



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ  
ЖУРНАЛ

4

(80)  
2014

PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ  
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ  
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,  
ФИЗИОТЕРАПИИ И СПОРТИВНОЙ  
МЕДИЦИНЫ»**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
**основан в 1996 году**  
выходит ежеквартально

***Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ***

**Редакционная коллегия:**

*А.В. Алимов, А.И. Икрамов,  
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора), Ф.Г. Назиров,  
У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,  
М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов*

***2014, № 4 (80)***

## **УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:**

Самаркандский Государственный  
медицинский институт

### **Адрес редакции:**

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### **Телефон:**

(99866) 233-36-79

### **Факс**

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

### **e-mail**

sammi-jurnal-pbim@umail.uz

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

Подписано в печать 03.10.2014.

Сдано в набор 03.11.2014.

Формат 60x84 <sup>1/16</sup>

Усл. п.л. 19,5

Заказ 270

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Р.Х. Хаитов	(Самарканд)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

**Ответственный за выпуск номера:  
З.Б. Курбаниязов**

парис, анис, сандаловое дерево, тимьян, иссоп, хмель). 3) Болеутоляющие (арника, базилик, гвоздика, герань, душица, лаванда, лавр, лук, майоран, мелисса, можжевельник, мускатный орех; мята, петрушка, розмарин, ромашка, рута, табак, чеснок, шалфей, эвкалипт). Важным аспектом целесообразности применения ЭМ является их адаптогенная активность, поскольку актуальной проблемой медицины является вопрос адаптации человека к меняющимся условиям окружающей среды, а возникновение психосоматической патологии напрямую связано с эффективностью адаптационных реакций. Имеются данные о применении ЭМ лаванды, шалфея, мяты, розмарина в комплексном лечении больных невротами, сосудистой деменции с детальной

субъективной и объективной клинической оценкой результатов. Положительный эффект отмечался как по субъективным показателям, так и по данным ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ.

Таким образом, на основании анализа литературных источников можно сделать вывод, что профилактический и терапевтический потенциал использования ЭМ для коррекции психо-эмоционального и психофизического состояния пациентов весьма значительный – необходимы дальнейшие научные исследования возможностей АТ при реабилитации больных и широкое внедрение данного метода в практику лечебно-профилактических учреждений.

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНОКОНЬЮНКТИВИТОМ

Н.К.Богучая

*Буковинский государственный медицинский университет (Украина)*

**Цель работы.** Оценить динамику качества жизни (КЖ) детей с персистирующим аллергическим риноконъюнктивитом (АРК) на фоне аллерген-специфической иммунотерапии (СИТ) во взаимосвязи с клинико-психологическими характеристиками.

**Материал и методы исследования.** Осуществлено комплексное клинико-иммунологическое и психологическое обследование 21 ребенка 6-17 лет с персистирующим круглогодичным АРК, вызванного сенсibilизацией к бытовым аллергенам домашней пыли. В группе наблюдения в течение 20 месяцев проводилась сублингвальная СИТ аллергенами домашней пыли, группу контроля составили 8 пациентов, получавших плацебо, базисное лечение было идентичным. Раз в 1-3 месяца оценивали КЖ по опроснику для больных АРК детей (PRQLQ) и подростков (AdolRQLQ) в изданиях, адаптированных на национальных языках (с баллами от 0 до 6 с градацией к ухудшению).

**Результаты.** В обеих группах лечения наблюдалось статистически значимое улучшение КЖ в динамике комплекса терапии и отсутствие межгруппового отличия ( $M \pm SD$ ): уменьшение суммы баллов КЖ на  $7,2 \pm 9,1$  и  $5,8 \pm 4,9$  ( $p > 0,05$ ) в группе активного лечения и контроля соответственно. Суммарное количество баллов КЖ в начале активного лечения детей составляло  $17,1 \pm 3,9$  против  $14,2 \pm 4,7$  в контроле ( $p = 0,2$ ), в конце терапии – соответственно  $9,9 \pm 7,1$  против  $8,4 \pm 4,1$  ( $p = 0,6$ ). До начала лечения в обеих группах сравнения без статистически значимых отличий ухудшение КЖ детей с персистирующим АРК установлено за счет высоких баллов влияния болезни на ежедневные виды деятельности (обучение, физическая активность, отдых), проявления носовых симптомов (затрудненное дыхание, чихание, выделения из носа и зуд), практические ежедневные проблемы и сопутствующие жалобы (головная боль, жажда, усталость, рассеянность, плохое самочувствие), в меньшей степени – за счет эмоциональных расстройств (раздражительность, злость и огорчение, смущение, чувство

напряжения) и глазных симптомов. Тяжесть проявлений АРК (самооценка по визуальной аналоговой шкале) находилась в прямой сильной корреляционной зависимости с большинством показателей КЖ, оцененных в конце лечения. Более низкие показатели динамики КЖ в ежедневной деятельности детей находились в прямой сильной/средней силы статистически значимой корреляционной зависимости с возрастом, неврастеническим или сенситивным типом реагирования на болезнь (опросник "ЛОБИ") и излишней эмоциональной дистанцией родителей с ребенком (методика "PARI"). Недостаточная динамика решения практических проблем статистически значимо ассоциировалась с баллами алекситимии пациентов (Торонтская шкала), а низкие показатели исчезновения сопутствующих симптомов (в т.ч. неспособность концентрировать внимание) – с более низкой школьной успеваемостью и более выраженной инфантилизацией пациента. Низкая динамика носовых симптомов находилась в прямой сильной корреляционной зависимости с более выраженной лабильностью и гиперреактивностью бронхов ( $PC_{20}H$ ), недостаточное улучшение эмоционального состояния – с женским полом и сопутствующей сенсibilизацией к пылевещам аллергенам. Суммарный показатель положительной динамики КЖ ассоциировал с более высоким исходным уровнем сенсibilизации к клещам *D.pteronyssinus* и *D.farinae* ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,01$ ), прежде всего в группе активного лечения, а резистентность к терапии – с большими баллами алекситимии и сопутствующей сенсibilизацией к эпидермальным аллергенам.

**Выводы.** Анализ КЖ детей с персистирующим АРК свидетельствовал об одинаковой эффективности плацебо и СИТ аллергенами домашней пыли. Выявленные медико-психологические факторы, ассоциировавшие с улучшением КЖ и резистентностью к терапии, следует учитывать в комплексной программе реабилитации пациентов с АРК.

## НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.В. Бойко

*Буковинский государственный медицинский университет (Украина)*

Особенность эпидемии, зарегистрированной в Украине с 1995 года, заключается в том, что это эпидемия химиорезистентного туберкулеза, когда заболевание приобретает черты неизлечимого. Следует отме-

тить, что лечение известными противотуберкулезными препаратами в таких случаях становится малоэффективным. Учитывая, что туберкулез в основном возникает у людей со сниженным иммунитетом, назначение

различных народных рецептов совместно с медикаментозным лечением приводит к неплохим результатам, особенно на начальных стадиях заболевания, в случае, когда происходит нарушение на уровне дисбаланса энергии. Хорошим дополнением к комплексной терапии больных туберкулезом является прополис. Для лечения применяется 10% водный экстракт прополиса. Раствор готовится непосредственно перед употреблением: в огнеупорную стеклянную посуду нужно налить 10 мл дистиллированной воды, добавить 10г мелко нарезанного прополиса и на водяной бане при температуре 100° в течение одного часа производить экстрагирование при постоянном помешивании. Смесь профильтровать через тонкий слой ваты. До употребления хранить при температуре 4°. Экстракт заливают через катетер интратрахеально после предварительной анестезии гортани 1% раствором декаина. Курс - 15-20 заливок, в дальнейшем можно перейти к аэрозольному использованию этого раствора.

Для лечения туберкулеза используются также смеси с мёдом. Мёд - хорошая среда, в котором сохраняются витамины, особенно необходимые при лечении больных туберкулезом. Витамины группы В (пантотеновая кислота, рибофлавин, никотиновая кислота, тиамин, пиридоксин, биотин, фолиевая кислота) устраняют побочное действие противотуберкулезных химиопрепаратов и улучшают деятельность печени и других органов.

Также мед содержит ценный комплекс питательных элементов, которые играют важную роль в процессах ассимиляции, обладает бактерицидным свойством, быстро высвобождает энергию, которая расходуется организмом в период дневной активности. В результате применения медовых смесей у больных улучшается самочувствие, увеличивается вес, уменьшается кашель, повышается количество гемоглобина в крови.

Для лечения резистентного туберкулеза целесообразно также применять экстракт восковой моли - настой восковой моли на особом компоненте, который экстрагирует полезные вещества. Экстракт пчелиной огневки содержит много полезных макро- и микроэлементов, свободных аминокислот и биологически активных веществ, но самое важное - фермент цераза, который способствует очищению дыхательных путей и активно противостоит бронхолегочным заболеваниям.

Таким образом, натуропатические методы лечения улучшают дренажную функцию бронхов, микроциркуляцию и реологические свойства крови, нормализует иммунитет и обмен веществ, положительно влияет на переносимость антибактериальных химиопрепаратов, способствует более быстрой регрессии патологического процесса и его симптомов, что крайне необходимо при лечении больных туберкулезом, особенно с множественной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

## К ВОПРОСУ ЦЕНТИЛЬНЫМХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ

М.Б. Бойкузиева, Г.У. Назарова, Ж.М. Худайбердиев

*Андижанский государственный медицинский институт*

Задачей настоящего исследования явилась разработка новых стандартов центильных шкал основных показателей физического развития школьников г. Андижан в возрасте 12-16 лет.

Материал и методы исследования. Методом случайных чисел по таблице Бредфора обследованы 1919 учащихся V-IX классов (12-16 лет) общеобразовательных учреждений г. Андижан. Соотношение мальчиков - 960 (50,1%) и девочек - 959 (49,9%) были сопоставимыми. Каждая возрастно-половая группа по количеству были равноценными (не менее 200 детей). Изучение основных показателей (масса, длина тела, окружность головы и груди) проводилась с точностью  $\pm 0,5$  см,  $\pm 0,1$  кг, стандартными методами и общепринятыми критериями для проведения исследования - функциональные группы здоровья I-II и отсутствие случаев острых заболеваний в последние три недели.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашей работе для характеристики центильных шкал показателей ФР школьников использован расширенный вариант шкалы Стьюарт, предусматривающий выделение семи

фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й. Нам представляется, что разработанные стандарты центильных шкал ФР детей и подростков различного возраста и пола позволяет определить возрастные закономерности их роста и развития, выявить влияние на здоровье экзо- и эндогенных факторов, учет которых позволяет очертить круг региональных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по коррекции нарушений физического развития подрастающего поколения.

Выводы. 1.Непараметрический (центильный) способ оценки физического развития детей и подростков отличается своей простотой и удобством в применении, строго отражает отклонения антропометрических данных. 2.Данные показателей физического развития, полученные путем центильных методов можно использовать как при одномоментных, так и проспективных исследованиях детей и подростков для создания программ первичной профилактики по коррекции питания и здоровья растущего организма.

## ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

С.И. Бойцанюк

*Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского*

Заболевания пародонта являются важной проблемой современной стоматологии так как сопровождаются выраженными морфо-функциональными нарушениями зубочелюстной системы и характеризуются сложной этиологией и патогенезом.

В комплексном лечении заболеваний пародонта физиотерапевтические методы занимают значительное место. Их назначают в зависимости от клинической картины одновременно с местной терапией или после нее. Удельный вес физиотерапевтических процедур зависит от формы, течения и степени развития заболевания.