factor and the addition of a secondary infection leads to the formation of an ulcer covered with a grayish coating. The ulcerative process is characterized by sharp soreness, which causes anxiety in the child, refusal to eat. The ulcer can deepen until the frenum of the tongue is completely destroyed and is accompanied by an increase in regional lymph nodes.

Conservative therapy without replacement of prostheses rarely gives a positive result. On the other hand, the removal of prostheses does not always ensure the disappearance of symptoms without therapeutic intervention. The most characteristic, persistent and early sign of side effects of X-ray therapy (radiation injury) is dry mouth as a result of impaired salivation. Hyposalivation progresses, it becomes difficult to chew, swallow food, taste sensations disappear (the psychomotor status of the patient is disturbed). The first clinical symptoms of radiation injury in the mouth, in addition to impaired salivation, are manifested by hyperemia and edema of the oral mucosa. Dryness of the mucous membrane contributes to the appearance of erosion, cracks at the slightest injury to the epithelium.

Accession of a secondary infection (bacterial, fungal, viral) is possible. Signs of keratinization are found: compaction, folding of the mucous membrane, opacity of the epithelium. The rejection of the stratum corneum is accompanied by erosion of the surface with the formation of necrotic plaque, prone to spreading inward and outward. Drainage filmy radioactive mucositis develops.

Interstitial γ -therapy of a tumor can cause a pronounced picture of necrosis with the formation of a radiation ulcer with clear boundaries, dense, rounded edges. The bottom is covered with necrotic plaque. Sharp soreness, similar to neuritis, requires symptomatic treatment. In many cases, it becomes necessary to differentiate a radiation ulcer with a recurrence of a malignant tumor, since their localization coincides. ... Poor oral hygiene and unsanded teeth contribute to complications of radiation injuries.

Hyperemia, edema, soreness characterize superficial inflammation. The presence of maceration of the epithelium can lead to the formation of bright red or pink erosions, which are epithelialized under the influence of keratoplastic agents. A severe burn causes the appearance of blisters, which



quickly open up with the formation of painful erosions. The accession of a secondary infection in combination with local traumatic factors can lead to complications and slow down the epithelialization of the burned surface. Exposure to low temperatures (a metal object in the cold) leads to desquamation of the epithelium and the formation of painful erosions of various areas and depths.

Chemical trauma is observed in the oral cavity after exposure to the mucous membrane of potent drugs that have a cauterizing effect. In children, injuries can occur in everyday life due to careless storage of chemicals and their accidental use inside. In such cases, combined burns of the OSR, esophagus and pharynx develop.

Swallowing products based on alkalis and acids leads to severe pain, inability to swallow. On the mucous membrane, hyperemia, edema, and increased salivation are determined. Then foci of necrosis appear with the formation of a white or gray film. Deep lesions are the result of colliquation necrosis from alkali. Healing proceeds extremely slowly with the formation of scars. In dental practice, acids (arsenous, phosphoric) most often cause burns. An area of hyperemia, edema appears on the mucous membrane, then desquamation of the epithelium can be observed. The effect of the reagent leads to coagulation of the epithelium in the form of a whitish film, tightly adhered to the underlying connective tissue. Prolonged contact with a chemical can cause necrosis not only of the mucous membrane, but also of the underlying bone structures.

The treatment of traumatic injuries of the oral mucosa includes the elimination of the irritating factor (grinding the sharp edges of the tooth, filling, removing the roots, correcting the prosthesis). Local pathogenetic treatment requires the use of anti-inflammatory, epithelial, drugs that promote the regeneration of connective tissue. .. Symptomatic therapy may include pain relievers, hemostatic agents. Antibacterial substances are prescribed in order to prevent complications in the form of secondary infection. Healing of traumatic injuries is accelerated by oil solutions of vitamins A and E, carotolin, methyluracil ointment, solcoseryl. Rinsing is prescribed with antiseptic solutions, for example, chlorhexidine. Application of anesthetic talker, pyromecaine ointment, lidocaine aerosols before meals reduce pain. In case of burns, "Zimezol" is used in aerosols. Thorough oral hygiene is an obligatory link in the treatment regimen and prevention of complications.

Conclusion. Traumatic lesions of the oral mucosa have a very diverse picture: from catarrhal inflammation to ulcerative or hyperplastic manifestations. The cause of damage can be both external traumatic factors and local defects and deformations of the dentition. Also Careless dental practice or restless behavior of the patient influence possible etiologically. Young children require special attention, in whom the diagnosis and treatment of diseases of oral mucosa are significantly difficult. Knowledge of the clinical manifestations of traumatic disorders of the mucous membrane allows in each clinical case to choose the optimal medical tactics.



УДК: 618.146-006

БАЧАДОН БҮЙНИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИНГ ЁШГА ХОС КЛИНИКО- МОРФОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Махмудова Гулжамол Фазлиддиновна,

Нурбобоев Адҳамбек Уйғунович

Бухоро Давлат тиббиёт институти асистентлари

Телефон: +998973092329

guljamol9219@gmail.com

Аннотация: Тадқиқотнинг мақсади фертил ва кекса ёшдаги аёлларда бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг клинико-морфологик хусусиятларини Бухоро вилояти бўйича ўрганишдан иборат. Изланиш бачадон бўйни хавфли ўсмаси бўлган 60 нафар беморнинг ретроспектив ва проспектив маълумотлари асосида олиб борилди. Касалланиш 52,2 ёшли аёлларда 35-39 ёш хамда 60-64 ёшлиларга нисбатан кўпроқ кузатилмоқда. Айтиш мумкинки, аёлларда 83,3% холатларда ясси хужайрали рак тури учрамоқда. Айнан катта ёшли аёлларда ракнинг бу тури эндофит шаклда ўсиб давонинг қийинлашига ва прогнозининг яхши бўлмаслигига сабаб бўлмоқда.

Калит сўзлар: хавфли ўсма, аденокарцинома, эндофит, ретроспектив, проспектив, ясси хужайрали рак.

Бачадон бўйни хавфли ўсмалари онкогинекологиянинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, сут бези ва бачадон танаси хавфли ўсмаларидан кейин 3-ўринда туради [1,7]. Марказий-Шарқий Осиё, Африка ва Лотин Америкаси давлатларида бачадон бўйни саратони билан касалланиш ва ўлим энг юқори поғонада туради [4,6]. Ҳар йили дунё бўйича 500000 аёlda биринчи марта бачадон бўйни раки аниқланади ва қарийб беморларнинг ярмида ўлим ҳолати кузатилади [3,4]. Ўзбекистонда бу кўрсаткич ҳар 100000 аҳолига 5,8 тани, онкопатологиялардан кейинги ўлимнинг 3,9%-ини ташкил қиласи [7]. Саратоннинг бу тури ривожланаётган давлатларнинг тиббий ва ижтимоий муаммоларидан бирига айланаб бормоқда [2]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг ясси хужайрали тури 34-36 ёшда, аденокарцинома типи эса 60-62 ёшда кўпроқ учрар экан [3]. Касалликнинг келиб чиқиши бир неча факторларга боғлиқ: ёш, репродуктив холат, менструал ва жинсий функция, ижтимоий ва сиёсий вазият ва бошқалар. Ситатистик маълумотлар шуни кўрсатадики, бачадон бўйни ўсмалари перименопаузал даврда 30%, 30-40 ёшда 25%, 60-70 ёшда 20% учрайди. Охирги вақтда бачадон бўйни рак ва рак олди касалликлари билан касалланиш 30 ёшгача бўлган даврда анча кўпайиб бормоқда. [2,4]. Охирги йилларда касаллик фертил ёшдаги аёллар орасида ошиб бормоқда. Шунинг учун Европа давлатлари скрининг текширувларга алоҳида эътибор қаратиб келмоқда. Шундай қилиб бачадон бўйни саратони бор бўлган беморларда касалликнинг ёшга хос клиник кечишини ўрганиш, прогностик натижаларини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини ошириш илмий-амалий нуқтаи назардан клиник онкогинекологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади [4,6].

Мазкур изланишнинг мақсади бачадон бўйни хавфли ўсмаларини фертил ва кекса ёшдаги аёлларда клинико-морфологик турлари, хусусиятлари, қулай диагностик усусларини ўрганишдан иборат.

Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг турли ёшдаги аёлларда бирламчи гистологик верификацияси мақсадида 60 нафар беморда ретроспектив ва проспектив маълумотлар асосида материаллар йифилди. Бачадон бўйни саратони билан касалланганларнинг 22 (36,7%) нафарини фертил ёшдаги аёллар ва 38 (63,3%) нафарини ёши катта беморлар ташкил қиласи. Илмий изланиш клиник кўрсаткичлар ва цито-гистологик текширувлар асосида олиб борилди. Беморларнинг барчаси Бухоро вилояти онкология диспанцерида назоратда туради.

Ўрганишлар шуни кўрсатдик, бачадон бўйни хавфли ўсмалари аёллар ёши ошиб бориши билан ортиб бормоқда. Бу экстрагенитал касалликлар ва организмнинг ёш ўтиши билан систематик ўзгариши билан характерланади. Касалланиш 52,2 ёшли аёлларда 35-39 ёш хамда 60-64 ёшлиларга нисбатан кўпроқ кузатилмоқда. Биз ўрганган характерли кўрсаткичлардан яна бири шуки, хар тўрт нафар аёлдан биттасида бачадон бўйни хавфли ўсмасига сабаб эрта турмуш қуриш ҳисобланади. Айтиш мумкинки, аёлларда 83,3% холатларда ясси хужайрали



рак тури учрамоқда. Бу жинсий йўлларнинг морфологик ўзига хослиги хисобланади. Айнан катта ёшли аёлларда ракнинг бу тури эндофит шаклда ўсиб давонинг қийинлашига ва прогнозининг яхши бўлмаслигига сабаб бўлмоқда.

Икки гуруҳдаги 60 та беморларнинг ҳаммасида ва назорат гуруҳидаги 10та (40%) беморда бачадон бўйни патологияси кўрсатилган (маълумотлар келгуси материалда тўлалигича акс этирилган). Объектив гинекологик тадқиқотда ҳамма беморларда ташки жинсий органлар тўғри ривожланган. Уретра, парауретрал йўллар, қин олди катта безлар йўли патологик ўзгаришларсиз кечган. Назорат гуруҳидаги ҳамма беморларнинг бачадон ўлчами тўғри факатгина Зта бемор (12%) нинг анамнезида туғилган боланинг катта вазндалиги сабабли бачадон ўлчами озгина катталашган. УТТ маълумотлари бўйича бачадонда патология мавжуд бўлмаган. Назорат гуруҳидаги 6 та (24%) беморларда яллиғланиш жараёндан қолган қолдик кўринишлари қайд қилинган.

Иzlанишлар давомида беморларда ҳайз ва репродуктив фаолиятга ахамият берилган холда ҳайзнинг характеристи ва давомийлиги, жинсий ҳаётнинг бошланиш ёши, биринчи хомиладорлик, туғруқ ва туғруқлар сони, abortlar, ўтказилган генитал ва экстраганитал касалликлар каби асосий кўрсаткичлар ҳам ўрганилиб чиқилди.

Ҳайз функциясининг таҳлили шуни кўрсатадики, кўрикдан ўтказилган аёлларда менархенинг ўртacha ёши $15,5 \pm 3,5$ ёш бўлиб 12 дан 16 гача бўлган оралиқни ташкил этган. 12-14 ёшдаги менархе 35та беморда (58,3%), 15 ёш ва ундан катта ёшда 18 (30%) та бемор ва 7 беморда (11,7%) ҳайзнинг эрта келиши кузатилган. Шундай қилиб, 45% кўрикдан ўтказилган беморларда ҳайз функциясида ўзгаришлари кузатилиб ва шу ҳолат жинсий етилиш даврида гипоталамус - гипофиз- тухумдон- бачадон системасида бузилишларга сабаб бўлган. 36та беморда (60%) жинсий ривожланиш даврида ҳайз ўртacha қон кетиш билан кузатилса, 12 беморда (20%) кўп қон кетиш ҳолати кузатилган, бта беморда (10%) қон кетиш кам микдорда ва бта беморда (10%) -օғрикли ҳайз қон кетиш ҳолати кузатилган. Аёл умри давомида, айниқса репродуктив ёшда, менструал қон кетиш характеристи ўзгарган, 42та (70%) беморда ҳайз кўп қон кетиш ва қон лаҳталари билан келиш кузатилган бўлиб ўн кундан ортиқ давом этган, яъни гиперменструал синдром кузатилган. Барча беморларда клиник ташхис гистологик текширув натижалари билан тасдиқланди.

ББЎларининг гистологик тузилиши

Гистологик тузилиши	Ёш				Итого	
	18-49 ёш		49 ёшдан катта			
Силлиқ хужайрали шохланган	12	54,5%	17	44,7%	29	48,3%
Силлиқ хужайрали шохланмаган	5	22,7%	7	18,4%	12	20%
Паст дифференциацияшган	1	4,5%	4	10,5%	5	8,3%
Аденокарцинома	4	18,2%	9	23,7%	13	21,7%
Безли силлиқ хужайрали	-	-	1	2,6%	1	1,7%
Жами:	22	100%	38	100%	60	100%

Жадвалда тадқиқот гуруҳларида ўсмаларнинг гистологик турларининг нисбати кўрсатилган. Умуман олганда ҳар иккала тадқиқот гуруҳидаги ўсмаларнинг 70% силлиқ хужайрали карциномалар бўлиб, улардан 69%ни силлиқ хужайрали шохланган карцинома, 28,6 ни силлиқ хужайрали шохланмаган ва 2,4%ни безли силлиқ хужайрали ўсмалар ташкил этди. 30% ҳолатда паст дифференциацияшган ва аденоқарцинома хужайрали ўсмалар ташкил қиласди.

Ўрганишлар шуни кўрсатдики, бачадон бўйни ўсмалари ёш улгайиб бориши билан кўпайиб боради. Синовдаги барча аёлларнинг 53,5%ида саркоманинг юқори дифферинцияланган тури учраси экан. Кекса ёшли аёлларда бачадон бўйни хавфли ўсмаси кўпроқ ва мураккаброқ учраси ҳамда даводан кейинги ёмон оқибатлари ўсманинг бачадон бўйнидан 1 см ва ундан кўпроқ чукур инвазия бериши, бачадон бўйни вагинал қисмининг тўлиқ зарарланиши, ўсманинг анатомик жихатдан эндофит ўсиши ва регионар лимфа тугуларга нисбатан кўпроқ метастаз бериши билан боғлиқ. Шу сабабли аёлларни ёшга нисбатан гурухларга бўлган холда бирламчи тиббий муассасаларда эрта клиник ва диагностик



кўриқдан ўтказиш хамда оилавий поликлиникаларда скрининг текширувларини жорий қилмоқ лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы. Онкогинекология 2012; 1: 18—23.
2. Анализ результатов хирургического лечения рака шейки матки пациенток fertильного возраста -В.С. Наврузова Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.2015й.
3. Джемал А., Винеис П., Брей Ф., Торре Л., Форман Д. (редакция) Атлас по онкологии. Издание второе. – Атланта, штат Джорджия: Американское онкологическое общество, 2014 г.
5. Левшин В.Ф., Завельская А.Я. Факторы риска и профилактика рака шейки матки. // Вопр. онкологии. 2017; 63 (3): 506–16.
6. Н.Ш. Юлдашева, В.С. Наврузова Рак шейки матки.(монография). Тошкент-2014;8-64.
7. Makhmudova G.F. Age-related clinical,anatomical and morphological features of malignant tumors of the cervix// Journal of science and technology//2021.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА З1-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шоҳруд Фармонович
Мусаҳҳих: Файзиев Фарруҳ Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиши муддати: 31.08.2021

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

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