

6. Бойко Т.И., Стойкевич М.В., Колбасина Е.В. Состояние функции сосудистого эндотелия у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника //С учасна гастроэнтерология. - 2015. – Т. 51.- № 1. – С. 5-10.

7. Шевченко А.В., Коненков В.И. Функциональный полиморфизм генов семейства VEGF // Цитокины и воспаление. – 2017. - Т. 11. - № 4. – С. 14–20.

8. Никитина В.В., Захарова Н.Б. Значение MCP-1 как предиктора сосудистых нарушений// Саратовский научно-медицинский журнал. - 2015. – Т. 6. - № 4. – С. 786-790.

9. Kopanakis N., Saiti A., D’Avgerinos E. et al. Serum VEGF and bFGF in patients with inflammatory bowel diseases // Ann. Ital. Chir. – 2014. – Vol. 85. - № 3. – P. 203–206.

10. Стёпина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В. Диагностическая и прогностическая значимость маркеров эндотелиальной дисфункции у пациентов с язвенным колитом //Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97. - № 2. - С. 187-191.

УДК: 611.21: 612: 616.211: 616.323-003.2

АДЕНОТОНЗИЛЛЯР 1ТИЗИМ ЎЗГАРИШЛАРИ: БОЛАЛАРДА УЙҚУДА ОБСТРУКТИВ АПНОЕ СИНДРОМИ, КАЛЛА-ЮЗ МОРФОЛОГИЯСИ

1Абдусаматова И.И. <https://orcid.org/0000-0002-6505-3133>

2 Тастанова Г.Э. <https://orcid.org/0000-0003-3521-0107>

3Шамсиев Ж.Ф. <https://orcid.org/0000-0003-2931-4946>

^{1,2,3} Тошкент давлат стоматология институти

Резюме. Уйқу пайтидаги обструктив апное синдроми барча болалар ичида 1 дан 5% гача кузатиладиган ҳолат ҳисобланади¹. Асосий келтириб чиқарувчи омил танглай ва ҳалқум муртаклари гипертрофиясидир. Уйқу вақтидаги обструктив апное синдромини ривожланиши омилига турли хил аномалиялар, яъни юқори ва пастки жағ суякларининг торайиши, скелет ретрузияси, юз узунлигининг ортиши, бунинг оқибатида юзнинг олдинги ўлчамлар хажмининг ошиши, нафас олиш тизими бўшлиқларининг торайиши ва тил ости суягининг паст жойлашуви сабаб бўлади².

Калит сўзлар: морфология, болалар, уйқу пайтиданафасолишбузилиши, обструктивуйқуапноесиндроми, анатомия.

ИЗМЕНЕНИЯ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ: СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ У ДЕТЕЙ, ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВАЯ МОРФОЛОГИЯ

¹Абдусаматова И.И. <https://orcid.org/0000-0002-6505-3133>

²Тастанова Г.Э. <https://orcid.org/0000-0003-3521-0107>

³Шамсиев Ж.Ф. <https://orcid.org/0000-0003-2931-4946>

^{1,2,3} Ташкентский государственный стоматологический институт

Резюме. Синдром обструктивного апноэ во время сна - это состояние, которое наблюдается у от 1 до 5% всех детей¹. Основным причинным фактором является гипертрофия небных и глоточной миндалин. Фактором развития синдрома обструктивного апноэ во время сна являются различные аномалии, а именно сужение верхней и нижней челюсти, ретрузия скелета, увеличение длины лица, в результате чего увеличиваются передние размеры лица, сужение пространств дыхательной системы и низкое расположение подъязычной кости².

Ключевые слова: морфология, дети, нарушения дыхания во сне, синдром обструктивного апноэ во сне, анатомия.

CHANGES IN THE ADENOTONSILLARY SYSTEM: OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN CHILDREN, CRANIOFACIAL MORPHOLOGY

¹Abdusamatova I. I. <https://orcid.org/0000-0002-6505-3133>

²Tastanova G. E. <https://orcid.org/0000-0003-3521-0107>

³Shamsiyev J. F. <https://orcid.org/0000-0003-2931-4946>

^{1,2,3} Tashkent State Dental Institute

Resume. Obstructive sleep apnea syndrome is a condition that occurs in 1 to 5% of all children¹. The main causal factor is hypertrophy of the palatine and pharyngeal tonsils. A factor in the development of obstructive sleep apnea syndrome are various anomalies, namely narrowing of the upper and lower jaw, skeletal retrusion, an increase in the length of the face, resulting in an increase in the anterior dimensions of the face, narrowing of the spaces of the respiratory system and a low location of the hyoid bone².

Keywords: morphology, children, sleep breathing disorders, obstructive sleep apnea syndrome, anatomy.

Кириш Уйқу пайтидаги обструктив апное синдроми нафас олишининг уйқу вақтида бузилиши турига хос бўлиб, нормал

вентиляцияга тўсқинлик қилувчи юқори нафас йўлининг тўлиқ ёки қисман обструкцияси билан тавсифланади¹. Изланишлар натижаларига кўра уйқу пайтидаги обструктив апное барча болаларнинг 1-5% да кузатилиб, асосан 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда учрайди². Танглай ва ҳалқум муртаклари гипертрофияси 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди ва бу ўзгаришлар болаларда уйқу пайтидаги обструктив апноени келиб чиқиши билан узвий боғлиқ³. Болаларда юқори нафас йўллари обструкцияси кузатилганда хуррак отиш энг кўп учрайдиган белги хисобланиб, турли тадқиқотлар ва популяцияларда 1,5 дан 27,6% га тенг келади².

Юқори нафас йўллари обструкцияси ва калла-юз морфологияси

Юз инсон дунёга келган пайтда катта инсонларга нисбатан 40% ни ташкил этади, уч ёшга келиб эса 65% гача катталашади. Юз ўсишининг тўхташи балоғат ёшига тўғри келади³. Юзнинг ўсишига асосан генетик омиллар таъсир қилади, аммо, ташқи омиллар, масалан нафас олиш характери ҳам юзнинг ўсишига таъсир қилиши исботланган⁵. Бурун орқали нафас олиш калла-юз ўсишининг тўғри бўлишига, чайнов ва ютиниш каби бошқа функцияларига ижобий таъсир кўрсатади⁶. Бурун битишида калла холатининг ўзгариши, пастки жағ холати, оғиз-юз ва тил мушаклари тонуси нафас олишга энгиллик туғдиришга хизмат қилади. Бундай холатнинг узок давом этиши юз суюқларига мушак босимининг тенг тарқалишининг бузилишига ва тишлар холатига кучли таъсир кўрсатиб, тиш-жағ аппаратининг морфологик ўзгаришларини олиб келади⁵.

Калла-юз деформацияси, шу жумладан юқориги ва пастки жағ ўлчами узунлигининг қисқариши, ретрузия, юзнинг пастки қисмининг ўлчамининг узинлашуви ва шу сабабли юзнинг олдинги соҳасининг катталашуви, орқа нафас йўллари бўшлиғи хажмининг камайиши ва тил ости суюгининг паст жойлашуви каби холатларни болаларда уйқу пайтида апное синдромини келтириб чиқарувчи омилларга киритиш мумкин^{2,3,4}.

Болаларда уйқу пайтидаги обструктив апное синдромида касалликларни ташхислаш.

Уйқу пайтидаги обструктив апноетада конгнитив муаммолар, уйқунинг бузилиши, ақлий ривожланишдан ортда қолиш, бруксизм ва энурез кузатилади. Ташхис клиник анамнез, физикал кўрик, обструкциянинг оғирлик даражасини аниқловчи инструментал текширувлар асосида қўйилади⁴. Полисомнография юқори нафас йўллари обструкциясининг аниқлашда олтин стандартга киритилган бўлиб, ташхисни аниқлаш имконини беради¹. Уйқу пайтидаги

обструктив апное келиб чиқишида калла-юз анатомияси муҳим рол ўйнади ва анатомик аномалиялар скрининги ташхис қўйишда муҳим инструментал текширув усули хисобланади^{2,3}.

Обструктив апное билан оғриган болаларни парваришlash.

Даволаш обструктив апноенинг оғирлик даражасига қараб белгиланади. Кўплаб олимлар томонидан амалий тавсиялар ишлаб чиқилган ва болаларда обструктив апноени даволашнинг бирламчи этапи аденотонзиллэктомия эканлиги тасдиқланган^{3,4}. Оғиз орқали нафас олишни бурун орқали нафас олишга эрта ёшларда алмашилиши ўсиш даврида калла-юз ўлчамларининг нормаллашувига сабаб бўлади⁴. Аденотонзиллэктомия кўплаб болаларда яхшиланишга олиб келади, лекин тахминан 20-30% ҳолатларда қолдиқ симптомлар кузатилиши мумкин⁶.

Рецидив одатда тез содир бўлмайди ва балоғат ёшига етганда ёки катта одамларнинг тиш-жағ тизими ўсиши 90% га тўхтагандан сўнг кузатилади^{1,2}. Аденотонзиллэктомиядан сўнг қолдиқ асоратлар кузатилган беморлар соғлиқни сақлаш тизими учум муаммоли ҳолат бўлиб, чуқур текширув ва беморга индивидуал ёндашувни талаб қилади⁶. Агар бола операциядан сўнг ҳам оғиз орқали нафас олишда давом этса, бурун битиши сабаблари, яъни бурун тўсиғи қийшиқлиги ёки аллергия ринит мавжудлигига эътибор қаратиш ва бу ҳолатларни бартараф этиш чора-тадбирларини амалга ошириш зарур. Бундан ташқари адекват терапия (ортодонтик юқори жағни кенгайтириш), ёки функционал машғулотлар ўтказиш керак^{2,5}.

Хулоса.

Текширувлар ва изланишлар кўплигига қарамай калла-юз морфологияси ва болаларда юқори нафас йўллари обструкцияси ўртасидаги мувофиқликнинг ечими тўлиқ ўрганилмаган ва яна янги изланишларни талаб қилади.

Обструктив апное ўғил болаларда қизларга нисбатан оғирроқ кечади^{6,7}. Бу калла-юз морфологияси билан боғлиқ. Бола соғлиғига таъсирини инобатга олган ҳолда обструктив апноени келтириб чиқарувчи омилларни олдини олиш ва даволаш муҳим хисобланади². Агар обструктив апное белгилари ёки тиш-жағ аномалиялари кузатилса болани дархол мутахассис (ортодонт, оториноларинголог) кўригига йўналтириш зарур.

Адабиётлар:

1. Л. Зеттергрэн-Вейк, К. М. Форсберг, С. Линдер-Аронсон“ Изменения зубочелюстной морфологии после аденотонзиллэктомии у детей раннего возраста с обструктивным апноэ во сне” (2006)

2. М.Л.Хулиано,М.А. Мачадо, Л.Б.Карвальо, Э.Занканелла, Г. М.Сантос.“Полисомнографические данные связаны с цефалометрическими измерениями у детей с дыханием через рот.” (2009)

3. Шамсиев Д.Ф. «Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении»Ташкент 2005.

4. Шамсиев.Ж.Ф. “Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фукционал хусусиялари.” Материалы IV съезда оториноларингологов. Ташкент (2015).

5. Абдусаматова И.И., Кучкарова Р.Р. “Влияние эволюции и эмбриогенеза челюстного аппарата на развитие зубночелюстных аномалий и предрасположенность кариесу” Ташкент2022 г.

6. Абдусаматова И.И., Тастанова Г.Е., Муратов М.У. “Anatomy and physiology of the lymphatic pharynx ring maldeier Pirogov and diagnostics of the vegetation of the adenotonsillar system” (review article)“Вестник” Ташкент 2022г.

УДК: 618.53-06- 07:618.3

ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Адизова Сарвиноз Ризокуловна

ORCID ID 0000-0001-9841-9819

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Резюме: В обзоре представлены этапы формирования плаценты, особенности плацентарных изменений при преэклампсии различной степени, причины плацентарной недостаточности а также гистологические изменения и цитокиновый статус при преэклампсии.

Ключевые слова: преэклампсия, плацента, трофобласт

FEATURES OF THE PLACENTA IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Adizova Sarvinoz Rizokulovna

ORCID ID 0000-0001-9841-9819

Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sina

Resume: The review presents the stages of placenta formation, features of placental changes in preeclampsia of varying degrees, causes of